

Université Lumière - Lyon 2

Sciences humaines et sociales

Institut de Psychologie

Thèse en cotutelle avec : L'Institut de Traitement des Troubles de
l'Affectivité de la Cognition De l'Université Claude Bernard - Lyon 1

Département de psychologie

Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique

Incidences de la pathologie autistique sur les collectifs soignants d'enfants autistes

Par Christelle TIRARD COLLET

Thèse de doctorat en Psychologie

Spécialité Psychologie et Psychopathologie clinique

Dirigée par Jacques HOCHMANN

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2000

Devant un jury composé de : Charles. AUSSILLOUX, Professeur de l'Université de Rouen Paul FUSTIER, Enseignant chercheur à l'Université Lyon 2 Nicolas GEORGIEFF, Professeur à L'Université Lyon 1 Bernard CHOUVIER, Professeur de l'Université Lyon 2 Jacques HOCHMANN, Professeur de l'Université Lyon 1

Table des matières

Contrat de diffusion . . .	6
[Remerciements] . . .	7
Introduction . . .	8
Première partie Extension du concept de contre-transfert aux personnels soignants et aux institutions recevant les enfants autistes . . .	12
Chapitre 1. Repérage et définitions du concept de contre-transfert . . .	12
1.1. Introduction . . .	12
1.2. Transfert et contre-transfert ne sont pas dissociables . . .	12
1.3. Le contre-transfert est premier par rapport au transfert . . .	15
1.4. Le contre-transfert, un produit du cadre analytique ? . . .	16
1.5. L'implication de l'analyste . . .	17
1.6. De quelques positions contre-transférentielles « typiques » . . .	27
1.7. Devenirs et traitements du contre-transfert . . .	32
1.8. Conclusion . . .	34
Chapitre 2. Description des interactions entre les soignants, les enfants autistes et les institutions qui les accueillent . . .	35
2.1. Introduction . . .	35
2.2. La bataille de l'autisme. Approche contre-transférentielle des différentes positions théoriques concernant l'autisme infantile . . .	36
2.3. En quoi les enfants autistes sont-ils des patients spécifiques ? . . .	46
2.4. Incidences sur les positions contre-transférentielles des thérapeutes . . .	53
2.5. Conclusion . . .	59
Chapitre 3. Propositions pour une description de la dynamique soignés-soignants au sein d'une institution en termes de transfert-contre-transfert . . .	60
3.1. Introduction . . .	60
3.2. La notion d'institution et de groupe institutionnel . . .	61
3.3. L'analyse des mouvements contre-transférentiels dans l'institution . . .	67
3.4. Position contre-transférentielle commune dans le processus de fondation de quatre institutions . . .	73
3.5. Conclusion . . .	82
Conclusion de la première partie Quatre positions de défense contre-transférentielle dominant chez les soignants : indifférenciation ; fascination ; clivage ; ritualisation . . .	83
1. Extension du concept de contre-transfert et choix d'une terminologie . . .	83
2. Spécificité des mécanismes psychopathologiques chez les autistes . . .	84
3. Quatre positions de défense contre-transférentielles ou contre-attitudes dominant chez les soignants . . .	84
Les hypothèses de travail . . .	87
1. L'hypothèse principale peut se formuler de la manière suivante : . . .	87
Deuxième partie Nos hypothèses confrontées aux réalités de six institutions et de certains de leurs soignants . . .	89
Introduction de la deuxième partie . . .	89
Méthodologie . . .	89

Avant-propos . . .	89
Remarques déontologiques . . .	90
Méthode de recherche et de recueil d'informations . . .	90
Modalités opératoires des entretiens . . .	93
Critiques et but de la méthode . . .	94
Traitement du matériel . . .	95
Chapitre 4. Configuration structurelle et imaginaire des institutions questionnées ..	95
4.1. Préambule . . .	96
4.2. Présentation générale des établissements questionnés . . .	96
4.3. Perspectives contre-transférentielles des questionnaires . . .	103
Chapitre 5. Six études de cas . . .	105
5.1. Introduction . . .	105
5.2. Une institution où indifférenciation et banalisation dominant . . .	105
5.3. Une institution qui élabore ses contre-attitudes . . .	113
5.4. Une institution dans laquelle la théorie est au service des soignants . . .	121
5.5. Une institution où le clivage est actif . . .	127
5.6. Une institution où la ritualisation est un modèle trouvé/créé . . .	135
5.7. Une « institution classe », un cas particulier . . .	139
Chapitre 6. Propositions pour une typologie des institutions . . .	143
6.1. L'institution de type « charismatique » . . .	143
6.2. L'institution de type « bidimensionnelle » . . .	145
6.3. L'institution de type « bureaucratique » . . .	146
6.4. L'institution de type « île » . . .	147
6.5. L'institution de type « sein-toilettes » . . .	147
6.6. L'institution de type « suffisamment bonne » ou l'institution inventive . . .	148
Conclusion . . .	151
Bibliographie . . .	157
Annexes . . .	164
Annexe A : Lettre et questionnaire type . . .	164
Annexe B : Les questionnaires recueillis . . .	168
Annexe C : Les données des questionnaires sous forme graphique . . .	168
Annexe D : Les Interviews . . .	170
INTERVIEW N° 1 F., éducatrice spécialisée, Hôpital de Jour (mi-temps) . . .	170
INTERVIEW N° 2 A. M., monitrice éducatrice depuis 1978, Hôpital de Jour . . .	180
INTERVIEW N° 3 F., infirmière psychiatrique depuis douze ans, a travaillé trois ans en internat. . . .	183
INTERVIEW N° 4 I., infirmière psychiatrique depuis 1984, expérience d'internat pendant trois ans. . . .	191
INTERVIEW N° 5 Fr., infirmier psychiatrique depuis six ans, Hôpital de Jour, une expérience d'internat (deux ans). . . .	196
INTERVIEW N°6 Mme S., institutrice spécialisée dans une CLIS depuis vingt deux ans. . . .	200
INTERVIEW N°7 IME. - Ch. et C., éducatrices spécialisées . . .	214

INTERVIEW N°8 IME (internat) - Rencontre avec des éducateurs spécialisés s'occupant d'un groupe d'enfants autistes : J. depuis treize ans dans l'institution ; M.C. depuis vingt quatre ans ; M. Ch. depuis treize ans ; S. depuis quatre ans . .	221
INTERVIEW N°9 Hôpital de Jour . .	226
INTERVIEW N°11 Rencontre avec Howard Buten le 19 décembre 1997 au théâtre de Privas Directeur du « Centre Adam Shelton » . .	240
Annexe E Le modèle de la page Internet et la correspondance connexe . .	242

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

[Remerciements]

Je remercie :

Tous les professionnels : soignants, éducateurs, et enseignants qui ont généreusement apporté leur contribution.

Monsieur le Professeur Hochmann qui tout au long de l'élaboration de ce travail m'a soutenue et m'a soumis des suggestions constructives.

Madame le Docteur Giusti, Monsieur Le Docteur Ratel, les équipes du Centre Médico-Psychologique et de l'Hôpital de Jour pour leur bienveillance.

Mademoiselle Céline Maurines, pour son aide précieuse.

Mon entourage familial, Yves Rochas, Henri Bandet, les amis et particulièrement Hervé Raynaud pour leurs encouragements et la relecture indispensable à tout travail d'écriture.

Introduction

L'autisme infantile fait partie des énigmes que le nouveau siècle devrait résoudre. En effet, les questions qu'il pose en matière étiologique, clinique et thérapeutique ne sont que partiellement résolues.

La recherche dans le domaine de cette pathologie, rare mais inquiétante, est très active. Les connaissances issues des sciences cognitives et de la clinique psychanalytique, parfois contradictoires mais toujours fécondes, s'accroissent. L'accord actuel reconnaît des déterminismes plurifactoriels où s'intriquent les conséquences de possibles facteurs neurologiques, psychologiques et environnementaux. Aussi, l'autisme est identifié sur l'association, avant l'âge de trois ans, d'une déficience des interactions sociales réciproques, d'un trouble de la communication verbale, d'une restriction des activités et des intérêts. Il peut se présenter sous des formes variées et non plus seulement sous une forme « pure » décrite en 1949 par L. Kanner.

Sur le terrain de la pratique, des actions multidimensionnelles se développent. La recherche des signes précoces d'une potentialité autistique, essentiellement marquée par les anomalies et le défaut de participation du regard, permettent aux parents et aux professionnels de tenter de modifier au plus tôt une évolution autistique. Les actions de soins prennent en compte les dimensions psychopathologique et éducative nécessaires au développement de l'enfant. Les parents sont le plus souvent associés au travail des équipes. L'alliance thérapeutique avec l'équipe, la participation aux entretiens familiaux ou à un programme éducatif favorisent la communication et les relations entre parents et professionnels. Ces nouvelles modalités de travail répondent de façon plus satisfaisante aux souhaits des parents.

Pourtant, les évolutions des enfants autistes sont incertaines et diverses. Certains autistes restent sévèrement handicapés, n'accèdent pas au langage, persévèrent dans des conduites d'automutilation, tandis que d'autres parviennent à s'insérer socialement. Ces constatations interrogent parents et professionnels sur la validité des trajectoires institutionnelles suivies par les enfants. L'option « institutionnelle du soin » de l'enfant est-elle la plus judicieuse ? Les personnels sont-ils suffisamment qualifiés ? Ces derniers utilisent-ils la méthode de soins, d'éducation adaptée à la pathologie de l'enfant ? Ces questions fréquemment posées lorsque les enfants sont devenus adolescents ou lorsque l'évolution stagne, suggèrent un défaut de compétences à partir duquel il est facile d'imaginer que les collectifs soignants sont peu ou prou responsables d'une évolution insatisfaisante.

Sans ignorer que cela puisse se produire, nous savons aussi que bon nombre d'équipes soignantes s'engagent dans le travail thérapeutique et/ou éducatif auprès des enfants sans ménager leurs efforts. Afin de ne pas s'enfermer dans une situation psychique inextricable, il apparaît intéressant de considérer l'incidence de la pathologie sur les collectifs soignants. Plus précisément, quel effet inhibiteur les enfants autistes peuvent-ils avoir sur la qualité de l'engagement des soignants et des institutions qui, officiellement, les prennent en charge ?

Ici, il importe de rappeler comment, généralement, le développement de l'enfant autiste diffère de la norme, et comment, peu à peu, il entraîne ses parents dans l'inconnu et le désarroi total. Le mécanisme essentiel du retrait autistique étant une capacité de

relâchement de l'attention appelé démantèlement par D. Meltzer. Les enfants autistes évitent le contact, se détournent de la voix humaine pour s'absorber dans un monde inanimé. Dès la naissance le développement des liens avec les personnes de l'entourage est entravé. L'intensité des échanges œil à œil entre le nourrisson et sa mère font défaut. Par la suite, l'absence de frontières somatiques et du processus d'incorporation induit par les troubles autistiques génère de nombreuses conséquences empêchant l'enfant d'avoir les échanges qui le construisent. L'expérience d'être de l'enfant autiste engendre une difficulté intense, une souffrance particulière et produit assez vite des oscillations extrêmes entre l'évitement, le retrait relationnel et l'intrusion. Dès lors les difficultés initiales se trouvent accentuées par un effet de boucle. De ce manque d'échanges, les parents souffrent et se sentent incompetents, car ils ont la plupart du temps déployé quantité d'énergie et de patience pour tenter de surmonter, malgré leurs angoisses, les difficultés d'entrer en relation avec l'enfant. Cela peut entraîner chez eux des sentiments de culpabilité, de l'épuisement psychique, de la dépression.

Les équipes soignantes qui reçoivent parents et enfants connaissent bien ces états psychiques et peuvent si elles n'y prennent garde, être entraînées corps et âme par ces tumultes. En effet, les troubles autistiques ont la particularité de ne pas se limiter à l'individu qui les porte mais de se diffuser dans son entourage, qu'il soit familial ou institutionnel. Dans ce sens, J. Hochmann parle d'un trouble de la communication qui serait « contagieux ».

La tâche première de l'institution qui est de soigner et d'aider les enfants autistes à retrouver un certain plaisir à penser et à communiquer peut se trouver compromise par la mise en place de défenses massives sclérosant la dynamique institutionnelle. D'une manière générale les équipes soignantes sont conscientes de ce risque et cherchent à le prévenir. Fréquemment une large plage de temps est consacrée au travail de repérage des contre-attitudes induites par le fonctionnement psychotique et autistique. L'élaboration qui doit être sans cesse renouvelée au sein d'une équipe soignante s'avère être un instrument précieux et dynamisant pour le fonctionnement institutionnel.

Quoiqu'il en soit, l'âpreté du trouble autistique et sa nature archaïque semblent engendrer des manifestations démesurées : passions ou au contraire silence complet, sentiment de précarité, ou plus encore, d'inanité. La pathologie autistique amène souvent à faire sortir chacun de ses catégories de pensée, de ses rôles, de ses compétences. Elle tend à enfermer chacun dans une pratique à l'exclusion des autres, fractionne la réalité. Ces faits de « contagion » et d'angoisse qui émaillent toute vie institutionnelle nécessitent de s'interroger et d'approfondir la question.

Je suis particulièrement concernée par ces problèmes, puisque j'exerce la profession de psychologue dans un hôpital de jour pour enfants. Confrontée très rapidement à la vie institutionnelle et à ses dysfonctionnements je me suis rendue compte qu'une institution peut être soucieuse d'effectuer au mieux sa tâche mais qu'il arrive que la réalisation de ces objectifs se trouve entravée. Accueillir et soigner pendant plusieurs années des enfants présentant des troubles massifs, qui communiquent peu, qui érigent de grandes barrières pour se défendre de toute intrusion ne se passe pas sans heurts. L'institution, tous les membres qui la composent et moi-même devons régulièrement faire face à des conflits d'équipe bruyants à propos d'enfants la plupart du temps indifférents. Ces conflits passionnés m'ont parfois déstabilisés ne sachant plus ce que je devais penser de l'institution au sein de laquelle je travaille et ce que je ressentais à l'égard des patients.

L'hypothèse de travail principale se formule de la manière suivante : « *L'autisme infantile par la singularité de ses modalités d'expression « contagionne » (c'est à dire contaminateur) les membres des équipes thérapeutiques, éducatives ou pédagogiques. Il est, de plus, possible*

de parler des mécanismes mis en jeu à cette occasion en termes de transfert et de contre-transfert. »

Deux questionnements sous tendent l'hypothèse principale. Je veux tout d'abord faire une représentation des principaux phénomènes de réaction de l'institution et des soignants à l'autisme des enfants. Ces actions et réactions des patients, comme des soignants et de leur institution ont été décrites par certains auteurs sous les étiquettes de « transfert et contre-transfert ». C'est par cette voie que j'aborde et développe le sujet. Je défends, dans la suite, l'idée que ces mécanismes sont principalement au nombre de quatre, que j'appelle indifférenciation, clivage, fascination et ritualisation.

J'étudie ensuite si la prise en compte par l'institution de ces phénomènes est bénéfique aux patients et/ou aux soignants : peut-on estimer avoir de bonnes raisons théoriques de croire que ces derniers peuvent ainsi trouver le moyen d'en contrôler partiellement au moins les effets.

Le document est divisé en deux parties.

La première partie, théorique, définit le vocabulaire adapté. La juxtaposition des trois termes : autisme infantile, contre-transfert et institution peut recouvrir des significations innombrables. Elle fixe les aspects des concepts qui nous intéressent et comment ils s'articulent pour servir de base aux hypothèses de travail. Elle ne répond bien évidemment qu'aux besoins de l'exposition des résultats. La deuxième partie, à caractère expérimental, décrit la façon dont mes hypothèses s'inscrivent dans le champ des réalités quotidiennes de six institutions et de certains membres de leur personnel soignant.

La première partie comporte trois chapitres.

Chapitre 1 . Pour pouvoir utiliser une extension légitime et précise du concept de contre-transfert freudien valable pour les institutions, je recherche à travers la littérature les éléments d'évolution du concept qui mènent naturellement à l'acceptation du terme que j'utilise. Pour ce qui est du sens du terme en psychanalyse freudienne, je m'appuie sur les textes de Freud et Ferenczi. Puis les textes de P. Heimann, M. Little, A. Reich, J. Guillaumin me servent à préciser l'évolution du concept et les différentes acceptions que l'on pourrait lui donner.

Chapitre 2. Je cherche à voir comment la description de la dynamique émotionnelle vécue dans les institutions qui accueillent les enfants autistes pouvait être faite en utilisant les concepts décrits au premier chapitre. Je commence donc par inventorier les éléments de littérature relatifs aux principaux courants théoriques qui définissent l'autisme infantile, et qui le présentent selon un point de vue dynamique reposant sur l'analyse des phénomènes définis précédemment comme relevant du transfert et du contre-transfert entre un enfant autiste et son thérapeute.

Chapitre 3. Je me penche sur l'extension possible de ces concepts aux institutions. C'est là seulement que l'on trouve justifiée l'utilisation dans ma recherche de l'extension du concept au domaine institutionnel. Les grandes lignes de quatre cas institutionnels très contrastés (B. Bettelheim, M. Mannoni, J. Hochmann, H. Buten) illustrent la légitimité du concept de dynamique transférentielle institutionnelle.

C'est à la fin de cette première partie que je peux en conséquence expliquer l'élaboration de l'hypothèse de travail relative aux positions contre-transférentielles - de l'institution comme du soignant - entraînées par les manifestations autistiques.

La seconde partie, consacrée à la clinique et aux institutions qui ont fait l'objet de la recherche sur le terrain, comprend trois chapitres. En préambule et sous le nom de méthodologie je présente les moyens de recueil et de traitement des informations.

Chapitre 4. J'expose les résultats de l'enquête par questionnaire. Les données recueillies sur l'organisation des institutions permettent de les comparer entre elles. Une lecture contre-transférentielle de ces mêmes données est également réalisée.

Chapitre 5. Je rends compte de l'étude de six institutions actuellement en fonctionnement, aussi différentes que possible. J'ai interviewé, de manière non directive, des membres du personnel soignant de ces institutions. Je recherche, pour chaque cas quatre positions contre-transférentielles ou contre-attitudes dont je postule l'existence. Elles ne s'avèrent pas toujours toutes présentes, et leur présence semble bien liée à des caractéristiques institutionnelles. Pour chaque cas, j'expose les éléments de l'histoire de l'institution qui permettent de comprendre les situations décrites pendant les interviews et les données réunies dans les questionnaires. Des extraits des interviews illustrent la vérification des hypothèses.

Chapitre 6. Je me risque à un exercice de synthèse en proposant une typologie relative à des institutions dont le rôle est de recevoir des enfants autistes.

Première partie Extension du concept de contre-transfert aux personnels soignants et aux institutions recevant les enfants autistes

« Nous attendons d'eux qu'ils nous parlent des choses qui nous intéressent et nous voulons qu'ils le fassent, nous voulons qu'ils en parlent mais eux sont concernés par quelque chose de sensiblement différent, quelque chose que nous ne voulons pas voir et que nous repoussons. Ils sont le morcellement, ils sont l'archaïque, ils sont ce trou noir, ils sont cette terrible angoisse et cette rage et cette terreur, c'est pourquoi nous ne voulons pas les regarder. Mais ils vous poussent, si vous travaillez avec eux, à tenir compte de ces choses dans ce que vous leur dites, pas les choses qui intéresseraient n'importe qui d'autre et qui ne les concernent pas. » F. Tustin. Itinéraires pour un travail thérapeutique.

Chapitre 1. Repérage et définitions du concept de contre-transfert

« On ne saurait parler du contre-transfert en vérité, dire le vrai sur lui... » J.B. Pontalis. Le mort et le vif entrelacé.

1.1. Introduction

La question principale, les effets de « contagion » de la pathologie autistique chez les soignants, renvoie au champ des relations patient / soignant ; patient / analyste. Ces relations, qui portent le nom de relations transféro-contre-transférentielles, ont été largement étudiées dans le champ de la psychanalyse et de son application, la cure. L'exposé, non exhaustif, des divers aspects du contre-transfert délimite le concept. De larges variations se rencontrent, certains auteurs entendant par contre-transfert tout ce qui de la personnalité de l'analyste peut intervenir dans la cure, d'autres limitant le contre-transfert aux processus inconscients que le transfert de l'analysé induit chez l'analyste. Le concept de contre-transfert se définit par rapport au concept de transfert et à l'implication de l'analyste. J'aurai à retenir l'acception qui convient le mieux à mon sujet.

1.2. Transfert et contre-transfert ne sont pas dissociables

Le terme de contre-transfert est couramment employé aujourd'hui par les psychanalystes, les psychologues et les autres personnels qui soignent des malades mentaux. Cependant comme le remarquent J. Laplanche et J.B. Pontalis dans le Vocabulaire de la psychanalyse,

« C'est en de très rares passages que Freud fait allusion à ce qu'il a nommé contre-transfert .»¹

Freud évoque ce mot spécifique, contre-transfert (gegenübertragung), dans la correspondance qu'il entretient avec S. Spielrein².

En fait dans les débuts de la psychanalyse, c'est le transfert, facteur thérapeutique pivot de la situation analytique, qui est au centre des théorisations. Freud en inventant la psychanalyse découvre son existence et ses effets. Il y a transfert, lorsque le passé du patient est rejoué afin de dire quelque chose à l'analyste. C'est en quelque sorte, après coup, de façon rétroactive, par l'écoute qui en est faite, que l'identification transférentielle est repérée. Selon M. Neyraut il y a non seulement une reconstruction d'un passé mais

« Quelque chose surgirait dans la pleine actualité de la cure ; de nouvelles manifestations psychiques concernant cette fois-ci les relations personnelles du médecin et de son patient. »³

Dès 1895, dans « Les études de l'hystérie », ouvrage rédigé avec la collaboration de J. Breuer, Freud rend compte des cas où telle patiente transfère des représentations inconscientes sur la personne du médecin :

« Le contenu du désir était apparu d'abord dans la conscience de la malade sans aucun souvenir des circonstances environnantes qui l'auraient fait replacer dans le passé. Le désir présent était alors, en fonction de la compulsion à associer qui dominait dans la conscience, lié à une personne qui occupait légitimement les pensées de la malade ; et, résultant de cette mésalliance que je nomme connexion fautive, s'éveillait le même affect qui avait entraîné en son temps la patiente à rejeter ce désir interdit.»⁴

O. Mannoni raconte dans « Freud », que si

« Breuer se désintéressa de ce qu'il avait lui-même découvert, c'est que pour des raisons contre-transférentielles obscures, il avait beaucoup de culpabilité devant les manifestations soudaines du transfert de sa patiente. Il n'a pas raconté la fin de l'histoire d'Anna O. ; mais Freud, à partir de confidences partielles, l'avait reconstituée avec le temps. Il avait fait soumettre la reconstitution à Breuer, et Breuer l'avait reconnue exacte. Anna O. avait eu une crise de crampes abdominales (causées par un fantasme d'accouchement). »⁵

La première cure psychanalytique est effectuée par Freud en 1899. La technique thérapeutique employée est différente de la « méthode cathartique ». Il laisse le patient choisir le sujet au lieu d'essayer de liquider les symptômes les uns après les autres. Il s'agit du traitement d'un cas d'hystérie : Dora. Freud publie le texte seulement en 1905 sous le

¹ LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B., *Le Vocabulaire de la psychanalyse*, p. 103. (100)

² SPIELREIN S., *Entre Freud et Jung*. (129)

³ NEYRAUT M., *Le transfert*, p.15. (115)

⁴ FREUD S., *Etudes sur l'hystérie*, p.245. (51)

⁵ MANNONI O., *Freud*, p. 43,44. (111)

titre de « Fragment de l'analyse d'une hystérie ». Dans les remarques préliminaires Freud explique ce report de publication par le fait qu'il faut délivrer l'intimité des analysés et que c'est quelque chose de délicat. Lorsqu'il reçoit Dora celle-ci est âgée de 18 ans. Cette jeune fille est amenée en consultation par son père en raison de symptômes hystériques. Le père a lui-même été soigné par Freud quelques années auparavant. Le traitement qui dure quelques mois s'articule autour de deux rêves. Freud souhaite à ce moment

« [...] mettre en évidence la manière dont l'interprétation des rêves intervient dans le travail analytique. »⁶

Pris dans les découvertes et les hypothèses que cette cure lui suscite, Freud fait beaucoup d'interprétations, et presse Dora de nombreuses questions. Après le deuxième rêve, soit trois mois après le début du traitement Dora décide de quitter Freud. Freud avait centré l'analyse du second rêve sur la reconnaissance d'un « fantasme de défloration ». En privilégiant cette hypothèse, qui était la sienne, et non celle de Dora il précipite le départ de sa patiente. Cette cure lui suggère néanmoins de nombreuses réflexions sur ce qui s'est passé et sur lui-même. Il conclut son exposé de la cure de Dora par ces mots :

« Je ne réussis pas à me rendre à temps maître du transfert ; l'empressement avec lequel Dora mit à ma disposition une partie du matériel pathogène me fit oublier de prêter attention aux premiers signes du transfert qu'elle préparait au moyen d'une autre partie de ce même matériel, partie qui me restait inconnue. »⁷

Freud se questionne après coup sur l'empressement de Dora. Il se demande :

« [...] serais-je parvenu à retenir la jeune fille si j'avais moi-même joué un rôle, si je lui avais montré un intérêt plus grand, ce qui malgré l'atténuation qu'y eut apporté ma qualité de médecin, eût un peu remplacé la tendresse tant désirée par elle. »⁸

Dans le post-scriptum, Freud regrette de ne pas avoir été assez attentif au transfert et à l'homosexualité.

« Plus je m'éloigne du temps où je terminai cette analyse, plus il me semble que mon erreur technique consista dans l'omission suivante : j'omis à temps de communiquer à la malade sur son amour homosexuel pour Mme K... était sa tendance psychique inconsciente la plus forte. J'aurais dû le deviner : personne d'autre que Mme K... ne pouvait être la source principale de ses connaissances sexuelles... »⁹

Freud a essayé de se situer dans le transfert de Dora : au début il remplaçait facilement le père de Dora dans l'imagination de celle-ci. En revanche, il lui était beaucoup moins facile de s'accepter comme objet d'un amour homosexuel pour Dora. Dans l'« Intervention sur le transfert » Lacan commente le cas Dora sous l'angle du transfert. Il remarque que Freud en raison de son contre-transfert revient trop constamment sur l'amour que Monsieur K. inspirerait à Dora. Il est d'ailleurs singulier nous dit-il

⁶ FREUD S., *Cinq psychanalyses*, p.8. (50)

⁷ *Cinq psychanalyses*, op. cit., p. 88. (50)

⁸ *Ibidem*, p. 82. (50)

⁹ *Cinq psychanalyses*, op. cit., p. 90. (50)

« [...] de voir comment il interprète toujours dans le sens de l'aveu les réponses pourtant très variées que lui oppose Dora. »¹⁰

C'est dans l'insistance de Freud à vouloir amener Dora à reconnaître un désir inavoué pour monsieur K. que Freud se fourvoie. Il faut dire que Freud a pour Monsieur K. une sympathie qui remonte loin, puisque c'est lui qui a amené le père de Dora en consultation. Lacan termine son commentaire de la façon suivante :

« Freud n'occupait plus la place d'interprète qui lui aurait permis d'interpréter ce qui était mis là en acte. »¹¹

Pour Freud le terme transfert est au centre de toute la théorisation psychanalytique des processus psychiques et le concept de contre-transfert correspond simplement à une idée de contre-mouvement et d'opposition.

De manière générale, on s'accorde aujourd'hui sur le fait que l'un ne va pas sans l'autre, sur l'importance primordiale du mode d'échange, de la relation à deux qui se crée entre analyste et analysant dès que s'installe la situation analytique. De ce fait, le rôle du contre-transfert prend une valeur au moins égale à celle du transfert. D'après Devereux :

« Le transfert et le contre-transfert ont des sources et des structures identiques. C'est stricte affaire de convention que d'appeler « transfert » les réactions de l'informateur ou de l'analysé, « contre-transfert » celles de l'ethnologue ou de l'analyste. »¹²

L'auteur poursuit :

« Le contre-transfert, en agir, en affect, en pensée, consciente ou non - voire en élaboration théorisante - n'est plus sans doute pour personne, aujourd'hui, le résidu importun ou la rançon inévitable d'un manque de sérénité de l'analyste, qu'il conviendrait d'élucider et d'éliminer à tout prix pour que le processus du patient n'en pâtisse point. Il apparaît, au contraire, de plus en plus en sa réalité foncière d'instrument habituel, indispensable et même privilégié de la compréhension du transfert du patient, dans la constante interaction transfert-contre-transfert. »¹³

1.3. Le contre-transfert est premier par rapport au transfert

La recherche importante de M. Neyraut¹⁴ a conduit cet auteur à mettre en question l'aspect réactionnel et second du contre-transfert et à s'interroger sur une précession par celui-ci à l'égard du transfert. Se fondant sur le fait que le transfert apparaît dans un contexte préalable, défini par la psychanalyse, M. Neyraut estime que le contre-transfert précède le transfert et que le transfert de l'analysant suppose l'existence d'un contre-transfert solidement établi. D'après lui,

¹⁰ LACAN J., *Intervention sur le transfert*, p. 224. (96)

¹¹ *Ibidem*, p. 224. (96)

¹² DEVEREUX G., *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, p.75. (31)

¹³ *Ibidem*, p.139. (31)

¹⁴ Le transfert, op. cit. (115)

« Si l'on considère que le transfert en tant que concept n'est apparu qu'« après coup » dans l'œuvre de Freud et qu'il est apparu comme un obstacle, un accident sur le parcours d'une pensée et d'une technique déjà constituée ; le transfert est donc précédé par quelque chose... Le transfert apparaît au cours d'un processus en marche qui est le processus analytique, il se découpe sur un contexte. »¹⁵

Le contexte, dit M. Neyraut est constitué par la pensée psychanalytique, la métapsychologie. La pensée psychanalytique est en mouvement, elle se transmet par le biais des analyses didactiques, des formations, des séminaires. Dans ce sens elle constitue pour Neyraut une réponse.

« Si la pensée psychanalytique est constituée dans son essence par une réponse, nous serons obligés de constater que parfois la réponse précède la question, et que c'est là une première manière de contre-transfert. »¹⁶

Par contre, si on entend le contre-transfert au sens freudien, comme la réaction de l'analyste au transfert de l'analysant, il est bien difficile de postuler une priorité de l'un ou de l'autre. Neyraut souligne un paradoxe du contre-transfert :

« [...] qu'on puisse à la fois le concevoir comme précédant la situation analytique proprement dite et ne prenant sa vraie dimension que d'être confronté aux sollicitations internes nées de la situation analytique. »¹⁷

G. Bonnet propose de résoudre cette antinomie apparente en dépassant le cadre de la relation immédiate entre les deux partenaires. En effet, la pensée analytique, surtout à notre époque, peut intervenir des deux côtés comme dans les cas de seconde ou troisième analyse. Et de conclure,

« [...] avant tout transfert, il y a toujours d'une manière ou d'une autre du contre-transfert dans l'air, au sens de ce qui peut faire obstacle au transfert, qu'il soit véhiculé par l'analysant ou l'analyste, de type théorique ou clinique. »¹⁸

1.4. Le contre-transfert, un produit du cadre analytique ?

Transfert et contre-transfert se manifestent éminemment dans le cadre de la cure. Nous savons que le transfert est particulièrement accessible dans les conditions qui sont propres à la cure analytique : la dissymétrie de la relation, la neutralité de l'analyste, la non intervention, le primat donné à l'imaginaire et à la parole sur l'action, la régularité des séances. C'est tout cela qui crée le cadre analytique, autrement dit un univers propice à la répétition pure et simple. De la même manière, pour J. Guillaumin, le contre-transfert s'inscrit dans la transmission de la psychanalyse et de la filiation analytique :

« C'est une contre-attitude ou une réponse au transfert du patient [...] et tire son origine de la situation (« Contre transferts ») même d'analyse, qui seule le spécifie comme tel et fonde leur rapport avec le transfert. »¹⁹

¹⁵ *Le transfert, op. cit. p.13. (115)*

¹⁶ *Ibidem, p.18. (115)*

¹⁷ *Ibidem, p.16. (115)*

¹⁸ *BONNET G., Le transfert dans la cure analytique, p.24. (21)*

¹⁹ *GUILLAUMIN J., Contre-transferts, p.455. (60)*

J.B. Pontalis²⁰ avance l'idée d'un *contre-transfert originaire*, ou pré-contre-transfert, qui motive et nourrit la pratique d'analyste. Il aurait ses sources pulsionnelles et narcissiques bien au-delà de l'identification à son propre analyste.

1.5. L'implication de l'analyste

Le terme de contre-transfert a été introduit par S. Freud lui-même, à un moment où la pratique naissante de la psychanalyse posait des questions techniques et éthiques liées à la rencontre avec le phénomène du transfert, en particulier celle de l'implication de la personne de l'analyste dans la conduite de la cure. Neyraut souligne :

« C'est parce qu'il se reconnaît soudain comme l'objet et peut-être déjà l'instigateur d'expressions affectives en provenance de son patient qu'il ressent en lui l'effet d'une résistance. »²¹

1.5.1. La position de Freud : le contre-transfert est un obstacle

En 1915, Freud publie la Technique Psychanalytique. Il a beaucoup réfléchi sur le transfert et en formule la théorisation.

Freud découvre que c'est la relation aux figures parentales qui est revécue dans le transfert. Ceci en fait un processus structurant l'ensemble de la cure sur le prototype des conflits infantiles. Il aboutit au dégagement d'une notion nouvelle, celle de névrose de transfert :

« [...] nous réussissons à conférer à tous les symptômes morbides une signification de transfert nouvelle, et à remplacer sa névrose ordinaire par une névrose de transfert dont le travail thérapeutique va le guérir »²²

C'est en référence au travail de l'analyste que S. Freud utilise l'expression de contre-transfert :

« D'autres innovations d'ordre technique intéressent la personne même du médecin. Notre attention s'est portée sur le « contre-transfert » qui s'établit chez le médecin par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. »²³

En 1915, dans « Observations sur l'amour de transfert », Freud fait usage à nouveau du terme contre-transfert. Il traite alors cette question sous l'angle de la relation entre un analyste et une patiente. Il s'agit, dit-il, d'une situation fréquente : celle du cas où une patiente est amoureuse de son analyste. En fait, dans tout traitement psychanalytique s'établit, sans que le médecin ne fasse rien pour cela, une intense relation affective du patient à la personne de l'analyste. Freud ne nie pas que l'analyste puisse être touché par le contre-transfert, mais il ne lui reconnaît pas de valeur quant à la dynamique de la cure. Sa formulation du contre-transfert répond d'abord d'une définition économique de la dépense d'énergie épargnée. Il donne des recommandations : Il souligne

²⁰ PONTALIS J.B., A partir du contre-transfert : le mort et le vif entrelacés. (117)

²¹ *Le transfert, op. cit., p.15,16. (115)*

²² *FREUD S., La technique psychanalytique, p.113. (49)*

²³ *La technique psychanalytique, op. cit., p.27. (49)*

« [...] que tout analyste ne peut mener à bien ses traitements qu'autant que ses propres complexes et ses résistances intérieures le lui permettent . »²⁴

Ce qui a pour corollaire la nécessité pour l'analyste de se soumettre à une analyse personnelle.

Pour Freud la position de l'analyste est la méfiance :

« Pour le médecin, ce fait constitue un précieux enseignement et un avertissement salutaire d'avoir à se méfier d'un contre-transfert peut-être possible. »²⁵

Le début de la phrase semble aller dans le sens du contre-transfert comme instrument de connaissance du transfert du patient. Mais la seconde proposition ramène à une conception défensive : il faut se méfier d'un possible contre-transfert. Cependant le médecin doit se garder de donner satisfaction au patient car

« [...] le traitement doit se pratiquer dans l'abstinence. »²⁶

Freud donne des conseils de prudence, appelle à la mise en garde contre l'amour de transfert, préconise la froideur des sentiments.

« Pour l'analysé, le médecin doit demeurer impénétrable et, à la manière d'un miroir, ne faire que refléter ce qu'on lui montre. Pratiquement, il est vrai, l'on ne saurait s'opposer à ce qu'un psychothérapeute combine une certaine dose d'analyse à quelque traitement par suggestion, dans le but d'obtenir plus rapidement un résultat thérapeutique patent, comme, par exemple, dans les maisons de santé, mais alors ce praticien doit se rendre compte lui-même de ce qu'il fait et ne pas confondre sa méthode avec une psychanalyse véritable. »²⁷

1.5.2. Des acceptions larges du concept de contre-transfert

Les points de vue qui suivent correspondent à une définition large du contre-transfert qui inclut pratiquement à des titres divers toutes les manifestations affectives, idées, fantasmes, sentiments, interprétations, actions ou réactions de l'analyste. Il s'agit de se guider, pour l'interprétation même, sur ses propres réactions contre-transférentielles, souvent assimilées, dans cette perspective, aux émotions ressenties.

1.5.2.1. Ferenczi, de la « technique active » à « l'analyse mutuelle »

En avançant en 1928 la proposition d'une « éventuelle métapsychologie des processus psychiques de l'analyste au cours de l'analyse », S. Ferenczi souhaitait amener les analystes à l'élaboration théorique de leur technique. Bien que Ferenczi ne soit pas allé au delà de cette proposition, son initiative pour ainsi dire inaugure de très nombreuses contributions venues par la suite traiter de l'activité de l'analyste dans la cure et de la fonction qu'y joue le contre-transfert. Il a mis à jour certaines difficultés techniques concernant l'introjection, la projection, l'identification et le transfert.

²⁴ *Ibidem*, p.27. (49)

²⁵ *Ibidem*, p.118. (49)

²⁶ *La technique psychanalytique, op. cit., p.122. (49)*

²⁷ *Ibidem*, p.69. (49)

Son point de vue sur le transfert est le suivant : Dans un article datant de 1909, « Transfert et Introjection » il conçoit le transfert comme introjection de la personne du médecin dans une économie subjective.

« J'ai décrit l'introjection comme l'extension au monde extérieur de l'intérêt, à l'origine auto-érotique, par l'introduction des objets extérieurs dans la sphère du moi. J'ai insisté sur cette « introduction » pour souligner que je considère tout amour objectal (ou tout transfert) comme une extension du moi ou introjection, chez l'individu normal comme chez le névrosé. »²⁸

Il aborde le problème de l'action psychanalytique, et révèle déjà les tourments qu'elle provoque.

« Les difficultés majeures de l'analyse proviennent précisément de cette particularité des névrosés, de transférer leurs sentiments renforcés par des affects inconscients sur la personne du médecin, fuyant ainsi la connaissance de leur propre inconscient. »²⁹

Ferenczi donne de multiples exemples d'expression du transfert :

« Quand le médecin traitant apparaît dans les rêves, l'analyste décèle des signes certains du transfert. »³⁰

C. Garrigues souligne que

« Ferenczi est sans doute le premier chez qui va s'articuler une question sur le désir de l'analyste. Il veut engager l'analyse dans le sens d'une activité du thérapeute. »³¹

Constatant que parfois le traitement stagne et que les associations se tarissent, l'analyste, au moyen d'injonctions ou d'interdictions, incite le patient à adopter une attitude active, c'est-à-dire à faire de nouvelles choses ou à renoncer à d'autres. Dans l'article de 1919 « Difficultés techniques d'une analyse d'hystérie » Ferenczi dit :

« [...] les patients, malgré une observance rigoureuse de la règle fondamentale et une vue profonde sur leurs complexes inconscients, n'arrivaient pas à surmonter certains points morts de l'analyse tant qu'on ne les incitait pas à oser sortir de la sûre retraite constituée par leur phobie et à s'exposer, à titre d'essai, à la situation qu'ils avaient fuie avec angoisse en raison de son caractère pénible. [...] C'était désormais ce procédé que j'entendais désigner par le terme de technique active, qui ne signifiait donc pas tant une intervention active de la part du médecin que de la part du patient, auquel on imposait à présent, outre l'observance de la règle fondamentale, une tâche particulière. »³²

L'intervention active de l'analyste peut prendre deux formes. L'analyste peut inviter le patient à renoncer à la satisfaction détournée de ses désirs refoulés ou au contraire, encourager le patient à jouir ouvertement et librement. Ainsi le patient est autorisé à crier tout fort, à se

²⁸ FERENCZI S., *Psychanalyse I*, p. 196,197. (41)

²⁹ *Ibidem*, p.93. (41)

³⁰ *Psychanalyse I*, op. cit., p.96. (41)

³¹ GARRIGUES C., *Le piège du contre-transfert*, p. 10. (55)

³² FERENCZI S., *Psychanalyse III*, p. 119. (42)

lever, à chanter. Ferenczi précise que ce n'est donc pas l'analyste qui est invité à exercer une activité mais le patient. L'utilisation de la technique active

« [...] incite le patient à certaines activités, à des inhibitions, à des attitudes psychiques, ou à une décharge d'affects, et espère pouvoir accéder secondairement à l'inconscient ou au matériel mnésique. »³³

C'est surtout avec l'instauration de l'analyse mutuelle que S. Ferenczi explore la relation transféro-contre-transférentielle en avançant que le patient analyse son analyste. En effet, S. Ferenczi est très attentif à ce fait que les patients peuvent ressentir comme perturbants, non seulement, certains comportements manifestes, mais également certaines dispositions inconscientes de l'analyste à leur égard. L'idée de l'analyse mutuelle s'étaye sur l'invention d'une de ses patientes : R.N. L'analyse de cette patiente durait depuis plus de deux ans. Au début, Ferenczi avait trouvé cette jeune femme plutôt antipathique. Dans une réaction de surcompensation, il s'était alors efforcé de combler tous les désirs de sa patiente, dans le sens de sa technique d'indulgence et d'élasticité. Celle-ci en conclut que son analyste éprouvait pour elle des sentiments amoureux et crut avoir trouvé en lui « l'amant idéal ».

« La patiente m'attribuait le rôle de cet amant parfait. Comme pour tous les fantasmes produits par les patients, je tâchai de pénétrer également dans les profondeurs de ceux-ci [...] Bientôt ceux-ci prirent un caractère sexuel que j'analysai, comme tout le reste, avec intérêt et bienveillance. Mais lorsqu'elle me demanda un jour directement si cela signifiait que j'étais réellement tombé amoureux, je dis tout à fait honnêtement que c'est là un processus purement intellectuel... »³⁴

Devant cette tournure des choses, Ferenczi prend peur et opère un mouvement de retrait, tout en essayant d'interpréter pour sa patiente les sentiments négatifs qu'elle devait éprouver à son égard. Il verbalisait lui-même, en présence de sa patiente, les associations qui pouvaient lui venir concernant ses propres réactions.

« Elle (l'analyse mutuelle) donne l'occasion de laisser libre cours à mon antipathie. »³⁵

A la suite de cet événement, il constate que l'analyse faisait de nouveau des progrès. Ferenczi accepte alors d'engager l'expérience de façon plus systématique. L'évolution du traitement lui fait écrire :

« A qui revient le mérite de ce succès ? Certainement avant tout à la patiente qui dans sa situation précaire de patiente, ne se lassa pas de combattre pour son bon droit ; cela n'aurait cependant servi à rien si je ne m'étais moi-même soumis au sacrifice inhabituel de risquer l'expérience de me mettre, moi en tant que médecin, entre les mains d'une malade assurément dangereuse. »³⁶

La technique d'analyse mutuelle est sous tendue par l'idée que là où l'analyste est incapable d'offrir à son patient un soutien stable, il doit au moins lui fournir des repères. Toutefois en situant pour le patient ses propres faiblesses et sentiments aussi sincèrement qu'il en est capable, l'analyste met en danger son équilibre et l'issue de la cure psychanalytique. Peu

³³ *Psychanalyse III, op. cit., p.131. (42)*

³⁴ *FERENCZI S., Journal clinique, p.154. (40)*

³⁵ *Ibidem, p.155. (40)*

³⁶ *Ibidem, p.156. (40)*

à peu Ferenczi rencontre toute une série de problèmes résultant de la technique d'analyse mutuelle. Dans sa note du 31 janvier, il en énumère un certain nombre :

« Le risque de voir le patient détourner l'attention de lui-même pour se mettre en quête, sur un mode paranoïde, des complexes de l'analyste ; l'impossibilité de se faire analyser par chacun de ses patients ; la nécessité impérative de respecter la sensibilité du patient ; le problème posé par la discrétion due aux autres patients, dont l'analyste serait, en principe, tenu de communiquer les secrets au patient analyste. »³⁷

Ferenczi en vient à faire la critique de sa méthode. Enfin, dans une note du 3 juin, il conclut que l'analyse mutuelle n'est qu'un « pis aller », rendu nécessaire par l'analyse insuffisamment approfondie des analystes. De cette technique abandonnée, il reste néanmoins que Ferenczi s'est posé les questions judicieuses du côté de l'analyste et du maniement du contre-transfert au moyen de la technique active. De fait, la mise en œuvre et la théorisation de cette technique préfigure ce que seront les rapports futurs du transfert et du contre-transfert.

1.5.2.2. Le contre-transfert, un instrument de travail

Après la seconde guerre mondiale, de nouvelles interrogations se font jour à propos de l'activité psychanalytique. La réflexion de certains auteurs porte l'accent sur les *affects* éprouvés par l'analyste dans son travail avec le patient. Le contre-transfert est compris globalement comme un pare-excitations. L'élargissement du champ de la pratique psychanalytique conduit à la mise en question du rôle même de l'analyste. Ce mouvement d'interrogation largement suscité par les travaux de Ferenczi se prolonge. Les praticiens sont confrontés, et le reconnaissent, à des processus pathologiques, à des expressions transférentielles différentes en contenu et en intensité de ceux auxquels s'applique initialement la thérapie psychanalytique.

En 1946, M. Klein avec la découverte de l'identification projective apporte un concept nouveau qui va aider à la compréhension du contre-transfert. Elle montre que le processus de développement psychique du sujet comprend des positions schizoïde, paranoïde, dépressive. Elle explique l'identification projective de la façon suivante : la personnalité se sépare d'une de ses parties, en la projetant dans un objet extérieur, de sorte que le lien entre la partie projetée et le reste de la personnalité soit totalement méconnu sous l'effet d'un clivage. Ce mécanisme à condition qu'il ne soit pas prédominant fait partie de toute personnalité. Il devient alors possible de comprendre qu'un patient puisse agir sur le psychisme de son analyste en y projetant une partie de son propre psychisme. Il revient donc à l'analyste, grâce à un travail d'élaboration, de remettre en relation cette partie avec le reste de la personnalité du patient. Cela apporte un éclairage nouveau, faisant du contre-transfert un système dynamique réunissant deux psychismes. M. Klein a cependant très peu utilisé le terme de contre-transfert dans son œuvre écrite.

Dans les décennies qui suivent, 1950 et 1960, de nombreux analystes élaborent une théorie du contre-transfert : le contre-transfert n'est pas réduit à un phénomène qui vient contrarier le travail analytique mais constitue un instrument de perception de certains aspects de la communication du patient venant favoriser celui-ci, à condition que l'analyste y soit attentif. Ces travaux mettent l'accent sur la relation interpersonnelle et sur l'idée de « réponse » contre-transférentielle de l'analyste. Le contre-transfert met en suspens la réponse émotionnelle de l'analyste et l'analyse personnelle de celui-ci.

³⁷ *Journal clinique, op. cit., p. 34. (40)*

P. Heimann³⁸, dès 1950, s'est intéressée à la nature du contre-transfert pour énoncer qu'il recouvre la totalité des sentiments que l'analyste éprouve envers son patient. Dans la présentation de l'ouvrage « Le contre-transfert », N. Katan-Beaufils rapporte l'idée soutenue par P. Heimann : la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient à l'intérieur de la situation analytique représente un instrument de travail très important,

« [...] un outil de recherche à l'intérieur de l'inconscient du patient . » C'est pourquoi « un analyste doit avoir une sensibilité émotionnelle extensive plus qu'intensive, diversifiée et mobile. »³⁹

Cependant, elle s'oppose à Ferenczi en déconseillant à l'analyste d'exprimer ses sentiments à son patient. A propos d'un rêve de l'un de ses patients, qu'elle se surprend à interpréter en fonction de ses propres associations, elle reconnaît dans ce phénomène la part qui revient au patient, en ce sens que c'est lui qui suscite le sentiment chez l'autre. Elle propose donc de réfléchir en termes de refoulement et de résistance par rapport à cela. Elle argumente son propos en disant que l'usage du contre-transfert comme instrument de recherche peut être mis en parallèle dans les descriptions que Freud fait de la voie par laquelle il est arrivé à ses découvertes fondamentales. Selon elle, Freud pointe la nécessité de dépasser la résistance qu'il a rencontrée chez les patientes hystériques. Il conclut que la même force est à l'origine du refoulement des souvenirs cruciaux et de la formation du symptôme hystérique. Ainsi, le contre-transfert se caractérise-t-il par une force d'opposition.

M. Little introduit son propos avec l'exemple d'un patient en seconde analyse avec elle et à qui, selon elle, l'analyste précédent a fait une interprétation en fonction de son propre contre-transfert. Pour M. Little l'analyste ne doit pas rester neutre mais montrer la subjectivité des sentiments sans en dévoiler forcément l'origine. D'après elle, l'analyste doit être une personne « réelle », particulièrement avec les malades qui ne sont pas capables de symboliser et qui ont des structures psychotiques. N. Nathan Beaufils explique qu'en 1956, consciente des différentes acceptions que peut prendre le terme contre-transfert, M. Little introduit le symbole « R » qu'elle définit comme

« [...] la réponse totale de l'analyste aux besoins de son patient, quels que soient les besoins, et quelle que soit la réponse. »⁴⁰

La réponse totale comprend l'interprétation, mais aussi le comportement et les sentiments.

En revanche, d'après le commentaire de N. Katan-Beaufils, M. Little réserve le terme de contre-transfert :

« [...] aux éléments refoulés jusque là non analysés de l'analyste, qu'il attribue à son patient, de la même manière que le patient transfère sur l'analyste. »⁴¹

Le contre-transfert représente quelque chose qui n'a pas été analysé et les effets qu'il provoque ne peuvent prendre sens que dans l'après coup. De ce fait les patients prennent, en un certain sens, le rôle de l'analyste. Ce type de réponse fait appel aux reacting-impulse. Ces réactions impulsives viennent non pas du ça de l'analyste, mais d'une partie de son inconscient qu'il n'a jamais pu analyser. Pour M. Little, les réactions impulsives existent toujours mais surtout « elles sont absolument bénéfiques pour le patient, dans certains cas, bien sûr ».

³⁸ HEIMANN P., A propos du contre-transfert. (71)

³⁹ KATAN-BEAUFILS N., *Le contre-transfert et l'angoisse de l'analyste*, p.16,17. (93)

⁴⁰ *Le contre-transfert et l'angoisse de l'analyste*, op. cit., p. 18. (93)

⁴¹ *Ibidem*, p.18. (93)

A. Reich et L. Tower sont dans le sillage de M. Little. A. Reich met en équivalence les phénomènes de transfert et de contre-transfert, ce qui l'amène à faire l'étude psychopathologique de l'analyste et à conclure que seule une sublimation réussie permet un cadre psychanalytique de qualité.

« Le contre-transfert comprend les effets des besoins et conflits inconscients de l'analyste concernant sa compréhension ou sa technique. »⁴²

A. Reich parle « d'acting out » de la part de l'analyste chaque fois que son activité d'analyse a une signification inconsciente pour lui. Le patient devient alors un objet envers qui l'analyste éprouve des sentiments et des désirs issus de son passé. Le facteur déclenchant peut être quelque chose dans la personnalité du patient, un type particulier de transfert, une situation et un matériel analytiques spécifiques. Elle donne des exemples : une agression inconsciente peut rendre l'analyste hyperconciliant, des sentiments de culpabilité inconscients s'exprimeront par l'ennui ou trop d'ardeur thérapeutique. Au contraire, la peur de tout surgissement émotionnel ou de toute explosion chez le patient conduit l'analyste à préserver une distance de sécurité à l'égard de l'inconscient du patient et à éviter de s'identifier à lui.

Les réponses contre-transférentielles décrites précédemment consistent en des exigences libidinales et / ou agressives défensives contre des contraintes, ou des identifications liées à un conflit spécifique du passé de l'analyste. A. Reich distingue les réponses conscientes, différentes du contre-transfert. Ces dernières doivent être considérées comme contre-transférentielles seulement si elles atteignent une intensité excessive, ou si elles sont fortement teintées de sentiments sexuels ou agressifs inappropriés, se révélant alors déterminées par des exigences infantiles inconscientes.

La question de la place et du ressort de l'interprétation est ici centrale. A. Reich ajoute :
« [...] accentuer l'effet du contre-transfert et l'impact émotionnel profond de l'analyste, plutôt que faire porter l'accent sur l'interprétation, constitue un retour au concept de l'effet thérapeutique de l'abréaction, au sens de Ferenczi, qui avait apparemment le talent tout spécial de la réaliser chez ses patients grâce à sa réponse émotionnelle personnelle. »⁴³

L. Tower, au début de son article, fait l'inventaire non exhaustif des diverses conceptions des psychanalystes sur le contre-transfert. Elle souligne qu'attribuer à l'analyste la capacité de *contrôler* consciemment son propre inconscient s'inscrit en faux avec le principe de la psychanalyse, car les êtres humains sont possédés par un inconscient qui n'est pas susceptible d'être contrôlé. Pour elle, fantasmes et sentiments envers les patients abondent pour tous les psychanalystes, et sont maintenant assez généralement acceptés. Par moments, les analystes peuvent ressentir pour leurs patients la plupart des sentiments rationnels et irrationnels qu'ils éprouvent dans la vie quotidienne.

« Cependant, des sentiments excessifs ou inappropriés à ce que le patient paraît être, ou à ce qu'il dit, et particulièrement s'ils sont accompagnés d'angoisse, ont sans doute une signification contre-transférentielle. »⁴⁴

Pour L. Tower, l'angoisse de l'analyste est au cœur de toutes les réactions contre-transférentielles. Enfin, elle est favorable au développement d'une *structure* de contre-

⁴² REICH A., *Empathie et contre-transfert*, p.91. (119)

⁴³ *Empathie et contre-transfert*, op. cit., p.100. (119)

⁴⁴ TOWER L., *Le contre-transfert*, p.120. (132)

transfert qui est, selon elle, la partie inévitable et essentielle de la névrose de transfert. Cette formation agirait comme un catalyseur sur le processus thérapeutique.

« La compréhension (du contre-transfert) peut être aussi importante pour la perlaboration finale de la névrose de transfert elle-même, peut-être parce qu'elle est en quelque sorte le véhicule de la compréhension émotionnelle que l'analyste aura de la névrose de transfert. »⁴⁵

H. Searles s'intéresse lui aussi au contre-transfert dans son acception la plus large. Il va à l'encontre de ceux qui voudraient reléguer le patient psychotique

« [...] dans un domaine supposé distinct du nôtre, un domaine pas tout à fait humain en qualité, un domaine qui ne serait pas à la portée de l'empathie du psychiatre. »⁴⁶

Aussi il n'évite pas le développement d'une dépendance symbiotique et réciproque avec le patient, il l'accepte. H. Searles met l'accent sur l'effort thérapeutique du patient psychotique pour permettre à la mère (et dans le contexte analytique, à l'analyste) de devenir pour lui, le patient, une mère (ou un analyste) totale et efficace. Ce que le patient fait vivre à l'analyste dans la cure le renseigne sur des « modèles » de comportement dont le patient n'a pas conscience et que l'analyste rend conscients en les nommant dans l'interprétation. C'est pourquoi la notion de « vécu » ou « d'expérience » contre-transférentielle a une telle faveur clinique. Le modèle implicite du contre-transfert, dit Fédida, est celui

« [...] d'un rapport fictif mère enfant où la mère se fait réceptrice de ce qui se passe chez son enfant : elle éprouve une angoisse qui l'éveille au danger, qui augmente l'acuité de sa perception d'elle-même et de l'enfant ; elle restitue à celui-ci, par des mots et des gestes adéquats, la signification distincte de ce qu'il éprouve, donc sans confusion avec la sienne propre. L'angoisse contre-transférentielle de l'analyste pourrait être idéalement celle d'une mère capable de résonance avec l'état de son enfant, de contenance des énergies de cette angoisse, de métabolisation et de métaphorisation des affects confondus tendant à déborder l'enfant. »⁴⁷

D. W. Winnicott soutient l'idée que la cure d'un patient fait découvrir certains aspects de l'inconscient de l'analyste. Dans « Les formes cliniques du transfert » il prend cette position à propos de patients, qui selon lui, n'ont pas eu de premiers soins maternels adaptés à leur immaturité, n'ont pas pu se constituer un véritable moi. D'une part, ce sont des patients qui ont une tendance antisociale, d'autre part ce sont des patients qui ont besoin d'une régression. De façon surprenante, les failles de l'analyste sont utilisées positivement par ces patients pour autant que l'analyste soit prêt à les verbaliser plutôt qu'à les reconnaître comme simples résistances. Winnicott propose d'adopter l'expression de M. Little : la réponse totale de l'analyste aux besoins du patient est une manière de nommer les réactions conscientes et inconscientes de l'analyste confronté à une pathologie psychotique.

1.5.3. La position de J. Lacan : le désir du psychanalyste

J. Lacan ne nie pas que l'analyste puisse avoir lui-même des sentiments à l'égard de son patient. Cependant pour lui, la question du contre-transfert ne se pose pas :

⁴⁵ *Ibidem*, p.120, 121. (132)

⁴⁶ SEARLES H., *L'effort pour rendre l'autre fou*, p.260. (125)

⁴⁷ FEDIDA P., *Crise et contre-transfert*, p.173. (38)

« Le transfert est un phénomène ou sont inclus ensemble le sujet et le psychanalyste. Le diviser dans les termes de transfert et de contre-transfert, quelles que soient la hardiesse, la désinvolture, des propos qu'on se permet sur ce thème, ce n'est jamais qu'une façon d'é luder ce dont il s'agit. »⁴⁸

Selon J. Lacan le problème que pose la théorie du contre-transfert est celui de la symétrie qu'elle établit entre analyste et patient. Pour cet auteur, il ne s'agit pas de la personne de l'analyste, quand bien même il la prête comme support au phénomène du transfert, mais de sa place et de sa fonction. C'est la place de « l' autre », comme adresse du destinataire à qui parle le sujet, qui est posée dès le départ de la cure et que tient l'analyste.

« En tant que l'analyste est supposé savoir, il est supposé aussi partir à la rencontre du désir inconscient. C'est pourquoi je dis... que le désir est l'axe, le pivot, le manche, le marteau, grâce à quoi s'applique l'élément-force, l'inertie, qu'il y a derrière ce qui se formule d'abord, dans le discours du patient, en demande, à savoir le transfert. L'axe, le point commun de cette double hache, c'est le désir de l'analyste, que je désigne ici comme une fonction essentielle. »⁴⁹

Tout l'effort de Lacan visera une critique généralisée de la relation analytique conçue comme situation inter-humaine impliquant les personnes et leurs comportements réciproques. Pour lui, le dispositif analytique s'offre comme un artéfact et non comme la rencontre de deux inconscients. Du fait que l'inconscient est au lieu de l'Autre, comment penser l'analyste inconscient à son opération ? Ce qui maintient sa place c'est qu'il ne le soit pas. Il n'opère pas comme effet de son inconscient mais comme effet de l'analyse. S'il ne l'assume pas il y a interférence du fantasme propre à l'analysant dans sa pratique.

1.5.4. Acception médiane

Suite aux travaux de ces auteurs, la position de J. Lacan étant à part, il devient banal d'admettre l'existence du contre-transfert et de son efficacité.

R. Schafer dans son ouvrage « l'attitude psychanalytique » propose

« [...] de clarifier l'attitude intellectuelle et émotionnelle adoptée par l'analyste dans son travail. »⁵⁰

Il remarque que, dans la littérature sur le sujet,

« [...] l'on constate des variations quant à la question de savoir jusqu'à quel point il est souhaitable que l'analyste préserve son détachement affectif »⁵¹

R. Schafer formule un certain nombre d'exigences utiles à l'attitude de l'analyste dont les grands thèmes sont : la neutralité de l'analyste, l'aptitude à entendre tout ce qui est dit par l'analysant, le travail sur la réalité psychique et la philosophie de l'analyse. A partir de ces quatre catégories on peut entendre ce qui est dit sur le contre-transfert de l'analyste.

1.5.4.1. « Une attitude de neutralité »

D'après R. Schafer :

⁴⁸ LACAN J., *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, p. 257. (97)

⁴⁹ *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, op. cit., p. 261. (97)

⁵⁰ SCHAFFER R., *L'attitude analytique*, p.7. (127)

⁵¹ *Ibidem*, p.14. (127)

« L'analyste demeure neutre eu égard à chacun des aspects du matériel présenté par l'analysant. »⁵²

Il s'efforce de permettre que

« [...] soit présenté dans sa totalité tout le matériel conflictuel et que ce matériel soit interprété et perlaboré. »⁵³

Il évite d'imposer à l'analysant ses propres valeurs personnelles.

« Parvenir à la neutralité exige que la personnalité de l'analyste soit hautement subordonnée à la tâche analytique entreprise. Il faut mettre cette subordination en relation avec la suppression de toute manifestation d'activité à prédominance narcissique. L'activité narcissique, tout à la fois implique et facilite les réactions contre-transférentielles qui viennent perturber le cours de l'analyse. »⁵⁴

C'est par exemple lorsque l'analyste essaie de guérir par « la force de sa personnalité ». Vient également interférer avec ce maintien le fait que l'analyste adopte une attitude de condamnation à l'égard de ce qui est différent, de ce qui n'est pas immédiatement compréhensible.

1.5.4.2. « Ne pas penser de façon univoque »

« Une caractéristique de l'interprétation psychanalytique c'est bien le fait que l'analyste reconnaisse que des significations et des conséquences multiples souvent contradictoires sont susceptibles d'être utilement assignées à un phénomène unique et qu'inversement elles peuvent être assignées à des phénomènes sans rapport. »⁵⁵

D'après R. Shafer on ne peut faire autrement que de considérer comme un échec de l'attitude analytique le fait de voir un analyste parler de la signification « réelle ».

1.5.4.3. « L'analyste analyse »

« Il met l'accent sur l'interprétation de la réalité psychique. En faisant porter l'accent sur ce point, l'analyste ne se trouve pas dans l'obligation de répondre sur le même mode aux avances affectives de l'analysant. Ces avances combinent en règle générale des caractéristiques sexuelles et hostiles en même temps que défensives et autopunitives. »⁵⁶

Quand R. Schafer dit que l'analyste n'est pas tenu de répondre sur le même mode il entend par exemple qu'il n'est pas tenu de répondre à l'amour par l'amour ou le rejet, ou encore l'exploitation, pas plus que de répondre à la colère par des représailles, l'autojustification, ou une tentative d'apaiser un patient. En règle générale répondre sur un mode identique fait obstacle au travail de l'analyse. Cela ne veut pas dire pour autant que l'analyste doit maintenir des séances froides, desséchées et absolument impersonnelles.

⁵² *L'attitude analytique, op. cit., p.16. (127)*

⁵³ *Ibidem, p.16. (127)*

⁵⁴ *Ibidem, p.17. (127)*

⁵⁵ *L'attitude analytique, op. cit., p.19. (127)*

⁵⁶ *Ibidem, p.20. (127)*

1.5.4.4. « L'analyste s'efforce d'être utile »

« Les analystes n'envisagent pas leur rôle comme consistant à proposer ou promettre des remèdes, des cures, une santé mentale parfaite, un sauvetage, des pansements affectifs. Il y a fort à parier que chacune de ces conduites adoptées en lieu et place d'une approche essentiellement interprétative est une manifestation contre-transférentielle. »⁵⁷ « L'attitude analytique n'ayant que faire d'un zèle thérapeutique ou didactique inopportun, ne fournit à l'analyste aucune occasion appropriée à sa tâche d'éprouver des sentiments de frustration, de déception ou d'impatience. »⁵⁸

Selon Schafer il est déconcertant d'entendre un analyste se plaindre d'un analysant sans reconnaître qu'il met au grand jour une réaction contre-transférentielle. Ce qu'il est apparu c'est un contre-transfert négatif qui demande que l'analyste se livre à une auto-analyse ou ait recours à un superviseur.

1.6. De quelques positions contre-transférentielles « typiques »

Après avoir évoqué la question de l'implication de l'analyste, voyons maintenant comment certains auteurs qualifient le contre-transfert en termes de position.

La difficulté de parler du contre-transfert est bien soulignée par J.B. Pontalis :

« On ne saurait parler du contre-transfert en vérité, dire le vrai sur lui... »⁵⁹

Le contre-transfert inconscient est quelque chose que l'on n'observe pas comme tel mais uniquement dans ses effets. En conséquence, évoquer des positions contre-transférentielles communes, n'est en aucun cas faire abstraction de la particularité de chaque inconscient.

Guillaumin s'intéresse au contre-transfert du psychanalyste sous l'angle des enveloppes psychiques. Selon lui,

« [...] les maladies professionnelles de l'analyste sont dues, quant à elles et en général, à des compulsions d'origine narcissique qui fixent de manière répétitive et enkystent l'analyste dans une position contre-transférentielle renvoyant à une certaine organisation des imagos du patient ou/et de ses propres imagos, ainsi qu'aux relais identificatoires qu'elles ont trouvés au cours de sa formation, et dans son milieu professionnel. »⁶⁰

Il définit quatre catégories : le mauvais rapport des enveloppes psychiques de l'analyste à l'intérieur même de sa personnalité ; la perception anormalement difficile chez l'analyste du rapport qu'ont entre elles les enveloppes psychiques du patient ; un désordre dans les relations de l'analyste avec son environnement professionnel . J'utiliserai sa classification tout en alimentant mon propos d'autres auteurs.

⁵⁷ L'attitude analytique, op. cit., p.24. (127)

⁵⁸ Ibidem, p.25. (127)

⁵⁹ A partir du contre-transfert, le mort et le vif entrelacés, op. cit., p.74. (117)

⁶⁰ GUILLAUMIN J., Les enveloppes psychiques, p.154. (59)

1.6.1. Le mauvais rapport des enveloppes psychiques de l'analyste à l'intérieur même de sa personnalité

Ces situations sont classiques et bien connues.

« Des circonstances traumatiques ou autres peuvent abaisser de façon notable, temporairement ou plus durablement, à l'occasion d'un mouvement un peu appuyé d'angoisse ou de dépression, la capacité d'un analyste à user avec profit et souplesse de ses propres fragilités, incompréhensions momentanées, inhibitions diverses et émois pour les accoler empathiquement aux formations symptomatiques de ses patients, et les faire travailler, chez ces patients et chez lui-même, sans régresser ni se désorganiser à l'excès par ailleurs. »⁶¹

Pour J. Guillaumin cette pathologie professionnelle

« [...] banale et presque attendue serait à assimiler à un vieillissement ou à une rigidification de la capacité de différenciation interne de l'analyste dans le maniement de ses positions identifiantes d'affect et de représentation »⁶²

J. Guillaumin signale qu'à certains moments de la cure, notamment lorsque l'analyste « répond » en éprouvant quelque chose (ou en ne faisant pas quelque chose), ou encore quand le contre-transfert est traité en dehors des séances,

« [...] une manière de fuite contre transférentielle peut se manifester sous forme d'agir, de lapsus, d'obnubilations mentales. »⁶³

Ces manifestations renvoient également à des zones non suffisamment mobilisées par la formation antérieure de l'analyste.

1.6.2. La perception anormalement difficile chez l'analyste du rapport qu'ont entre elles les enveloppes psychiques du patient

Pour J. Guillaumin :

« On définit ce genre de trouble par des situations de blocage ou d'obturation d'écoute de l'inconscient, assez longues et insistantes pour que l'analyste du patient ait grand-peine à en tirer profit dans l'interprétation et pour qu'il tende à s'y enliser dommageablement en retombant en série dans le même genre de pièges. »⁶⁴

Il ajoute plus loin :

« On peut considérer que tout se passe comme si l'analyste venait alors se coller lui-même, sans pouvoir s'en différencier, dans la peau psychique fantasmatique de son patient, à la manière d'un parasite. »⁶⁵

J.B. Pontalis voit lui aussi dans les mouvements contre-transférentiels avant tout des réponses, réfractées par la propre fantasmatique de l'analyste, aux mouvements

⁶¹ *Les enveloppes psychiques, op. cit., p.157. (59)*

⁶² *Ibidem, p.157. (59)*

⁶³ *Ibidem, p.462. (59)*

⁶⁴ *Les enveloppes psychiques, op. cit., p.159. (59)*

⁶⁵ *Ibidem, p.159. (59)*

transférentiels de l'analysé. Pour lui, ce sont des réponses anticipatrices qui viennent signaler à l'analyste par l'irritation, l'angoisse, le plaisir ressenti, un conflit chez le patient. Dans un article intitulé « A partir du contre-transfert le mort et le vif entrelacés », J.B. Pontalis évoque le contre-transfert lorsque la dynamique de l'analyse se fige. A ce propos, il emploie l'expression suivante : « être touché au mort ». Ce sont des mouvements corporels discrets qui font écho à une motion pulsionnelle mise en route chez l'analyste par ce qu'il vient d'entendre.

« Tous les mots qui me viennent ici : figé, pétrifié, renverraient, en première instance, à des sensations corporelles indiquant une impuissance motrice : paralysie vécue comme contraignante... cette mortification peut, selon la pathologie de l'analyste, prendre une coloration plus claustrophobique : être tenté d'abrégé la séance, fuir mentalement, être hypervigilant, être dépressif. »⁶⁶
« En seconde instance, c'est le fonctionnement mental de l'analyste qui est menacé, saisi et, là aussi, l'effet de la force d'impact du mode d'être de l'analysé sur lui se laisse d'abord percevoir en termes déficitaires : incapacité d'un échange en lui, entre processus primaire et secondaire, blocage, voire sidération de la pensée[...] notre seule protection et notre seule issue sont alors d'imputer au patient l'origine du malaise, de supposer qu'il agit sur nous et en nous... le « touché au mort » indique la mort de la réalité psychique. »⁶⁷

J. Caïn évoque, également, un certain type de qualités contre-transférentielles qui sont spécifiquement attachées aux patients souffrant de maladies organiques. Sifnéos parle d'alexithymie, Joyce Mac Dougall signale l'ennui anxigène que déterminent les litanies de certains patients. Marty décrit la dépression essentielle et le cortège de désintérêt qui l'accompagnent. Pour mieux situer sa position Caïn reprend deux citations de J. Mac Dougall :

« [...] de tels états lorsqu'ils apparaissent chez les patients au cours de la cure sont perçus directement dans notre contre-transfert par l'éprouvé d'une fatigue correspondant à l'alexithymie de l'autre mais différent d'elle en ce sens qu'elle s'accompagne d'une angoisse et d'un mal être. »⁶⁸

Plus loin :

« [...] en raison de débordements divers, nous pouvons tous nous trouver déconnectés de notre réalité psychique dans ses aspects émotionnels et de ce fait incapables d'élaborer ou de contenir les forces affectives mobilisées, faute d'avoir pu obtenir et reconnaître leurs effets. A la place nous risquons de les agir ou peut-être de tomber malade. »⁶⁹

J.B. Pontalis formule deux propositions de *positions* ou des *prises* contre-transférentielles assignées par la mise en scène fantasmatique du patient et particulièrement par le fantasme sado-masochique tel qu'il s'actualise dans la situation psychanalytique. Dans la première catégorie de situations,

⁶⁶ A partir du contre-transfert : le mort et le vif entrelacés, op. cit., p.76. (117)

⁶⁷ Ibidem, p.76,77. (117)

⁶⁸ CAIN J., Corps et histoire, p.249. (24)

⁶⁹ Corps et histoire, op. cit., p.249. (24)

« [...] l'analyste se sent trop inclus, envahi, bombardé, menacé, passivé par « un trop » d'excitations ; il oscille entre « la sympathie encourageante, la pitié et l'irritation » ; le dilemme dans lequel il se trouve pris est : « être tortionnaire ou être la victime ». L'analyste cesse alors d'être une surface de projection pour être traité et se ressentir comme dépotoir. »⁷⁰

Dans la seconde,

« [...] il se sent exclu, il n'y a « pas assez » d'excitations. Donc là dépotoir, ici dépositaire. »⁷¹ « Les séances à l'opposé des précédentes, où la surcharge d'investissement était telle qu'elle les faisait apparaître comme surréelle, sont marquées de sous-réel, c'est une pseudo réalité psychique. »⁷²

J.B. Pontalis fait remarquer la différence qu'il existe entre *position* et *emprise* contre-transférentielles.

L'emprise suscite une tension, une pression, autrement plus fortes.

« On pourrait dire qu'ici l'appareil psychique exige, pour se maintenir en état de marche, d'exercer son emprise directement sur l'appareil psychique de l'autre. Il s'agit de court-circuiter la possibilité d'une activité représentative, d'une activité de pensée autonome. La visée est d'empêcher chez l'autre ce qui fait défaut en soi : la constitution et le déploiement d'un espace psychique. Searles met en évidence que chacun des protagonistes trouve son compte dans ce lien. Les conséquences contre-transférentielles sont une défense à visée protectrice face au risque d'une relation « symbiotique » perçue comme une attaque psychique. »⁷³

Il est des cas où le patient devient fascinant pour l'analyste, ce qui a pour effet de paralyser le travail. Au niveau le plus profond il se produit une rupture des barrières pare-excitation sur un appareil psychique (sur un moi) immature.

La séduction c'est aussi souhaiter tromper sur ce qu'on peut donner.

« La séduction met en jeu une sorte de phallus fascinateur, brandi intentionnellement à la manière d'un fétiche devant l'objet à séduire, pour dénier le manque. »⁷⁴

En ce qui concerne le séduit :

« La brillance que prend pour lui l'objet, ou le matériel, qui s'agite et se fétichise sous son regard, ou dans son écoute, a pour effet de faire régresser son Moi (structurellement et temporellement) en mettant en faillite, plus ou moins provisoirement, les différenciations topiques et fonctionnelles dont il dispose

⁷⁰ A partir du contre-transfert : le mort et le vif entrelacés, op. cit., p.77. (117)

⁷¹ Ibidem, p.83. (117)

⁷² Ibidem, p.82. (117)

⁷³ A partir du contre-transfert : le mort et le vif entrelacés, op. cit., p.80. (117)

⁷⁴ Contre-transferts, op. cit., p.468.(60)

d'habitude. D'où une fascination monodéique [...] qui désintégrant les défenses et les capacités d'analyse, se traduit par une manière d'inhibition intellectuelle. »⁷⁵

J. Guillaumin rapproche cette lecture de celle de W. Bion concernant l'attaque des liens de la pensée par certains éléments de type « bêta » (bruts) et qui correspondent à des choses en soi et qui paralysent la mentalisation, c'est-à-dire la mobilisation psychique et l'élaboration d'éléments « alpha ». Dès lors, ces éléments bruts risquent de paralyser tout le développement processuel du réseau de ses pensées, et le pouvoir même d'analyse.

« Le contre-transfert proprement dit réside en fait dans les attitudes psychiques que l'analyste produit en réaction à cet impact météorique brut. Ce peuvent être des actes non contrôlés, des mouvements intérieurs (d'agression, d'auto-agression), de l'angoisse, une sidération pure et simple, ou au contraire un effet hypomaniaque de jubilation ou de « charme », ou bien encore divers biaisages interprétatifs, qui correspondent à une rationalisation secondaire plus ou moins « pauvre » et à une justification « pénible » du vécu éprouvé. »⁷⁶

D W. Winnicott met en évidence que les psychanalyses de psychotiques sont plus « ingrates » que celles des névrotiques. En effet, les symptômes psychotiques rendent le travail analytique plus compliqué car le patient psychotique

« [...] est dans un état de sentiments où coïncident l'amour et la haine. Il ressent la conviction que l'analyste lui aussi est seulement capable d'une relation à l'état brut, dangereuse, où coïncident amour et haine ? »⁷⁷

Il y a aussi le contre-transfert négatif, qui devient ici une sorte de haine primaire contre le patient. Winnicott soutient que la haine contre-transférentielle n'est vraiment redoutable que si elle est méconnue ou niée. En prendre conscience pleinement (et éventuellement en parler), sans la décharger, serait au contraire essentiel au rôle de l'analyste.

Fédida rappelle qu'en 1955, H. Searles avait déjà souligné les identifications archaïques qui se

« [...] manifestent dans la thérapie comme de fortes qualités maternelles tendant à provoquer des sentiments infantiles de dépendance chez le thérapeute. »⁷⁸

Du fait que le psychotique différencie difficilement ce qui relève en lui de la pensée, de l'émotion et de l'agir, ses besoins de dépendance tendent à une sorte de collusion physique sans contact corporel avec l'analyste.

1.6.3. Un désordre dans les relations de l'analyste avec son environnement professionnel

Cette pathologie professionnelle

« [...] prend son origine non du côté du patient mais de celui du cadre institutionnel qui le contient et l'enveloppe lui-même. »⁷⁹

⁷⁵ *Ibidem*, p.468. (60)

⁷⁶ *Contre-transferts*, *op. cit.*, p.470. (60)

⁷⁷ WINNICOTT D. W., *La haine dans le contre-transfert*, p.74. (141)

⁷⁸ *Crise et contre-transfert*, *op. cit.*, p. 174. (38)

⁷⁹ *Les enveloppes psychiques*, *op. cit.*, p.161. (59)

Ce type de maladie professionnelle peut atteindre les analystes les plus avertis du métier. Il menace ceux

« [...] dont les peaux psychiques sembleraient devoir être les plus élaborées, et qui s'avèrent fragiles et mal décollées de leurs étayages collégiaux et parentaux. »⁸⁰

Elle s'exprime surtout à travers l'idéalisation et provient de la part d'inachèvement propre à toute analyse. Selon J. Guillaumin elle connaît trois destins :

- L'idéalisation directe et l'addiction à des positions théorico-pratiques personnalisées ou institutionnelles ressenties comme vitales.
- Le transfert « sur l'institution » et l'agrippement à celle-ci sont dominés dans ce cas par une défense haineuse, en raison d'un collage tégumentaire ressenti comme trop persécuteur.
- Le troisième destin des sutures transféro-contre-transférentielles de l'analyste avec ses enveloppes institutionnelles est en quelque sorte normal . C'est un équilibre qui passe par les limites du métier.

1.7. Devenirs et traitements du contre-transfert

Freud donne la recommandation suivante :

« Pour que le médecin soit capable de se servir ainsi de son propre inconscient comme d'un instrument, il lui faut se soumettre dans une large mesure, à une certaine condition psychologique. Il ne doit tolérer en lui-même aucune résistance susceptible d'empêcher les perceptions de son inconscient d'arriver jusqu'à son conscient, sinon il introduirait dans l'analyse une nouvelle sorte de sélection et de déformation bien plus néfaste que celle provoquée par un effort de son attention consciente. Il ne suffit pas, pour cela, que le médecin soit à peu près normal, il doit avoir pris connaissance de ses propres complexes qui risqueraient de gêner sa compréhension des propos de l'analysé. »⁸¹

Il ne s'agit pas seulement de « maîtriser son contre-transfert », mais de le surmonter grâce à un travail d'élaboration qui permette d'en distinguer les différentes composantes et d'en expliciter le sens.

Si l'on admet avec J. Guillaumin que

« [...] le maniement satisfaisant du contre-transfert repose chez l'analyste sur la capacité d'éviter la diffusion des états incontrôlés produits par certains transferts à l'ensemble de son Moi, et d'y localiser ainsi l'émoi et les représentations correspondantes sans toutefois les isoler... sur le plan fonctionnel et cliniquement cela s'exprime par la possibilité, pour le praticien, d'introduire toujours au moment opportun un médiateur entre son instance consciente de jugement et de décision et sa sensibilité immédiate au matériel du patient. Un médiateur n'est pas une barrière de censure, ou plus généralement de clivage, au dedans du Soi. C'est une référence latérale, intervenant en tiers dans les

⁸⁰ Ibidem, p.161. (59)

⁸¹ La technique psychanalytique, op. cit., p.66, 67. (49)

relations directes du moi et de l'inscription dans le Soi des excitations produites par l'objet. »⁸²

Cette tierce référence peut prendre concrètement des formes diverses. Ce peut être :

- penser à l' « après » ou l' « avant » de la séance ;
- mettre en suspens pour l'examiner, ce qui est éprouvé ;
- de manière plus personnalisée, faire appel à une expérience analogue du praticien.

En fait, comme le dit J. Guillaumin :

« [...] elle repose sur la décentration de la pensée de l'analyste par mobilisation d'une identification fonctionnelle partielle du Moi à un autre modèle technique »⁸³

L'appel à référence s'effectue de manière plus ou moins rigide . Il peut être défensif ou se faire en souplesse en fonction de l'expérience de l'analyste.

Cependant, lorsque le psychanalyste ou le psychiatre, chacun dans son cadre de travail est confronté à des patients psychotiques leurs repères sont bousculés. Le thérapeute ne reste pas sans réactions face à l'attitude transférentielle du patient, qu'elle soit positive ou négative. Winnicott souligne que l'analyse d'une personne psychotique est :

« [...] ingrate comparée à celle d'un névrotique » et que « si nous souhaitons pouvoir être analystes de psychotiques, il faut être remonté jusqu'aux choses les plus primitives en nous. »⁸⁴

P. Attigui dans « De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique » souligne que :

« La nature du transfert psychotique apparaît si spécifiquement vertigineuse, qu'elle amène constamment le thérapeute à sortir de cette prétendue neutralité, et qu'il devient impérieux pour ce dernier d'y voir plus clair quant à son contre-transfert. »⁸⁵

H. Searles remarque que :

« [...] la tradition médicale dans laquelle les médecins ont été formés veut qu'ils n'aient aucune réaction affective à l'égard de leurs patients, rien d'autre qu'une compassion active et dévouée ; comme médecins, ils ne devraient jamais éprouver vis-à-vis de leurs patients des sentiments tels que la haine, l'envie, le rejet. En travaillant avec des internes en psychiatrie dans différents hôpitaux, Harold Searles est venu à penser que rien n'entravait plus les efforts des jeunes psychiatres confrontés à des schizophrènes que ce sentiment d'être ainsi enfermés dans leur identité de médecins, confinés dans un rôle qui risque de les laisser sans recours face à l'utilisation sadique que les patients font de leur dévouement. »⁸⁶

De ce fait, certains psychanalystes considèrent que leur pratique doit être réservée à ceux dont la structure névrotique est suffisamment efficace pour qu'ils puissent choisir, en toute liberté l'expérience analytique. Par le biais des « indications » de l'analyse, ils se gardent

⁸² Contre-transferts, op. cit., p.473. (60)

⁸³ Ibidem, p.473. (60)

⁸⁴ La haine dans le contre-transfert, op. cit., p.74. (141)

⁸⁵ ATTIGUI P., De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique, p.163. (8)

⁸⁶ SEARLES H., Le contre-transfert, p. 216. (125)

d'aborder les problèmes les plus difficiles de leur pratique. Pour d'autres, le traitement des psychotiques les amènent à remettre en question la position soutenue par Freud selon laquelle ceux-ci

« [...] détournent leur intérêt du monde extérieur (personnes et choses), se soustraient à l'influence de la psychanalyse et deviennent inaccessibles à nos efforts pour les guérir. »⁸⁷

Le point de vue de ces psychanalystes est évoqué par Neyraut :

« Non seulement la plupart des psychanalystes qui s'occupent des psychotiques tiennent pour acquise la capacité de transfert de leurs patients, mais affirment qu'ils ont affaire à des « transferts massifs ». Ce terme de « transfert massif » reflète me semble-t-il, l'impression subjective et globale d'une immobilisation, d'une mainmise psychique, d'une incarcération de la personne du thérapeute dans l'espace subjectif de la pensée psychotique [...] La pénétration intuitive des psychotiques dans l'inconscient d'autrui, leur capacité d'exprimer de façon consciente ce qui dans la pensée névrotique relève de l'impensable, traduit la rupture des frontières intérieures du narcissisme et rend compte d'un inéluctable et nécessaire contre-transfert massif. »⁸⁸

1.8. Conclusion

Pour Freud le transfert, et de ce fait la situation analytique, représente un mouvement à sens unique de l'analysé à l'analyste. Le rôle de « miroir » assigné par Freud à l'analyste montre que celui-ci doit se limiter à accueillir tout ce qui vient vers lui, plutôt qu'être un interlocuteur. En ce sens la situation analytique n'est pas conçue comme une relation à deux impliquant un mode relationnel d'échanges, non pas que l'existence ni l'importance du contre-transfert lui échappe, bien au contraire. Mais malgré cette importance, ou peut-être à cause d'elle, cet aspect si fécond de l'analyse est néanmoins mis de côté pendant longtemps.

La communauté psychanalytique a mis beaucoup de temps pour reconnaître la dimension affective du contre-transfert dans le fonctionnement mental de l'analyste. Encore aujourd'hui l'accord est loin d'être unanime sur la définition, la théorie et la technique du contre-transfert. Toutefois la plupart des psychanalystes sont convaincus de l'importance primordiale du mode d'échange, de la relation à deux qui se crée entre analyste et analysé dès que s'installe la situation analytique. L'article de P. Heimann, cité précédemment, a mis en évidence l'intérêt de ce concept tout en dénonçant la fausse image de l'analyste « détaché », le prétendu modèle du miroir insensible, en préconisant le bon usage des « réponses émotionnelles ». L'idée de « maîtrise », et même d'élimination des réactions contre-transférentielles par l'attitude de neutralité, a fait place à une utilisation bénéfique du contre-transfert. Cette dimension est particulièrement présente dans le traitement des psychotiques, car les symptômes psychotiques sont tels que les patients psychotiques projettent beaucoup plus leurs affects sur l'analyste que les névrosés.

J. Laplanche et J.B. Pontalis dans le Vocabulaire de la psychanalyse, distinguent trois orientations techniques :

⁸⁷ FREUD S., *Pour introduire le narcissisme*, p. 82. (48)

⁸⁸ *Le transfert*, op. cit., p.76,77. (115)

La première est restrictive : il s'agit de réduire le plus possible les manifestations contre-transférentielles par l'analyse personnelle de façon à ce que la situation analytique soit, à la limite, structurée comme une surface projective par le seul transfert du patient. Dans ce cas le contre-transfert est considéré comme un obstacle dangereux gênant le processus analytique. Il apparaît comme un aménagement strictement défensif de l'analyste confronté au transfert de son patient.

La seconde position consiste à utiliser, tout en les contrôlant, les manifestations de contre-transfert dans le travail analytique, en poursuivant l'indication de Freud selon laquelle :

« [...] chacun possède en son propre inconscient un instrument avec lequel il peut interpréter les expressions de l'inconscient chez les autres. »⁸⁹

Cette vision des choses reste empreinte de prudence.

La troisième orientation correspond au point de vue de M. Neyraut dans lequel celui-ci postule la précession du contre-transfert sur le transfert. Cette vision a particulièrement attiré mon attention. En effet, dans cette approche, le contexte psychanalytique et par extension le contexte institutionnel, est premier. Il constitue de la sorte « le moule » dans lequel la relation transférentielle va s'inscrire.

Chapitre 2. Description des interactions entre les soignants, les enfants autistes et les institutions qui les accueillent

« Les enfants autistes que j'ai rencontrés, j'ai pensé qu'ils chantaient une musique à eux, qu'ils faisaient des bruits et c'était leur langue à eux, qu'ils se balançaient et c'était leur danse à eux. Bizarre, quoi, un peu comme s'ils venaient d'un autre pays - et même d'une autre planète. Mais justement non. Ce qui est bien, c'est qu'ils sont de chez nous. On les a sous la main. Ils ont forcément plein de choses à nous apprendre, même quand ce qu'ils font nous effarent. Faut savoir en profiter. » H. Buten. Ces enfants qui viennent d'une autre planète.

2.1. Introduction

Le questionnement principal de cette thèse conduit dans ce second chapitre à interroger la psychopathologie autistique. En effet, nous sommes tous, psychologue, psychiatre, infirmier ou éducateur, bousculés chacun au sein même de son identité dès l'instant où nous nous occupons d'enfants autistes. Convoqués aux lieux les plus lointains de notre psychisme, confrontés aux troubles de l'altérité, nous sommes les témoins et souvent les acteurs de phénomènes qui nous échappent. Les trois axes de ce chapitre seront :

- Une lecture des principaux courants théoriques comprenant un retour historique sur la constitution du concept d'autisme infantile.
- Une description des signes de la pathologie autistique, selon un point de vue dynamique reposant sur l'analyse des phénomènes de transfert et de contre-transfert.

⁸⁹ *Vocabulaire de la psychanalyse, op. cit., p. 103. (100)*

- Une représentation des incidences contre-transférentielles sur la pratique et la technique thérapeutique.

2.2. La bataille de l'autisme. Approche contre-transférentielle des différentes positions théoriques concernant l'autisme infantile

2.2.1. L'évolution du concept d'autisme infantile

Face aux inconnues de la clinique de l'autisme infantile précoce de nombreuses et diverses hypothèses sont émises. Les façons d'appréhender la clinique de l'autisme se sont considérablement enrichies, par le biais de nombreux courants théoriques, parfois contradictoires mais toujours féconds. Cette pathologie précoce et spécifique de la relation interhumaine repose la question de l'essence même de cette relation et oblige à prendre en compte un ensemble de disciplines et de recherches qui, pour être souvent très différentes dans leurs méthodes et objectifs, n'en restent pas moins pertinentes quant à l'objet qu'elles étudient. Ainsi, il ne se passe pas, à l'heure actuelle, de mois sans que des travaux nouveaux enrichissent en même temps la connaissance de l'autisme et des stades très précoces du développement humain. Je pense comme J. Hochmann que ces positions ont en elles-mêmes valeur clinique et qu'elles font partie de la sémiologie de l'autisme.

Dans un premier temps et afin de situer ce concept dans une perspective historique je voudrais revenir deux siècles en arrière. Bien que le terme d'autisme ne soit pas utilisé, à notre connaissance, des écrits font état de ce qu'on appelle actuellement l'autisme infantile. Il s'agit du cas de Victor de l'Aveyron qui a vécu au XIX^{ème} siècle.

J. Hochmann raconte dans son ouvrage « Pour soigner l'enfant autiste » comment des chasseurs capturent un enfant sauvage dans les bois de l'Aveyron et l'amènent à Paris. Victor, il a été ainsi nommé, aurait vécu seul dans les bois jusqu'à l'âge de onze ans. La nosographie de l'époque le qualifie d'idiot. J. Hochmann rappelle qu'en ce début de siècle la psychiatrie est seulement en train de se constituer. P. Pinel instaure le traitement moral de la folie introduisant un changement de point de vue fondamental : les malades mentaux ne sont plus considérés comme des « possédés » mais comme des êtres humains ayant besoin de soins.

J. Hochmann souligne que c'est également à ce moment que les philosophes s'interrogent sur l'état de nature et sur le fait de savoir si les idées sont innées ou acquises par l'éducation. Ces questions, on continuera de les poser longtemps en opposant origine organique et origine psychologique ; soin et éducation.

Un vif débat est d'emblée engagé autour de Victor. J. Hochmann explique qu'à ce moment là, deux courants de pensée s'opposent :

P. Pinelet d'autres médecins considèrent que les troubles de Victor sont de naissance, et que pour cette raison il a été abandonné par ses parents. En l'occurrence ils le considèrent comme étant parfaitement incurable.

J. M. Itard jeune médecin pense autrement. Il est le premier à s'opposer à l'idée d'une défaillance congénitale et à défendre celle d'un trouble moral susceptible d'être éduqué. Il émet l'hypothèse d'un défaut de contact humain, puisque cet enfant a vécu dans un isolement complet de la société des hommes. J. M. Itard engage un traitement, sa méthode consiste à stimuler les différents sens de l'enfant sous forme d'exercices de plus en plus complexes qui visent à faire marcher le raisonnement et le langage. La persévérance de J.

M. Itard et un traitement intensif de quatre années ne parviendront cependant pas à amener Victor à la parole et à le sortir de l'isolement dans lequel il se réfugie de plus en plus.

Cette expérience souligne J. Hochmann ne modifie en rien les conditions d'hospitalisation des enfants que nous qualifions aujourd'hui d'autistes. Ils sont accueillis sans soins particuliers dans des services hospitaliers. Quelques années plus tard, quelqu'un s'intéresse à nouveau à cette population infantile, il s'agit d'E. Seguin. Celui-ci décrit d'abord minutieusement les signes de ces troubles et donne une nouvelle définition du terme utilisé à cette époque, l'idiotie. C. Synodinou rappelle que l'idiotie est :

« Dans le sens du grec ancien, c'est l'homme qui n'a pas de métier, qui n'est pas instruit, qui ne s'exprime pas dans le cadre de la cité, qui n'a pas d'intérêt pour les choses publiques. »⁹⁰

J. Hochmann indique que pour traiter ces patients, Seguin met au point une méthode pédagogique et pense tout comme Itard qu'on peut les éduquer. N'étant pas médecin, il est l'objet de nombreuses attaques. Il part s'installer aux Etats-Unis. Les sections d'enfants sont abandonnées jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle. C'est D. Bourneville, médecin, qui améliore les conditions d'accueil hospitalier des enfants et qui remet les exercices de Seguin au goût du jour. Il introduit une approche à la fois soignante (des infirmières) et pédagogique (des instituteurs). En ce sens, il préfigure ce que seront les prises en charge futures des enfants autistes. Une fois de plus sa démarche est fortement contestée : la question sous-jacente peut être caricaturée par : « pourquoi soigner des incurables ? » La contestation s'exprime par la voie de Binet qui avec l'invention du quotient intellectuel soutient l'idée qu'en dessous d'un certain score il n'y a pas d'acquisitions scolaires possibles.

Il faudra attendre plusieurs années et le développement de la psychanalyse et de la psychiatrie de l'enfant pour entendre parler à nouveau de ces patients.

Soulignons que le terme d'autisme est introduit dans le langage psychiatrique par Bleuler en 1911. Il emploie le mot autisme pour désigner un symptôme caractéristique de la schizophrénie chez l'adulte, il s'agit de la prédominance de la vie intérieure sur la réalité externe et de la tendance au retrait.

Mais c'est surtout en 1943, que L. Kanner pédo-psychiatre américain fournit une description très détaillée de l'autisme infantile précoce.

« Depuis 1938, notre attention a été attirée par un certain nombre d'enfants dont l'état diffère si totalement et si radicalement de tout ce qui a été décrit jusqu'à présent que chaque cas mérite, et je l'espère recevra, une prise en compte détaillée de ses particularités fascinantes. »⁹¹

C'est ainsi que débute, le premier rapport sur un syndrome infantile qui ne recevra qu'un an plus tard, de son auteur L. Kanner le nom d'autisme infantile précoce. Conscient de décrire « un syndrome unique, non rapporté jusqu'ici », Kanner semble, selon son terme, « fasciné » par ces enfants. A partir de 11 cas d'enfants, Kanner constate,

« [...] une inaptitude [...] à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations. »⁹²

⁹⁰ SYNODINO C., *Autisme infantile*, p. 17. (131)

⁹¹ KANNER L., *Autistic disturbances of affective contact*, trad. Fr. in BERQUEZ G., *L'autisme infantile*, p.217. (92)

⁹² HOCHMANN J., *Cordélia ou le silence des sirènes*, p. 31. (74)

Kanner retient comme traits caractéristiques chez ces enfants : leur isolement autistique extrême ; leur désir obsessionnel et anxieux de préserver la constance de l'environnement ; le caractère limité de leurs activités spontanées. Il note aussi leur physionomie intelligente et leurs bonnes capacités cognitives. La majorité des enfants a un langage, mais selon Kanner il n'a pas valeur de communication.

La description reste valable encore aujourd'hui. De fait, le premier cas décrit par Kanner, celui d'un enfant prénommé Donald, servira longtemps de modèle pour le diagnostic de l'autisme. Il est vrai que cette affection mentale s'impose avec régularité : la prévalence masculine de ce syndrome, mais surtout la sémiologie, apparaît complète dès le début. Les publications de Kanner montrent qu'il a été dans l'ambiguïté face à ce syndrome. Il adopte une démarche médicale rigoureuse, il décrit un syndrome, une association de signes, sans préjuger de leur origine et, en même temps, il remarque la froideur des mères de ses patients et le peu d'implication de leurs pères dans la vie familiale. Toute sa vie, Kanner devait hésiter entre deux positions pour se rallier de plus en plus à l'hypothèse d'un trouble cérébral. Il trouve des arguments pour ne pas établir des liens entre autisme et environnement

« La solitude des enfants depuis le début de leur vie fait qu'il est difficile d'attribuer la totalité du tableau clinique aux types de relations précoces des parents avec les enfants. »⁹³

Finalement Kanner choisit de prendre le parti d'un trouble inné.

« Nous devons donc supposer que ces enfants sont venus au monde avec une incapacité biologique innée à développer les contacts affectifs usuels avec autrui, tout comme d'autres enfants viennent au monde avec d'autres handicaps physiques ou intellectuels innés. »⁹⁴

A la suite de la publication de Kanner, l'autisme infantile est d'abord considéré comme un syndrome très rare. Par la suite, la façon d'appréhender la clinique de l'autisme s'est considérablement enrichie, par le biais de nombreux courants théoriques. Les théories psychodynamiques concernant les enfants se sont développées dans le sillage de la psychanalyse à partir des années 1920. A cette époque, commencent à émerger des tableaux cliniques différents des arriérations mentales, caractérisés par des troubles majeurs de la relation, du langage et une distorsion grave de l'ensemble du développement de la personnalité. La question des psychoses infantiles ne fait pas l'unanimité et est l'objet de controverses. Freud n'a pas approfondi l'étude des psychoses qu'il estime sur le plan thérapeutique inaccessibles à la démarche psychanalytique. En ce qui concerne les enfants, M. Klein, première psychanalyste d'enfants décrit le monde archaïque du nourrisson et la problématique de l'angoisse. Avec elle émerge l'idée qu'un enfant puisse être habité par des angoisses psychotiques. Un débat a lieu entre A. Freud et M. Klein. M. Klein limite son rôle à l'interprétation des fantasmes inconscients de l'enfant, tels qu'ils se révèlent dans ses paroles ou ses dessins mais surtout à travers une médiation qu'elle a particulièrement développée : l'utilisation de petits jouets. L'analyse des fantasmes porte essentiellement sur le transfert. En revanche et c'est là l'objet du débat, pour A. Freud, l'enfant est incapable de transfert. Il ne peut revivre dans le transfert une relation à ses parents qui est actuelle et en train de se construire.

Aux Etats Unis, M. Malher considère l'autisme comme une incapacité pathologique à dépasser une phase normale. Echec du processus de « séparation-individuation », l'autisme

⁹³ *Autistic disturbances of affective contact, trad. Fr. Berquez G., L'autisme infantile, op. cit., p. 264. (92)*

⁹⁴ *Ibidem, p. 264. (92)*

serait lié à une impossibilité d'établir avec l'objet maternel une relation de symbiose, soit que la mère ne se prête pas à ce type de relation, soit que l'enfant révèle son impuissance à investir sa mère. Ce point de vue interactionniste conduit M. Malher à proposer des thérapies mère-enfant centrées sur l'étude des interactions entre la mère et l'enfant.

Une mobilisation s'engage pour les pathologies mentales des enfants. Tout comme au XIXème siècle, le débat entre éducation et soins se poursuit. Il s'illustre par l'existence de deux grands courants : l'un se réclame des théories cognitivistes, l'autre se réfère aux théories psychodynamiques.

2.2.2. Les théories psychodynamiques

2.2.2.1. B. Bettelheim : Une théorie psychodynamique marquante

Contemporain de Kanner, B. Bettelheim est célèbre pour avoir mis en application ses principes au sein d'une institution. Bien que non psychanalyste, ses conceptions de travail se réfèrent à la psychanalyse. Il rappelle que la démarche première de Freud a oscillé entre introspection et observation.

L'hypothèse avancée par B. Bettelheim est que le retrait autistique constitue une défense contre une angoisse massive vis à vis des contacts humains, et que cette angoisse est elle-même liée à une expérience angoissante vécue dans les premières relations mère-enfant. B. Bettelheim à travers les processus de soins qu'il élabore nous amène à considérer de l'intérieur le syndrome autistique. Il s'agit pour le thérapeute de ressentir et de partager les sentiments (tout en les comprenant) de l'enfant autiste pour avoir accès à son être. Ainsi débute son livre « La forteresse vide » :

« Une bonne partie de la psychologie moderne a pour but l'acquisition de connaissances sur autrui, trop souvent, à mon avis, sans qu'il y ait en contrepartie engagement dans la connaissance de soi. Pourtant connaître l'autre (ce qui est bien différent d'avoir des connaissances sur l'autre) ne peut être fonction que de la connaissance de soi. »⁹⁵

Bettelheim fait part de ses motifs personnels de s'intéresser aux enfants autistes. Lorsqu'il habitait Vienne, il a accueilli chez lui une enfant qui s'avère, après coup, présenter des troubles autistiques. D'autre part, pendant l'année 1938, prisonnier dans un camp de concentration, il a été très frappé par le comportement de certains prisonniers. Bettelheim fait l'hypothèse d'un lien entre les camps de concentration et l'autisme infantile : une perte d'humanité et un retrait. Dans les camps, les conditions étaient les mêmes pour tous, mais seuls ceux qui avaient le sentiment d'être impuissants face à la situation nouvelle et de ne pouvoir y échapper développaient des réactions schizophréniques. Les réactions sont semblables à celles des enfants autistes : le regard vide, une absence de tonus musculaire (traîne les pieds), une méconnaissance de la réalité. Bettelheim propose donc de considérer l'autisme infantile comme un état mental se développant en réaction au sentiment de vivre dans une situation extrême et entièrement sans espoir.

B. Bettelheim d'une manière générale est sceptique sur les capacités d'une famille à éduquer un enfant autiste. L'éducation, pour lui, est une tâche trop complexe pour être confiée à des profanes, elle nécessite des talents particuliers mais surtout une formation et un langage scientifique.

⁹⁵ BETTELHEIM B., *La forteresse vide*, p. 19. (16)

Tout au long de son livre B. Bettelheim argumente pour développer son hypothèse. Dans les passages où il se montre le plus radical, il soutient

« [...] que le facteur qui précipite l'enfant dans l'autisme infantile est le désir de ses parents qu'il n'existe pas. »⁹⁶

Il propose de considérer que, durant la première enfance, les parents dirigent des sentiments extrêmement négatifs, exclusivement, et tout spécialement sur l'enfant qui deviendra autistique. Cela intervient pendant les « périodes critiques » du développement de l'enfant ; c'est à dire, durant les six premiers mois de la vie où les relations d'objet apparaissent, puis entre six et neuf mois, lorsque s'esquisse le langage, et enfin entre 18 et 24 mois, lorsque l'enfant commence à être plus présent dans ses relations avec l'environnement.

Sans concession, ni ménagement, Bettelheim décrit des situations de dysfonctionnements possibles entre mère et enfant.

« De nombreuses mères d'enfants autistes ont peur de se comporter en véritable personne, d'autres en sont incapables aussi, pour une raison ou pour une autre. Une pareille mère sentant très bien qu'elle désire que son enfant n'existe pas, redoute tellement ses propres penchants qu'elle inhibe toute spontanéité dans ses rapports avec l'enfant. Elle ne s'occupe jamais de l'enfant en entier de peur que ses sentiments ne fassent irruption. Elle ne s'occupe que des parties isolées du corps de l'enfant. »⁹⁷

C'est ce type de propos qui fera que les parents d'enfants autistes se défendront et décriront le psychanalyste.

Lorsque Bettelheim parle des parents de Laurie, son contre-transfert est flagrant envers des parents qui ont retiré prématurément et sans raison leur enfant de l'Ecole Orthogénique.

« La mère de Laurie nous apparut comme une personne narcissique qui luttait pour maintenir, avec difficulté, sa fragile emprise sur la réalité. Elle paraissait dans une large mesure s'être retirée du monde. Le père, lui semblait ne plus s'intéresser du tout à Laurie depuis très longtemps ; il était convaincu qu'elle avait eu des lésions irréversibles à la naissance ou même avant. Il considérait sa fille comme un cas incurable, sans espoir, un acte du destin qu'il acceptait comme un fardeau personnel. »⁹⁸

Dans les trois cas présentés, Bettelheim évoque l'enfance et la vie des parents. La plupart du temps il fait remonter les difficultés actuelles bien avant la naissance de l'enfant.

« L'origine des ennuis de Marcia précédait sa naissance, comme c'est le cas chez tous les enfants autistiques. »⁹⁹

C'est surtout cette dénonciation de la famille qui sera retenue de lui. Après sa mort, il sera l'objet d'une campagne de calomnies

⁹⁶ La forteresse vide, op. cit., p.171. (16)

⁹⁷ La forteresse vide, op. cit., p.163. (16)

⁹⁸ Ibidem, p.138. (16)

⁹⁹ Ibidem, p.203. (16)

« [...] où à l'idéalisation excessive d'un personnage très médiatisé succède les accusations de violences sur les enfants, et de fraude scientifique. »¹⁰⁰

On oublie d'un coup tout l'apport positif de Bettelheim au traitement de l'autisme infantile. La richesse des observations et des réflexions en font un témoignage intéressant sur le plan clinique. Bettelheim nous fait sentir combien les enfants sont aux prises avec des angoisses écrasantes et terrifiantes.

« A certains Laurie donnait l'impression que, tout au fond d'elle-même, vivait une très vieille femme qui était fatiguée et qui avait peur au delà du supportable. »¹⁰¹

Pour B. Bettelheim ces enfants sont victimes d'exclusion

« Comme le monde qu'il avait trouvé ne lui accordait pas la moindre autonomie, il s'était créé un monde séparé, unique, bien à lui. L'univers de la chaleur humaine lui était si fermée qu'avoir des émotions équivalait à souffrir. »¹⁰²

Nous ne pouvons que souligner comme P. Fustier l'a fait à l'occasion d'une conférence de l'Ecole Doctorale de Lyon, que Bettelheim lui-même a vécu dans les camps de concentration et combien est grand son désir de redonner vie à ces enfants.

2.2.2.2. Les données actuelles

En ce qui concerne les apports psychanalytiques propres, des avancées considérables ont été faites dans la compréhension des troubles autistiques.

A la suite des travaux de M. Klein, les points de vue psychanalytiques sur les psychoses connaissent un grand développement. Les auteurs qui ont donné le plus d'ampleur à cette conceptualisation sont F. Tustin, D. Meltzer, et plus récemment G Haag, J. Hochmann et bien d'autres encore. Tous envisagent les phénomènes autistiques précoces comme des manœuvres défensives pour affronter des angoisses précoces terrifiantes que l'appareil psychique du nouveau-né n'est pas apte à traiter.

Les hypothèses psychanalytiques tentent de comprendre comment s'organise la psyché de l'enfant autiste.

« Les analystes, les psychothérapeutes, les psychiatres qui se réclament du point de vue psychodynamique ne regardent pas l'enfant de l'extérieur, n'objectivent pas ses bizarreries et ses spécificités mais entrent en relation avec lui et se laissent imprégner par ses modes de communication perturbés et perturbants. »¹⁰³

Actuellement une majorité de cliniciens opte pour un déterminisme polyfactoriel en considérant un ensemble de facteurs, et ce, en vue d'améliorer la compréhension d'un trouble qui pose de nombreuses questions.

Sont pris en compte :

- des déficits constitutionnels : on peut envisager l'éventualité de déficiences neurologiques, de déséquilibres métaboliques ou hormonaux ;
- des prédispositions du bébé ;

¹⁰⁰ HOCHMANN J., *Pour soigner l'enfant autiste*, p.19. (72)

¹⁰¹ *La forteresse vide*, op. cit., p. 139. (16)

¹⁰² *Ibidem*, p. 302. (16)

¹⁰³ HOUZEL D., *Théorie de l'esprit et développement de la symbolisation chez l'enfant autiste*. (82)

- des dispositions psychologiques de la mère : elle peut ne pas être disponible pour des raisons de conflits infantiles non résolus, ou à cause d'événements, de personnes extérieures, du bébé ou encore de la combinaison de tous ces facteurs.

Dans cette façon d'envisager l'étiologie, la notion de traumatisme est relativisée. M. Soulé et S. Lebovici ont contribué à désamorcer ce que les parents ressentaient comme une attaque. L'idée d'un trouble psychogène véhiculé par les parents est dénoncée. Pour ce faire, ils rappellent que pour Freud, l'expérience traumatique est celle d'un moi débordé par un excès d'excitation, provenant aussi bien de l'intérieur que de l'extérieur, qu'il a pu parfois lui-même recherché et qu'il ne parvient plus à maîtriser. Ce n'est qu'après coup qu'une expérience infantile bénigne revient à la mémoire chargée d'affects et de danger.

F. Tustin, D. Meltzer ont été parmi les premiers à faire des hypothèses sur le fonctionnement psychique des enfants autistes. Tous ces auteurs nous entraînent, chacun à leur manière passionnante, et avec leur terminologie propre, dans « l'exploration du monde de l'autisme » selon le titre bien connu de l'ouvrage de D. Meltzer. A la différence des cognitivistes qui voient l'autisme comme un manque de théorie de l'esprit, les psychanalystes le considèrent comme une défense contre des angoisses archaïques générées par la prise en compte de l'écart entre la perception et les croyances supposées. F. Tustin a montré, à partir de matériels cliniques, les angoisses fondamentales de ces enfants provenant du sentiment précoce d'arrachement. L'enfant se construirait une carapace dans laquelle, investissant ses propres sensations internes, il produirait des « formes autistiques », à la racine des « objets autistiques », constitués de parties du corps de l'enfant ou d'objets du monde extérieur perçus comme étant du corps propre. D. Meltzer applique à l'autisme deux concepts nouveaux : l'identification adhésive et le démantèlement. Ces concepts permettent tout aussi bien de comprendre, donc à partir des mêmes données, qu'il y a plusieurs interprétations possibles. Des critiques peuvent être portées à l'encontre de cet abord phénoménologique. Tout d'abord la difficulté de considérer l'autisme en tant que système défensif, et ensuite combien il est hasardeux d'imputer au bébé des fantasmes d'arrachement de la bouche ou du sein.

Le point de vue psychanalytique est complexe et difficile à transmettre.

« L'autisme infantile pose de manière radicale le problème des rapports du corps et de l'esprit, de l'origine de la pensée et de son incarnation dans le fonctionnement cérébral. Il défie nos capacités de représentation en nous confrontant à des processus mentaux qui se déroulent dans l'en deçà de l'intégration. »¹⁰⁴

Peu de thérapeutes soignent les enfants autistes. J. Hochmann remarque qu'il est un peu difficile de l'admettre, lorsque la psychanalyse a été le traitement le plus prometteur, évinçant de fait toutes les autres approches. Cette réputation a autorisé certains psychanalystes à prendre des positions qui outrepassent les règles de conduite auxquelles ils sont tenus.

« C'est ainsi que certains psychanalystes sont arrivés à oublier que leur méthode et leurs outils ne leur donnaient aucun droit d'explorer, encore moins de juger la réalité extérieure, le quotidien de la vie de l'enfant, ses relations réelles avec les personnes de son entourage. »¹⁰⁵

2.2.3. L'autisme infantile: « un trouble à objectiver »

¹⁰⁴ Cordélia ou le silence des sirènes, op. cit., p. 30. (74)

¹⁰⁵ Théorie de l'esprit et développement de la symbolisation chez l'enfant autiste, op. cit. (82)

Les théories psychanalytiques perdant de leur prestige, d'abord aux Etats Unis, puis en France, sont rattrapées par un autre mouvement de pensée : le comportementalisme ou behaviorisme. Ces écoles théoriques vont à l'encontre de l'approche psychanalytique en se limitant volontairement aux réalités observables : les stimulations et les réponses de l'organisme. Pour elles, les comportements aberrants et les inhibitions sont liés à un apprentissage défectueux et peuvent disparaître grâce à un conditionnement fondé sur un système de récompenses et de sanctions, et être remplacés par un comportement mieux adapté. Dans le domaine de l'autisme on a reproché à ce point de vue comportementaliste son réductionnisme et son échec à prendre en charge une pathologie complexe dont rien ne permet d'affirmer qu'elle est liée à un quelconque trouble de l'apprentissage.

« On lui a reproché surtout de fabriquer des robots bien dressés et de dériver parfois vers une répression sans pitié des comportements autistiques, allant jusqu'à de véritables sévices. »¹⁰⁶

Devant les échecs du comportementalisme, une nouvelle théorie prend forme : il s'agit de la psychologie cognitive. La psychologie cognitive à la différence du behaviorisme

« [...] met au centre de sa démarche l'étude des états mentaux et considère qu'aucune théorisation des faits psychologiques ne peut se passer d'en rendre compte. »¹⁰⁷

Les recherches en psychologie cognitive portent sur deux points essentiels : la compréhension des étapes de traitement par lesquelles passe une information présentée à un sujet ; - les types de transformations que le traitement subit en fonction des tâches auxquelles il est soumis.

« Les recherches en psychologie cognitive consistent généralement à observer le comportement de sujets lorsqu'ils réalisent une tâche spécifique, que cela soit dans le domaine de la perception, du raisonnement, du langage, de l'apprentissage ou de la mémoire. »¹⁰⁸

Dans cette optique les recherches sur l'autisme sont axées sur l'existence d'une anomalie cognitive, qui serait spécifique de l'autisme. Plusieurs théories ont été émises : anomalies dans le traitement de l'information sensorielle élémentaire, déficits touchant les processus de symbolisation. U. Frith va dans ce sens :

« Apparemment les enfants autistes souffrent d'une anomalie d'une structure cérébrale, qui n'a toutefois pas encore été identifiée. Cette anomalie cognitive les rendrait incapables d'évaluer leurs propres pensées ou de percevoir les états mentaux d'autrui. »¹⁰⁹

Plusieurs études sur la compréhension d'une croyance erronée chez des enfants normaux et autistes sont réalisées. P. Guillemot¹¹⁰ en fait un bref historique. En 1985, Baron-Cohen¹¹¹ et son équipe ont l'idée d'utiliser un test du même type (Sally et Ann) pour explorer l'idée suivante : l'enfant autiste a-t-il une « théorie de l'esprit » ? Ce test consiste à créer une

¹⁰⁶ Pour soigner l'enfant autiste, op. cit., p. 32. (72)

¹⁰⁷ SERON X., La neuropsychologie cognitive, p. 6. (126)

¹⁰⁸ Ibidem, p. 7, 8. (126)

¹⁰⁹ FRITH U., L'autisme, p. 69. (52)

¹¹⁰ GUILLEMOT P., Approches cognitives de l'autisme, p. 28, 29. (61)

¹¹¹ BARON-COHEN S., LESLIE A., FRITH U., Does the autistic child have a theory of mind ? (10)

situation dans laquelle il se passe quelque chose à l'insu de quelqu'un : l'événement ne peut donc pas influencer sur l'état mental de cette personne. Dans cette expérience mettant en scène deux poupées, la première Sally met une bille dans son panier et referme le couvercle. Sally sort de la pièce, Anne entre, retire la bille du panier et la met dans une boîte percée. La question est « où Sally va chercher la bille quand elle revient ? ». A partir de quatre ans d'âge mental les enfants non autistes répondent en majorité que la bille est dans le panier. Les enfants autistes répondent à 80 % dans la boîte, c'est à dire là où elle est, mais sans pouvoir tenir compte du point de vue de Sally.

A. Leslie, enrichit la théorie d'une hypothèse supplémentaire. Citant cet auteur, P. Guillemot écrit :

« [...] l'émergence d'une « théorie de l'esprit » chez un enfant serait conditionnée par l'existence d'une capacité de « méta représentation » ou de « mentalisation », c'est à dire une capacité à se représenter mentalement les représentations mentales des autres. »¹¹²

Selon Leslie, l'esprit d'un enfant normal est équipé, dès la naissance, d'un certain nombre de « connaissances » fondamentales sur les caractéristiques importantes du monde qui l'entoure tels le temps, l'espace et la causalité. Il « sait » aussi qu'il y a des objets et des personnes, et il y réagit de façon différente. Il doit acquérir une connaissance plus détaillée de son monde, et il peut le faire parce qu'il est capable de se représenter les gens, les choses et les événements. A partir de un an l'enfant est capable de bâtir des représentations (méta-représentations). A. Leslie suggère qu'il existe un mécanisme (le découpleur) qui permettrait d'expliquer comment fonctionnent les méta-représentations. Selon lui, ce mécanisme est inné, mais ne parvient à maturité qu'au cours de la deuxième année de vie. A ce stade, la capacité de faire semblant commence à se développer, puis, progressivement, la capacité de mentaliser. A. Leslie postule qu'une faille neurologique extrêmement spécifique suffirait à affecter cette composante du développement affectif.

P. Guillemot signale que dès 1982,

« P. Hobson avait évoqué chez les sujets autistes un « concept limité des personnes », c'est à dire un concept limité de la nature des personnes comme ayant des expériences subjectives et des orientations psychologiques vers le monde extérieur. »¹¹³

P. Hobson situe donc lui aussi la problématique de l'autisme au niveau de la capacité à appréhender le monde mental de l'« autre ». En revanche, il s'oppose résolument à A. Leslie en ce qui concerne le déficit primaire ; P. Hobson postule l'existence d'un déficit relationnel primitif qu'il appelle « capacité déficiente ou aberrante à l'intersubjectivité ».

L'apport de la psychologie cognitive à la problématique de l'autisme permet de décoder l'absence de communication en analysant l'incidence de défaillances dans le traitement des informations reçues par le cerveau. Cette approche met en évidence l'impossibilité, pour l'enfant autiste, de développer le dialogue avec l'autre. La chaîne « classique » de l'échange verbal (émetteur-récepteur-décodage) se trouve dès lors altérée. Le mécanisme ne signifie pas que la communication est impossible, mais nécessite des outils différents de ceux utilisés dans le schéma classique. Il s'agit ici du mécanisme de cognition qui ne structure pas, ne permet pas l'échange, car les codes ne sont pas les mêmes. Chez l'enfant autiste, l'altération des facultés émotionnelles, ne modifie en rien l'accès à la communication

¹¹² *Approches cognitives de l'autisme, op. cit., p. 29. (61)*

¹¹³ *Approches cognitives de l'autisme, op. cit., p. 29. (61)*

mais ne permet pas d'établir un accès au verbal. Celui-ci sollicite la maîtrise d'un processus d'abstraction non assimilé chez l'enfant autiste qui peut signifier les objets par ce qu'ils sont, mais pas se les représenter ou les anticiper. Ces constats ont conduit à élaborer des méthodes telle la méthode TEACCH¹¹⁴, ou d'autres méthodes issues du même schéma. Leur objectif est de favoriser le développement des capacités de la personne autiste pour lui permettre d'investir la communication par un biais adaptatif. Cette méthode d'apprentissage introduit l'enfant dans le Socius. Cela amorce une reconnaissance de son être et une légitimité existentielle.

La méthode TEACCH est un programme de rééducation mis au point par E. Schopler. Dans le domaine de l'autisme, c'est un des plus connus. E. Schopler a établi, au moyen d'échelles et de tests de mesure, le degré d'autisme et les aptitudes « émergentes » des enfants ou des adultes. La notion d'émergence se réfère à une nouvelle conception dynamique du handicap. Le concept clé du programme TEACCH est celui d'un environnement individualisé structuré. A la différence de B. Bettelheim, l'approche privilégiée de l'autisme par cet auteur et ses collaborateurs apparaît extérieure. Les émotions sont mises à distance. E. Schopler évoque des caractéristiques sociales et familiales, de résultats de recherches psychologiques expérimentales, génétiques et biologiques. Dans cette optique, l'autisme infantile est perçu comme un handicap et pour le démontrer de nombreuses expériences chiffrées sont mises en avant. A côté de données expérimentales très intéressantes apportées par des protocoles d'expériences très ingénieux, ces théories semblent être fondées, du moins en partie, sur l'opposition aux théories psychanalytiques notamment celle défendue par Bettelheim. On ne peut manquer d'être frappé par les arguments employés par ces chercheurs. Ils ne se contentent pas seulement d'apporter une approche différente de l'autisme mais prennent le contre pied des théories dites « psychogènes ». Une large place est d'ailleurs faite aux parents. E. Schopler écrit plus de vingt ans après la parution de son livre sur l'autisme :

« Dans les années 70, en réaction à l'incompréhension freudienne de l'autisme, suite aux plaintes des parents qui disaient que les professionnels de la santé les avaient accusés d'être à l'origine des troubles de leur enfant, nous avons mis en place une clinique fondée sur un lien de collaboration étroite entre parents et professionnels. »¹¹⁵

Il faut souligner que E. Schopler, le fondateur des méthodes de rééducation très en vue actuellement et opposées à la psychanalyse, a été un moment collaborateur de l'Ecole Orthogénique. Cette « philosophie » est reprise par ses collaborateurs. Ainsi, U. Frith fidèle aux principes de son école déclare :

« Les théories fondées sur les théories psychogènes continuent de culpabiliser les parents en leur imputant la responsabilité de la rupture, supposée évitable et réversible, des relations sociales de leur enfant. »¹¹⁶

En affirmant comme principe fondateur la non culpabilité des parents, la conception cognitive permet aux processus de refoulement d'être actifs. Ainsi les parents n'ont plus à se culpabiliser, mais doivent s'intéresser à leur enfant, et à son devenir. Dans ce mouvement, s'inscrit le retour à une théorie organiciste. L'attribution de la problématique de l'autisme à un chromosome introduit la dimension du « corps malade de l'enfant ». Ce dernier devient

¹¹⁴ Treatment and education of autistic and related communication handicapped children

¹¹⁵ SCHOPLER E., *Parents et professionnels devant l'autisme*, p. 191. (128)

¹¹⁶ *L'autisme, op. cit.*, p. 69. (52)

dès lors médiateur dans la communication entre les parents et les professionnels. Il faut soigner, prendre en charge, ce corps malade.

A l'heure actuelle, ni l'imagerie médicale, ni la génétique n'ont obtenu de résultats probants. Pourtant les origines organiques de l'autisme infantile sont énoncées comme un dogme et toute autre approche est suspecte.

2.3. En quoi les enfants autistes sont-ils des patients spécifiques ?

Les troubles du comportement, du langage et de la pensée des enfants autistes les rendent comme « emmurés » dans l'incommunicabilité et la souffrance psychique. Devant le retrait profond de ces enfants, nous sommes amenés à nous demander « où se trouve le sujet ? ».

En effet, questionne J. Hochmann :

« Comment comprendre qu'un nourrisson puisse se montrer aussi différent de ses semblables, alors que tout le prédestine biologiquement à entrer en relation avec son environnement maternel ? »¹¹⁷

Devons nous penser que l'enfant autiste est sans langage intérieur, sans pensée, sans représentations mentales ? Devons-nous imaginer un espace psychique vide, déserté ou au contraire plein de bruit et de fureur ? Les réactions de rage ou de colère des enfants autistes nous montrent en tout cas qu'ils ne sont pas dépourvus de vie émotionnelle, qu'ils sont vite envahis, submergés par des émotions incontrôlables qu'ils s'efforcent désespérément d'endiguer par leurs mouvements stéréotypés, par des auto-stimulations, par l'évitement de la communication.

2.3.1. M. Klein : éléments introductifs

C'est M. Klein qui introduit la notion de psychose infantile. L'apport essentiel par rapport à S. Freud est d'avoir décrit et conceptualisé un modèle de fonctionnement psychique des premiers mois de la vie. Première psychanalyste de très jeunes enfants, elle décrit le monde archaïque du nourrisson et la problématique de l'angoisse, la situant bien en deçà de la crainte de la castration. Pour M. Klein, il existe dès la naissance un "moi" capable d'éprouver de l'angoisse, d'employer des mécanismes de défense, et d'établir des relations d'objet, bien que ce "moi" soit encore en grande partie inorganisé. Ensemble d'anxiétés et de défenses, les positions schizoparanoïdes et dépressives apparaissent successivement lors des premiers mois du développement psychique de l'enfant. La position schizoparanoïde se caractérise par une relation du nourrisson avec des objets partiels. Celui-ci est dominé par des pulsions destructrices sadiques, ou orales, et par des angoisses paranoïdes persécutrices. Le principal mécanisme de défense est le clivage. Le sein maternel, objet partiel, est d'emblée clivé en "bon" et "mauvais" objet. Progressivement et à condition que les bonnes expériences l'emportent sur les mauvaises, le moi de l'enfant se construit, acquiert une confiance suffisante pour accéder à la position dépressive. Cette position se particularise par une relation à l'objet total, par la prédominance de l'ambivalence, de l'angoisse dépressive et de la culpabilité. Le nourrisson commence à s'apercevoir que les sensations bonnes ou mauvaises proviennent d'une même mère. Les mécanismes de clivage s'atténuent et les pulsions d'amour et d'agressivité convergent vers le même objet, c'est l'ambivalence. Cette expérience nouvelle fait naître de nouveaux sentiments : la sensation douloureuse d'avoir endommagé l'objet et le besoin de le réparer. Pour M.

¹¹⁷ Cordélia ou le silence de sirènes, op. cit., p. 30. (74)

Klein, les positions schizoparanoïdes et dépressives existent dans le développement de tout individu et doivent être dépassées.

« L'échec de la position dépressive expose l'enfant à la maladie mentale. M. Klein indique tout d'abord que le point de fixation de la paranoïa se situe avant la position dépressive et celui de la mélancolie dans les premières phases de cette position. Le point de fixation de la schizophrénie est antérieur encore à celui de la paranoïa [...] La position dépressive apparaît comme la croisée des chemins entre les points de fixation des névroses et ceux des psychoses. »¹¹⁸

La formulation du concept d'identification projective aide davantage à comprendre comment les processus psychiques archaïques structurent la formation de la psyché.

« L'identification projective condense plusieurs aspects de la relation primitive à l'objet, à laquelle concourent les mécanismes de clivage, de projection, de déni et d'omnipotence. Elle est, par excellence, le mécanisme de défense contre l'angoisse utilisé au niveau de la position schizo-paranoïde. »¹¹⁹

Ce qui est à noter, c'est que ce sont des phénomènes normaux, communs à tous les sujets et qui à un moment se crispent et deviennent pathologiques.

« Elle représente une défense normale, dans les premières étapes du développement, contre toute reconnaissance d'une distinction entre le sujet et l'objet auquel le Moi reste ainsi réuni et fusionné, mais son usage trop prolongé ou excessif entraîne un appauvrissement et une mutilation plus ou moins graves du Moi, celui-ci ne pouvant poursuivre son développement qu'à partir d'un certain degré de reconnaissance de la différenciation entre le Self et l'objet, qui survient au moment de la position dépressive. »¹²⁰

Les travaux de M. Klein ouvrent la voie de l'étude des fonctionnements psychiques archaïques. Deux aspects de ces recherches ultérieures que je vais développer ci-dessous ont attiré mon attention : les travaux sur la fonction « contenante » et sur sa défaillance ; les travaux post-kleinien menés par F. Tustin, D. Meltzer qui se démarquent en faisant état de l'existence d'états primitifs de non intégration, où ni le moi ni l'objet ne sont plus donnés d'emblée au psychisme humain.

2.3.2. Dysfonctionnements de la « fonction contenante »

Le développement des études sur les nourrissons met l'accent sur l'intensité des interactions enfant-mère ou enfant-milieu psychique ambiant. L'enfant, on le sait mieux maintenant, vient au monde avec des compétences, une curiosité, une soif d'informations qui le prédestinent biologiquement à entrer en contact et en négociation avec son environnement maternel. Si l'équipement sensoriel du nourrisson le rend tout à fait apte à cette communication, il présente toutefois une grande vulnérabilité. Le nouveau-né apparaît très sensible à la fois au manque de stimulation sensorielle mais aussi à l'excès qui peuvent induire des réactions d'évitement et de retrait. C'est la mère et l'entourage de l'enfant qui maintiennent un équilibre constant et progressif entre la quantité d'informations affectives

¹¹⁸ BEGOIN J., GUIGNARD-BEGOIN F., *Psychoses et névroses de l'enfant dans l'oeuvre de M. KLEIN*, p. 982. (13)

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 984,985. (13)

¹²⁰ *Psychoses et névroses de l'enfant dans l'oeuvre de M. KLEIN*, op. cit., p. 985. (13)

et sensorielles et la maturation du bébé. Autrement dit, la mère traduit en terme d'émotion, de sentiment ou de communication ce que ressent l'enfant.

Dans le cas des bébés autistes, le développement se fige, et cela pour de multiples raisons. L'enfant ne parvient pas à repérer des limites et à établir des liens, ce qui ne lui permet pas de jeter les bases de sa différenciation sans une angoisse terrifiante.

W. Bion a décrit la nécessité pour le bébé d'identifier la « fonction contenant » de la mère. W. Bion s'intéresse au développement de la pensée et de ses troubles chez l'enfant en relation étroite avec la capacité maternelle de « le contenir », de recevoir « ses » projections et de « le » nourrir psychiquement. Pour lui, la communication d'abord archaïque entre l'enfant et la mère, est fondée sur un système d'évacuation dans la mère d'expériences de nature sensorielle : les « éléments bêta ». Ces éléments doivent être métabolisés par la capacité de rêverie de la mère pour être réassimilables par l'enfant sous forme d'éléments pensables : les « éléments alpha ». Le passage du « non penser » au « penser » pour l'enfant consiste en la transformation des données brutes sensorielles comprenant images visuelles, schèmes auditifs, olfactifs, etc... que reçoit la psyché de l'enfant en « éléments alpha ». Cette transformation n'est possible que grâce à la capacité maternelle d'accueillir les identifications projectives du nourrisson.

« La rêverie est un état d'esprit réceptif à tout objet provenant de l'objet aimé, un état d'esprit capable, autrement dit, d'accueillir les identifications projectives du nourrisson qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises. Bref, la rêverie est un facteur de la fonction alpha de la mère. »¹²¹

Grâce à une méthode d'observation systématique des nourrissons, E. Bick émet, elle aussi des hypothèses sur les fonctions jouées par la peau chez le nourrisson. J. Begoin écrit :

« En 1968, E. Bick avait décrit certaines réactions très violentes d'intolérance à la séparation survenant chez des enfants qui n'avaient pas pu intérioriser de « fonction contenant », fonction que cet auteur décrit alors comme un équivalent pour la vie psychique du rôle de la peau pour la vie corporelle. »¹²²

E. Bick fait l'hypothèse que sous la forme la plus primitive, les parties du psychisme ne sont pas encore différenciées des parties du corps et qu'elles manquent d'une force cohésive susceptible d'assurer des liaisons entre elles. Elles doivent être maintenues ensemble sur un mode passif, et c'est la peau qui remplit symboliquement cette fonction. Cette fonction interne résulte de l'introjection d'objet capable de contenir les parties du corps. L'objet contenant se constitue dans les échanges mère-enfant :

« Si la mère tient le bébé suffisamment bien, le nourrisson peut sentir qu'il lui est possible d'utiliser sa peau pour entrer en contact avec la peau de sa mère et introjecter peu à peu la peau maternelle sur laquelle il s'est d'abord étayé. »¹²³

Si la fonction contenant n'est pas remplie de façon adéquate par la mère, ou si elle est endommagée par les attaques fantasmatiques destructrices du bébé, elle n'est pas introjectée par celui-ci : à une identification projective normale qu'il ne peut atteindre, se substitue un mécanisme pathologique continu qui entraîne des confusions d'identité. L'enfant autiste ne peut pas utiliser ou se constituer cette mémoire primitive lui permettant

¹²¹ BION W., *Aux sources de l'expérience*, p. 54. (18)

¹²² *Psychoses et névroses de l'enfant dans l'œuvre de M. Klein, op. cit., p. 991. (13)*

¹²³ ANATHASSIOU C., *Esther Bick : sa conception de la normalité des angoisses primitives et leur rapport avec les phénomènes autistiques*, p. 61. (3)

de demeurer en contact avec son « objet » en l'absence ou lors des défaillances de ce dernier. Il cherche un objet (lumière, voix, odeur) qui maintienne une attention unifiante sur les parties de son corps et lui permette de faire, au moins momentanément, l'expérience de maintenir ensemble les parties de soi.

D. Anzieu développe dans ses ouvrages l'idée d'un « moi-peau ». Pour lui, **« L'inconscient apparaît structuré comme le corps, non pas comme le corps tel que les anatomo-physiologistes l'étudient et le représentent, mais le corps de l'anatomie fantasmatique de l'hystérie, celui des théories sexuelles infantiles ; plus fondamentalement encore, de façon plus primaire, plus archaïque, le corps source des premières expériences sensori-motrices, des premières communications, des oppositions pertinentes à la base de la perception et de la pensée. »**¹²⁴

D. Anzieu décrit neuf fonctions du « moi-peau » parallèles aux fonctions du moi, auxquelles il fait correspondre des fonctions biologiques de la peau. Parmi celles-ci trois d'entre elles nous intéressent plus particulièrement :

- Une fonction de maintenance du psychisme (comme la peau maintient muscles et squelette).

Il s'agit :

« [...] d'une identification primaire à un objet support contre lequel l'enfant se serre et qui le tient : c'est plus la pulsion d'agrippement ou d'attachement qui trouve satisfaction que dans la libido. »¹²⁵

- Une fonction contenantante.

Les soins prodigués par la mère au bébé éveillent chez lui une sensation de peau comme un sac contenant. Le moi-peau vise alors à envelopper tout le psychisme avec un « contenant » qui est le réceptacle passif des sensations, images, affects de l'enfant, et un « conteneur » qui est l'aspect actif de cette fonction, par identification projective à la mère et à ce qu'elle imagine, élabore, crée concernant son bébé. Les angoisses correspondant à la carence de cette fonction sont de type diffus, permanent d'une excitation pulsionnelle incessante ; ou passoire : les idées, les pensées, les souvenirs fuient, la sensation éprouvée est celle d'un vide.

- Une fonction de pare-excitation mettant l'enfant à l'abri des tensions pulsionnelles, de la même manière que la peau protège l'organisme des excès de stimulation. La mère, au départ, sert de système auxiliaire de pare-excitations.

Dans les cas d'autisme les plus graves, les enveloppes tactiles et sonores font défaut, le pare-excitation est trouvé dans l'isolement et le retrait. L'absence de « moi-peau » entraîne des troubles de toutes les fonctions : propreté, alimentation, sommeil.

2.3.3. Principaux mécanismes de défense chez l'enfant autiste

¹²⁴ ANZIEU D., *Une peau pour les pensées*, p. 52. (5)

¹²⁵ *Ibidem*, p. 98. (5)

F. Tustin a retrouvé chez les enfants autistes les phénomènes décrits par E. Bick¹²⁶. Les ouvrages qu'elle publie depuis 1967 apportent des approfondissements sur la spécificité du syndrome autistique, sur la psychopathologie de l'autisme primaire, sur la nature de la défense et de ses différents aspects symptomatiques. Les enfants qui souffrent de cette pathologie utilisent de très puissants mécanismes de défense qui visent à les protéger de la prise de conscience intense et prématurée de leur séparation d'avec leur mère à un moment où leur appareil neurologique n'est pas suffisamment développé. L'enfant se trouverait alors en situation de dépression psychotique, concept emprunté à Winnicott et qui renvoie à un fantasme d'arrachement de l'objet, avec perte de la partie correspondante du corps propre. L'arrachement laisse place à un vide, à un trou que le petit John nomme au cours de sa psychothérapie « un trou noir avec un méchant piquant ». F. Tustin écrit :

« John me faisait comprendre que cette expérience du trou noir découlait de la découverte qu'il avait faite, tout petit bébé, que le mamelon pour le sein, la tétine pour le biberon, n'étaient pas une partie de sa langue et de sa bouche, mais en étaient séparés et de ce fait n'étaient pas sous son contrôle. Il avait l'impression que cela avait été cassé et perdu d'une façon traumatique, transformant sa bouche en un trou noir avec un méchant piquant. »¹²⁷

L'enfant autiste utilise de façon privilégiée, sinon exclusive, un certain nombre de manoeuvres défensives massives, dans le but de nier toute séparation, toute altérité. Ce sont l'identification adhésive, la bidimensionnalité de l'objet, le démantèlement, les stéréotypies.

2.3.3.1. L'identification adhésive

D. Meltzer applique à l'autisme infantile le concept d'identification adhésive d'E. Bick. L'identification adhésive est une identité trouvée dans l'accolement à l'objet primaire, dans la contenance d'une peau psychique.

« L'identification adhésive semble produire un type de dépendance en se collant dans laquelle l'existence séparée de l'objet n'est pas reconnue. »¹²⁸

Son rôle essentiel est de supprimer tout écart, toute distance entre ce qui, du point de vue de l'observateur est le sujet et l'objet. Cela correspond, d'un point de vue clinique, à la tendance des autistes à s'absorber dans la perception d'un stimulus sensoriel à l'exclusion de tous les autres, à n'apprécier un objet ou une personne que par un de ses aspects perceptifs. Par cette technique l'autiste supprime toute perception de la perspective, de la profondeur, du volume. Il adhère au stimulus perçu dans une relation de surface et de collage. La rupture d'un tel mode d'identification est ressentie comme une menace de déchirement du contenant peau.

2.3.3.2. La bidimensionnalité de la relation d'objet

Je cite D. Houzel :

« Meltzer se réfère au concept géométrique de « dimension » pour définir différentes modalités de relation d'objet : la relation unidimensionnelle se réduit à un pur tropisme, il y a attirance ou répulsion d'objet. La bidimensionnalité

¹²⁶ Supra, § 2.3.2

¹²⁷ TUSTIN F., *Validations des découvertes sur l'autisme*, p. 117. (133)

¹²⁸ MELTZER D., *Explorations dans le monde de l'autisme*, p. 238. (113)

correspond à l'image d'un objet plat, sans intérieur, une simple surface ; seules les qualités sensorielles de l'objet sont prises en compte, il n'a pas de qualités intérieures, c'est à dire psychiques. »¹²⁹

2.3.3.3. Le démantèlement du Moi

D. Meltzer introduit ce terme en 1975 pour décrire un mode de clivage « passif ». L'existence de l'enfant autiste est morcelée.

« Le démantèlement se produit selon un procédé passif consistant à laisser les sens variés, spéciaux et généraux, internes et externes, s'attacher à l'objet le plus stimulant de l'instant. »¹³⁰

Dans le démantèlement, le moi se défait, ce sont les fils mêmes qui constituent le moi que se démantèlent. Meltzer ajoute :

« Cette dispersion semble produire le démantèlement du self en tant qu'appareil mental mais d'une manière très passive comme s'il tombait en morceaux. »¹³¹

L'enfant laisse vaquer ses diverses sensorialités, chacune pour son compte, chacune pouvant s'arrimer au stimulus qui lui convient, le plus perceptible par exemple. Il aboutit à réaliser une pluralité d'êtres partiels, chacun étant comme composé d'un unique organe des sens : tels personnages regardent tel phénomène lumineux ou telle forme... et ces êtres partiels demeurent isolés les uns des autres, parce que chacun d'eux agit indépendamment de ce chef d'orchestre qu'est pour nous « l'attention », la conscience unifiante. Unifiante parce que regroupant, organisant les différentes modalités sensorielles et motrices dans le champ d'une activité qui a du sens. Meltzer rapporte qu'au niveau le plus archaïque, celui de l'autisme, l'insuffisance des coordinations concerne les sensorialités elles-mêmes. La défense par démantèlement permet à l'autiste de conserver l'illusion de ne pas vivre à nouveau une séparation insupportable avec l'objet maternel.

2.3.3.4. Les stéréotypies

Selon D. Ribas, l'autisme infantile conduit aux limites du champ psychanalytique avec l'intervention de l'ordre vital et de la mort. Lorsque l'on travaille avec des enfants autistes on ne peut pas ne pas être fasciné et impressionné par l'importance des forces de mort. Pour lui :

« Les stéréotypies font partie du tableau clinique de l'autisme infantile, évoquant immédiatement ce diagnostic. Mais, plus encore, ces autostimulations corporelles et sensorielles semblent avoir une place centrale dans l'économie du fonctionnement autistique, et rester un recours prioritaire face à l'excitation et à l'angoisse dans les états post-autistiques. »¹³²

D. Ribas considère qu'elles semblent résumer et sidérer l'activité psychique de l'enfant autiste. Il poursuit :

¹²⁹ HOUZEL D., *Nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile*, p. 1245. (82)

¹³⁰ *Explorations dans le monde de l'autisme*, op. cit., p. 20. (113)

¹³¹ *Explorations dans le monde de l'autisme*, op. cit., p. 20,21. (113)

¹³² RIBAS D., *Procédés autocalmants, répétitions et autismes précoces*, p. 76. (121)

« L'application de cette notion à l'autisme confirme ainsi le caractère mortifère, à l'opposé de la vie fantasmatique, de ce traitement de l'excitation par la pulsion de mort. La désintringation n'est pas absolue, la vie est maintenue. »¹³³

Pour F. Dolto le sujet se désolidarise de son corps.

« C'est comme un retrait de désir du sujet, qui tend à se reposer du travail de vivre avec son corps dans la réalité. »¹³⁴

Freud introduit la notion de pulsion de mort dans « Au-delà du principe de plaisir ». Elle représente la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique :

« [...] si nous admettons que l'être vivant est venu après le non-vivant et a surgi de lui, la pulsion de mort concorde bien avec la formule [...] selon laquelle une pulsion tend au retour à un état antérieur. »¹³⁵

Elle fait de la tendance à la destruction, telle qu'elle se révèle par exemple dans le sadomasochisme, une donnée irréductible. Elle est l'expression privilégiée du principe le plus radical du fonctionnement psychique, elle lie enfin indissolublement, dans la mesure où elle est « ce qu'il y a de plus pulsionnel », tout désir, agressif ou sexuel, au désir de mort. Freud la juge être à la base du principe premier de fonctionnement de l'appareil psychique. Ce dernier repose sur la tâche, jamais achevée, toujours à recommencer, qui consiste à rabaisser l'excitation et, donc, la tension de l'organisme au degré le plus bas possible. Pour Freud, à première vue, c'est la recherche de la satisfaction, le principe de plaisir, qui ramène le sujet, par la décharge pulsionnelle, à ce point d'étiage. Mais plus fondamentalement, Freud y voit aussi l'expression de la pulsion de mort puisque ce retour au point de départ, au niveau minimum d'excitation, est en quelque sorte l'écho de la tendance qui pousse l'organisme à revenir à son origine, à son état premier de non-vie, c'est à dire à la mort.

A. Green rappelle qu'il est impossible de dire quoi que ce soit de la pulsion de mort sans se référer à l'autre terme de la paire qu'elle forme avec la pulsion de vie. Même si on pose les pulsions comme des entités premières, fondamentales, c'est à dire originaires, il faut néanmoins admettre que *l'objet est le révélateur des pulsions*. Il ne les crée pas mais il est la condition de leur venue à l'existence. Et c'est de cette existence que lui-même sera créé tout en étant déjà là. Telle est l'explication de l'idée de Winnicott du « trouver-créé ».

Pour A. Green,

« [...] la visée essentielle des pulsions de vie est d'assurer une fonction objectalisante. Ceci ne signifie pas seulement que son rôle est de créer une relation à l'objet, mais qu'elle se révèle capable de transformer des structures en objet, même quand l'objet n'est plus directement en cause. En revanche, à l'opposé, la visée de la pulsion de mort est d'accomplir aussi loin que possible une fonction désobjectalisante par la déliaison. La manifestation propre à la destructivité de la pulsion de mort est le désinvestissement. La fonction désobjectalisante dominante dans le tableau clinique de la mélancolie se rencontre aussi dans celui de l'autisme infantile. »¹³⁶

¹³³ Procédés autocalmants, répétitions et autismes précoces, op. cit., p. 76. (121)

¹³⁴ DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, p. 216. (33)

¹³⁵ *Vocabulaire de la psychanalyse*, op. cit., p. 172. (100)

¹³⁶ GREEN A., *Le travail du négatif*, p. 118. (66)

2.4. Incidences sur les positions contre-transférentielles des thérapeutes

Comme nous l'avons vu jusqu'à présent, l'autisme conduit aux limites du champ psychanalytique. Nous allons nous interroger sur les conditions requises dans la cure analytique : la répétition, la temporalité et la dynamique du transfert.

2.4.1. La répétition

Freud, s'est trouvé confronté à des phénomènes de répétition dans les cures. Certains symptômes comme les rituels obsessionnels sont répétitifs, et reproduisent sous un mode déguisé un conflit psychique. D'une manière générale, le « refoulé » cherche à faire surface, sous forme de rêves, de symptômes, de mises en acte. Freud met en évidence que les expériences déplaisantes sont aussi répétées. La répétition apparaît cliniquement comme une fonction de conservation de l'espoir d'une élaboration ultérieure dans la répétition du trauma. D. Ribas s'interroge sur l'existence de ce mécanisme chez l'autiste :

« Y a-t-il une compulsion dans la répétition que nous observons du dehors dans l'autisme infantile ? [...] Nous assistons à des montées d'excitation et à leur traitement par la décharge sensorielle. Leur répétition a-t-elle une intentionnalité pulsionnelle ? Rien n'est moins sûr. En revanche les processus en cours ont sans aucun doute une économie pulsionnelle, articulant le corps et des ébauches psychiques. »¹³⁷

M. C. Laznik Penot remarque qu'à un moment donné d'une cure psychanalytique avec un enfant autiste, il peut arriver que la représentation d'un mot puisse être nouée à une expérience vécue de tristesse. Elle fait une hypothèse très intéressante :

« [...] pour certaines raisons, les frayages menant vers les traces mnésiques sont marqués d'une telle douleur qu'ils sont abandonnés par tout investissement. N'est investi que le frayage menant à la décharge par la production sonore ou à un geste.[...] Ces stéréotypies proviennent d'un ancien geste d'appel ou d'occultation des yeux. Mais ici toute signifiante est perdue du fait que ces anciennes traces mnésiques ne comportent plus de frayages utilisables menant vers d'autres traces mnésiques. Ce n'est plus que la décharge motrice qui est visée, à laquelle s'ajoute un surinvestissement de l'attention sur les images de mouvements produites par la ou les mains. »¹³⁸

La répétition suppose également un temps psychique constitué, un temps externe reconnu.

Rien de tel dans l'autisme où ni le temps ni l'espace ne sont acquis. Il y a pour ces enfants des événements qui se répètent chaque fois que se reproduit quelque situation similaire à une des premières situations significatives. Ils n'ont pas la qualité symbolique des manifestations de transfert qui caractérise le traitement des enfants névrosés.

2.4.2. La temporalité

¹³⁷ Procédés autocalmants, répétitions et autismes précoces, op. cit., p. 79. (121)

¹³⁸ LAZNICK PENOT M.C ; Défenses autistiques et échec de la mise en place de la fonction de représentation, p. 133, 134. (102)

Dans la névrose nous dit P. Félician, quand une difficulté apparaît, le psychanalyste peut tenter de repérer ce qui fait obstacle à son écoute. Le progrès de la cure sera subordonné à l'analyse de cet obstacle. Par contre lorsque nous sommes confrontés à un enfant autiste, ce que nous percevons nous est tellement étranger que l'écart entre le réel et l'expérience semble encore plus large. P. Félician demande :

« Peut-on aborder l'autisme sans faire référence constamment à notre expérience ? »

Il poursuit sa réflexion :

« Il se dessine ici un point d'impossible qui nous amène à penser l'autisme, non comme une structure propre, mais comme le résultat d'une défaillance survenue lors de la construction d'une structure comparable à la nôtre. Il apparaît d'ailleurs indispensable, face à un enfant autiste, d'élaborer soi-même, à partir de ce qu'il nous montre, ce qu'il ne peut nous dire, faute de parole. Ce ne sont que des constructions, des hypothèses, mais elles nous permettent de nous composer une représentation de son histoire et de ses processus de pensée. Si nous ne réalisons pas ce travail, l'enfant nous entraîne dans son monde. »¹³⁹

D. Meltzer fait l'hypothèse que l'enfant autiste structure différemment sa perception du temps à cause de la manière particulière dont il appréhende son environnement et au fait qu'il ne puisse accéder à l'identification projective.

« [...] le self qui vivrait dans un monde bidimensionnel serait handicapé à la fois dans la mémoire, le désir et la capacité de prévoir. »¹⁴⁰

P. Félician remarque que dans la cure d'un névrosé, le temps est lié à la place du sujet dans son histoire, au transfert (réactualisation d'un temps autre) à son désir et à celui de son analyste. Alors que dans les cas d'autisme, la question se pose en d'autres termes :

« D'histoire, le sujet ne s'en reconnaît point. Il y a celle que les autres disent à son propos, mais ce n'est pas une histoire où il se reconnaît. Mutique, il ne pourra même pas s'inventer une reconstruction délirante. »¹⁴¹

Il n'a pas d'histoire au sens où un sujet s'inscrit et se repère dans la trame signifiante que constitue son histoire. L'esprit humain habite le langage, vit le langage, et se nourrit de représentations. Les mots sont à la fois des indicateurs, qui désignent les choses, et des évocateurs, qui suscitent la représentation de la chose nommée. J. Hochmann indique que pour lui :

« La pensée de l'autiste est une pensée concrète, opératoire, robotisée. »¹⁴²

Les autistes ne savent pas faire de comparaison, n'utilisent pas les mots de liaison. Ils évitent soigneusement tout usage de la métaphore et ils se défient de l'imaginaire.

Dans une cure de ce type, la difficulté pour le thérapeute est de permettre à l'enfant de sortir de son état d'isolement. Pour cela, il doit lui-même ne pas s'y perdre, d'autant que ses paroles sont souvent sans effet. Ainsi que le dit F. Tustin, « comprendre ne signifie pas être complaisant à l'égard de leur pathologie ». La scansion temporelle, elle, joue le rôle ponctuel

¹³⁹ FELICIAN P., *L'autisme, le temps du silence*, p. 33. (37)

¹⁴⁰ *Explorations dans le monde de l'autisme*, op. cit., p. 234, 235. (113)

¹⁴¹ *L'autisme, le temps du silence*, op. cit., p. 33, 34. (37)

¹⁴² *Cordélia ou le silence des sirènes*, op. cit., p. 33. (74)

d'un point de repère sans que puisse s'y arrimer une quelconque logique signifiante. Dans cette dérive temporelle, ce qui fait fonction de borne, au sens d'introduire une limite dans le temps et dans l'espace, c'est le corps du thérapeute en tant qu'il est porteur d'une parole.

2.4.3. Particularités de la dynamique transféro-contre-transférentielle

R. Diatkine introduit la difficulté soulevée par la dynamique transféro-contre-transférentielle avec les enfants autistes :

« Le problème le plus ardu est l'application de la méthode psychanalytique dans un domaine où ses instruments de connaissance ne peuvent pas être utilisés simplement. Face à un enfant qui semble l'ignorer, ne parle pas, répète inlassablement des gestes ou des manipulations autistiques qui n'ont d'intérêt et de raison d'être que pour lui autiste, le psychanalyste peut se sentir très démuni. »¹⁴³

L'anomalie la plus importante et la mieux connue dans les états autistiques graves est l'absence de langage. La plupart des recherches ont conduit à considérer les troubles du langage et son absence comme un des symptômes de l'autisme infantile au même titre que les troubles de la relation. Pour G. Haag :

« [...] le mutisme fait partie de l'histoire naturelle de la maladie, puisque l'état autistique proprement dit est essentiellement un état sans activité mentale. »¹⁴⁴

Citant D. Meltzer, elle précise :

« [...] le type adhésif d'identification narcissique semble encourager l'identification aux fonctions corporelles plutôt que mentales des objets, on pourrait dire à la danse plutôt qu'au chant du langage profond... »¹⁴⁵

L'utilisation du langage des enfants autistes montre que les mots sont leur propriété privée et ne sont pas mis au service de la communication et de la relation. De plus, pour M.C. Laznick Penot :

« [...] le plus grand désarroi du clinicien ou des soignants, les mots peuvent survenir ou disparaître sans que l'on puisse prévoir ni quand, ni pourquoi. Pendant toute la période proprement autistique, rien ne semble jamais acquis : non seulement des mots, mais même des jeux qui paraissaient s'ébaucher peuvent se retrouver brutalement non investis, comme s'ils n'avaient jamais été enregistrés. Au même moment le thérapeute se retrouve confronté à une barrière défensive massive. Plus étonnant encore est l'observation inverse : comment ce qui semblait ne pas avoir été perçu peut s'avérer en fait enregistré ? »¹⁴⁶

Si l'on s'en tient aux strictes définitions freudiennes, l'inconscient - du moins l'inconscient analysable, celui qui se répète sur la scène du transfert pour s'ouvrir à la remémoration et à l'élaboration - est constitué par le refoulement. Nous l'avons vu précédemment¹⁴⁷, l'enfant autiste fonctionne plus sur le mode de la projection, de l'incorporation et de l'adhésivité

¹⁴³ DIATKINE R., *La psychanalyse devant l'autisme infantile précoce*, p. 35. (32)

¹⁴⁴ HAAG G., *Autisme infantile précoce et phénomènes autistiques*, p. 324. (69)

¹⁴⁵ *Ibidem*, p. 324. (69)

¹⁴⁶ *Défenses autistiques et échec de la mise en place de la fonction de représentation*, op. cit., p. 109. (102)

¹⁴⁷ *Supra*, § 2.3.3

que sur celui du fantasme. Ce que l'enfant répète, ce sont des situations du début de sa vie, élémentaires et préverbales, qui, normalement, restent inconscientes et ne constituent pas des « souvenirs ». La situation transférentielle de l'enfant autiste se différencie par l'aspect cru, rudimentaire, archaïque de la vie émotionnelle de l'enfant, qui ne connaît que des émotions extrêmes de rage, de terreur et d'angoisse. Cependant le mystère et l'efficacité des cures d'enfants autistes conduisent les psychanalystes à considérer qu'il y a un sujet et qu'il est capable de transfert.

Pour G. Haag cela est en effet mystérieux, mais selon elle,

« [...] ces expériences nous obligent à dire que la compréhension du langage se révèle très bonne au moment où l'analyste a une interprétation juste. »¹⁴⁸

Cette constatation l'a conduit, tout comme W. Bion, à penser qu'il y aurait des parties de la personnalité qui fonctionnent en même temps, les unes étant saines, les autres étant psychotiques. Le psychanalyste s'appuyant, lorsqu'il s'adresse à l'enfant ou à l'adulte, sur les parties saines.

F. Dolto parle d'un apparent non-transfert de l'enfant sur le thérapeute. Comme si le sujet, chez cet enfant, nous dit-elle, raisonnait en disant : « si je suis non, non, non, à toute présence », se préservant d'un danger potentiel de communication et donc éventuellement d'un arrachement secondaire douloureux. F. Dolto nous dit que le raisonnement de l'enfant est le suivant :

« Je ne suis pas présent, je ne suis pas visé, donc je ne risque plus rien. »¹⁴⁹

Et elle ajoute qu'à partir du moment où le thérapeute comprend l'intelligence d'un enfant psychotique et son mode de résistance devant la souffrance, on peut lui parler, sans le culpabiliser du masque dont il s'affuble : indifférence, mutisme, agissements animaux. On l'aide ainsi à se retrouver humain et sujet de désir, et à reconstruire grâce au transfert une image du corps en rapport au schéma corporel, qui s'en trouve comme désensorcelé.

G. Haag s'est intéressée aux particularités de la constitution de l'image du corps chez les autistes et aux inscriptions corporelles des toutes premières identifications. Les « identifications intracorporelles », concept qu'elle a proposé, sont la traduction, non seulement dans l'image du corps, mais aussi dans la motricité, des tout premiers liens aux objets libidinaux.

Pour J. Hochmann, l'autisme infantile, et plus généralement la psychose, est une faculté de défense plutôt qu'un déficit. C'est une modalité d'organisation globale du psychisme :

« Ce processus particulier a, comme tout processus psychique, un sens. Il vise à écarter les angoisses incoercibles, les souffrances intolérables liées à l'impossibilité de surmonter les expériences de séparation. »¹⁵⁰

Il s'ensuit un refus énergique et violent de toute utilisation d'objet pour sa valeur symbolique, la destruction et le rejet des représentations, et un emploi concret des objets.

« L'enfant autiste utilise un certain nombre de manoeuvres défensives qui existent chez tout être humain mais qui, par leur usage privilégié sinon exclusif ainsi que par leur groupement et leur intensité, le caractérisent. Telle est l'identification adhésive, cette manière de coller son psychisme à l'autre, comme

¹⁴⁸ HAAG G., *Théorie de l'esprit et développement de la symbolisation chez l'enfant autiste, colloque international*. (67)

¹⁴⁹ *L'image inconsciente du corps, op. cit.*, p. 218. (33)

¹⁵⁰ HOCHMANN J., *L'autisme infantile : déficit ou défense ?*, p. 36. (77)

une peau à une autre peau que ne sépare aucun interstice. [...] Telle est la fragmentation de l'environnement en menus morceaux [...] Telle est encore la transformation de toute information nouvelle en simple bruit de fond, la réduction de tout changement à l'immuable. »¹⁵¹

En fait il s'agit d'une exclusion active :

« Soumis comme tous les autres interlocuteurs de l'autiste à ce bombardement, le thérapeute se sent renvoyé à l'incapacité de penser et d'élaborer ce qui se passe entre son patient et lui. »¹⁵²

Pour J. Hochmann l'enfant autiste essaie de détruire son appareil de pensée et également celui des autres.

« La visée essentielle de l'autiste ne serait pas seulement de mettre l'autre à distance pour se protéger de son intrusion. Elle aurait aussi, et plus fondamentalement, pour fonction de protéger son appareil psychique de toute pénétration de l'intérieur comme de l'extérieur. [...] Pour ce faire, elle désamorce tout processus de mentalisation d'abord en soi, ensuite dans l'autre. »¹⁵³

La pathologie autistique fait que le processus transférentiel se passe d'une façon particulière, pour ainsi dire à l'envers d'une cure psychanalytique classique. En effet, l'enfant ordinairement névrosé transfère sur l'analyste ses sentiments à l'égard de ses parents, et c'est dans ce contexte transférentiel que le processus thérapeutique va opérer sur l'enfant et sur les relations qu'il entretient avec ses parents. En revanche, explique F. Tustin, avec un enfant autiste le processus est autre :

« [...] le thérapeute met en mouvement les relations infantiles primaires en établissant le noyau de ces relations, et c'est ensuite qu'elles sont transférées sur les parents. »¹⁵⁴

L'enfant autiste vit l'expérience de relation précoce avec son thérapeute bien après l'époque normale. A mesure que l'enfant polarise ses sentiments sur le thérapeute, il développe des relations avec sa mère.

Le concept même de transfert, selon G. Haag, demande à être considéré différemment. Cela suppose qu'on ne limite pas la notion de transfert au transfert névrotique basé sur un niveau de relation d'objet total, mais que l'on élargisse cette notion au transfert des relations et modes d'identification précoces. F. Tustin, qui a une longue expérience avec les enfants autistes, constate :

« J'ai abouti à la conclusion que, dans leur cas, la situation de transfert ne peut être établie par les seuls effets de l'interprétation. Même si nous devons nous garder de permettre qu'elles remplacent la thérapie interprétative, d'autres mesures plus actives sont ici indispensables. Il est par dessus tout nécessaire de développer en permanence cette compréhension de la situation sur laquelle repose nos interprétations, afin de pouvoir adjoindre à notre activité personnelle

¹⁵¹ Ibidem, p. 36. (77)

¹⁵² Ibidem, p. 36. (77)

¹⁵³ Cordélia ou le silence des sirènes, op. cit., p. 37. (74)

¹⁵⁴ TUSTIN F., Les états autistiques chez l'enfant, p. 202. (134)

des communications qui permettent à l'enfant de faire réflexion sur ce qu'il est en train de faire. »¹⁵⁵

Les enfants autistes vivent leurs expériences dans la discontinuité et ne semblent pas capables de voir les liens entre elles. Les mécanismes de l'interprétation leur fournissent justement ce qui leur manque. F. Tustin remarque que les enfants autistes comprennent plus de mots que nous ne le pensons. L'un des avantages, nous dit-elle,

« [...] c'est que l'enfant semble se rendre compte que quelqu'un essaye de parvenir jusqu'à lui. »¹⁵⁶

Pour F. Tustin, interpréter des états physiques archaïques, demande d'être capable de s'identifier à l'autre. Dans la psychothérapie des enfants autistes, il est très important de pouvoir reconstruire de façon imaginaire des expériences primitives :

« La capacité d'interprétation du thérapeute semble fournir un dispositif mental (jusqu'à ce que l'enfant ait pu élaborer le sien) qui permet au patient de supporter la tension et de différer son action, en tenant compte des possibilités extérieures et de ses propres capacités. »¹⁵⁷

Selon elle, l'incapacité de communiquer renforce les terreurs de l'enfant et le psychotérapeute doit utiliser des expressions symboliques évocatrices qui lui permettent de donner corps à ces terreurs invisibles.

« Pendant cette période difficile, le thérapeute interprète en s'inspirant de ses intuitions, qui reposent sur sa pratique clinique, ainsi que sur les sentiments qu'éveille en lui le patient. Dans les moments où l'analyste a agi impulsivement et où de telles communications n'ont pas été possibles, l'analyste doit prendre conscience des sentiments qui ont dicté sa conduite. Et cela renvoie à la question du contre-transfert. Il doit savoir repérer et travailler, dans les relations transférentielles et contre-transférentielles, les angoisses en arrière plan des aspects pathologiques des défenses successives ou intriquées. »¹⁵⁸

On retrouve cette visée sous la plume de M. C. Laznick Penot qui dit que

« [...] l'analyste en investissant toute production de l'enfant, gestuelles ou langagières, d'une valeur signifiante, et en se constituant lui-même comme adresse de ce qu'il considère comme un message permet à l'enfant de pouvoir se reconnaître après coup comme source de ce message. Son but n'est pas d'interpréter les fantasmes d'un sujet de l'inconscient déjà constitué, mais de permettre à un tel sujet d'advenir. »¹⁵⁹

L'autre particularité du processus transférentiel est que l'on peut dire qu'il y a bien entre l'enfant et ses thérapeutes quelque chose d'analogue à un jeu transféro-contre-transférentiel mais qu'il s'agit selon l'expression de J. Hochmann

¹⁵⁵ Les états autistiques chez l'enfant, op. cit., p. 203. (134)

¹⁵⁶ Ibidem, p. 152. (134)

¹⁵⁷ TUSTIN F., Autisme et psychose de l'enfant, p. 152. (135)

¹⁵⁸ Les états autistiques chez l'enfant, op. cit., p. 153. (135)

¹⁵⁹ LAZNICK PENOT M.C., Théorie de l'esprit et développement de la symbolisation chez l'enfant autiste. (101)

« [...] d'un jeu pour de vrai auquel manque la dimension d'illusion habituelle au transfert psychanalytique. »¹⁶⁰

En effet, afin de tolérer les expériences de frustration et l'absence de l'objet nourricier, l'enfant autiste a plus tendance à investir des choses matérielles, des sensations ou des activités stéréotypées qu'à construire des scénarii imaginaires. En revanche souligne J. Hochmann ce sont ses interlocuteurs qui, soumis à son déferlement projectif, en produisent.

« Alors que le sujet névrotique au plus fort de son mouvement transférentiel garde confusément la préconscience du caractère artificiel de ce qu'il est en train de vivre dans la relation à son analyste, fond réel sur lequel se découpent les formes illusoire du transfert et de contre transfert, ici le piège se referme sur un drame où la bonne mère et la sorcière sont réellement ce qu'elles sont et ne sont que cela. Dans ces conditions, les thérapeutes n'échappent à la contagion autistique et à la destruction de leur appareil psychique que par une reprise élaborative, l'accrochage à une théorie, qui représente ici une véritable sauvegarde. S'il y a finalement transfert dans une cure d'autiste, c'est peut-être plus celui du thérapeute sur sa théorie, son superviseur ou son institution de référence que celui de l'enfant sur le thérapeute. »¹⁶¹

On ne peut qu'insister sur la nécessité d'un modèle théorique du fonctionnement autistique. F. Tustin souligne également la nécessité d'un soutien car le thérapeute a du mal à maîtriser les peurs et les excitations archaïques intenses que réactivent ces enfants.

2.5. Conclusion

J'ai, dans ce chapitre, recensé les principaux courants de pensée qui constituent le concept d'autisme infantile. Il s'agit principalement des théories cognitives et des théories psychodynamiques. J'ai apporté un éclairage sur les mécanismes psychopathologiques à l'œuvre dans l'autisme infantile en privilégiant le point de vue dynamique. Le modèle psychanalytique « classique » utilisé dans les névroses et les psychoses de l'adulte ne suffisant pas à la compréhension des états autistiques, j'ai utilisé les apports de M. Klein, F. Tustin, D. Meltzer et d'autres psychanalystes. Ils m'ont permis de saisir plus finement les mécanismes psychopathologiques et défensifs. Ces modèles reposent sur le postulat de départ selon lequel le processus autistique est une manoeuvre à visée défensive. Ce support théorique est important pour l'hypothèse de travail dans la mesure où il nous aide à comprendre les modalités relationnelles de l'enfant autiste. Trois points du fonctionnement autistique sont à souligner : l'identification adhésive et la bidimensionnalité, l'autosensorialité et le démantèlement, les angoisses catastrophiques primitives et le défaut de contenant.

· Identification adhésive et bidimensionnalité

La principale modalité de fonctionnement identificatoire est ce que E. Bick a appelé l'identification adhésive.

¹⁶⁰ HOCHMANN J., *Imitation, identification chez l'enfant autiste*, p. 39. (78)

¹⁶¹ *Imitation, identification chez l'enfant autiste, op. cit.*, p. 39. (78)

« Ce mécanisme permet semble-t-il un retour à un état d'identité très primitif, à un niveau de se « sentir collé à » qui permet de survivre dans l'en deçà ou l'annihilation d'un monde intérieur. »¹⁶²

Dans cet état psychique, l'enfant peut être amené à se vivre comme une pure surface sensible dans un monde où l'extérieur et l'intérieur sont peu différenciés. L'enfant utilise la main de l'adulte comme un prolongement de son corps, se colle contre lui et ne supporte pas l'éloignement qu'il vit comme un véritable arrachement.

- Autosensorialité et démantèlement

L'autosensorialité est caractérisée par la fascination qu'exercent sur l'enfant certaines sensations ayant un fort pouvoir attractif sur lui. Cet agrippement du fonctionnement psychique à des activités sensorielles est contemporain d'une désorganisation à laquelle Meltzer a donné le nom de démantèlement.

- Les angoisses catastrophiques primitives et le défaut de contenant.

Dans les cas d'autisme les plus graves, la surface corporelle est souvent vécue comme porteuse de trous et de discontinuités. La bouche est le premier lieu de la dépression provoquant des vécus d'arrachement. Cette expérience de « trou noir » serait à l'origine « d'angoisses catastrophiques primitives » : chute sans fin, liquéfaction, vidages, perceptions de trous dans le corps. Les comportements de l'enfant sont des manoeuvres défensives pour éviter de les affronter. F. Tustin leur donne le nom de formes autistiques.

On peut également rappeler ce que G. Haag a travaillé sur la méconnaissance et la non-utilisation par l'enfant autiste de certaines parties de son corps aboutissant parfois à des sortes de clivages du corps. Dans ce vécu, on assiste à des effondrements brutaux du corps ou bien à des agrippements.

Chapitre 3. Propositions pour une description de la dynamique soignes-soignants au sein d'une institution en termes de transfert-contre-transfert

« A ce moment là, on édifiera des établissements, des cliniques ayant à leur tête des médecins psychanalystes qualifiés où l'on s'efforcera, à l'aide de l'analyse, de conserver leur résistance et leur activité à des hommes qui sans cela s'adonneraient à la boisson, à des femmes qui succomberaient sous le poids de frustration, à des enfants, qui n'ont le choix qu'entre la déprivation et la névrose. Les traitements seront gratuits. Peut-être faudra-t-il longtemps avant que l'état reconnaisse l'urgence de ces obligations.[...] Nous nous verrons obligés d'adapter notre technique à ces conditions nouvelles ». Freud. De la technique psychanalytique.

3.1. Introduction

¹⁶² HAAG G., *Autisme infantile précoce et phénomènes autistiques. Réflexions psychanalytiques*, p. 295. (69)

Aujourd'hui l'institution de soins ou d'éducation n'est pas seulement un établissement avec ses lieux, ses personnels, ses horaires, son projet ; elle est aussi modelée par les vécus psychiques et fantasmatiques de ses membres. Chaque institution possède son histoire propre, centrée sur ses origines, ses principes, ses objectifs, ses vicissitudes de fonctionnement. Le type d'institution qui intéresse ce travail de recherche est un grand groupe, une sorte de contenant physique et psychique à valeur organisatrice pour l'enfant et le soignant. A cette configuration, que nous pouvons qualifier de véritable « objet d'arrière plan »¹⁶³ selon le terme utilisé par J. Grotstein et G. Haag, vient se superposer les options théoriques et pratiques, et les comportements des soignants. Dans cette perspective, il s'agit de considérer avec Chanoit comment :

« [...] une institution se structure de façon à répondre, à l'aide des éléments structurels et dynamiques déjà en place (son « génie propre ») à ce désir des malades par une réponse contre transférentielle complémentaire. »¹⁶⁴

La notion de contre-transfert institutionnel interroge l'institution de soins (comme de rééducation) dans sa réalité thérapeutique (ou éducative). La praxis d'une institution, son activité en vue d'un résultat lui donne sa dynamique particulière. Selon Chanoit cette conception ne va pas sans difficultés à penser le contre-transfert dans le champ institutionnel.

« Le problème du passage au contre-transfert institutionnel ne consiste donc pas à transposer la description d'un phénomène, d'un contexte (duel) dans un autre (institutionnel), mais bien plutôt à retrouver le même mouvement de connaissance transformatrice, lorsqu'il n'est plus supporté par la praxis d'un individu, mais d'une institution. »¹⁶⁵

Le contre-transfert institutionnel est une réflexion de l'institution sur elle-même. L'analyse du contre-transfert permet la transformation des vécus angoissants et sont inhérents au travail avec les enfants autistes.

Dans ce troisième chapitre, la notion complexe d'institution est située, les différences et les points communs du concept de contre-transfert institutionnel et celui rencontré dans la cure sont soulignés. Enfin, au moyen d'exemples d'institutions dans les domaines de la psychiatrie et de l'éducation, les fondements d'une structure institutionnelle sont envisagés et l'expression de son contre-transfert groupal est déduite.

3.2. La notion d'institution et de groupe institutionnel

3.2.1. Les rapports complexes entre l'individu et l'institution

Les liens entre le sujet et l'institution sont étroitement intriqués. En naissant tout individu se trouve impliqué dans un jeu complexe d'institutions. Présente à tous les niveaux de la société, l'institution influe sur notre manière de fonctionner. D'après R. Kaës :

« Elle s'inscrit dans la permanence et règle les rapports entre les personnes, leur préexiste et s'impose à elles. Elle réalise des fonctions psychiques multiples

¹⁶³ GROSTEIN J., « Splitting and projective identification », New York, Jason Aronson, 1981. (65)

¹⁶⁴ CHANOIT & ali., *Le contre transfert institutionnel*, p. 30. (25)

¹⁶⁵ *Le contre transfert institutionnel*, op. cit., p. 25. (25)

pour les sujets singuliers dans leur structure, leur dynamique et leur économie personnelle. »¹⁶⁶

L'institution, selon lui, répond à des principes fondateurs :

« [...] elle assure l'existence d'un groupe en sauvegardant les biens ; elle réglemente les désirs, les interdits et les échanges ; des places, des fonctions sont assignées selon une organisation et régies par un code. »¹⁶⁷

Les travaux des psychanalystes sur les groupes et les institutions ont montré que la vie psychique n'est pas exclusivement centrée sur un inconscient personnel, qui serait comme une sorte de propriété privée du sujet singulier. J. Bleger l'énonce de la façon suivante :

« Ce qui s'est imposé à moi comme évidence c'est que toute institution est une partie de la personnalité de l'individu, et cela au point que l'identité est toujours entièrement, ou en partie, institutionnelle au sens qu'au moins une partie de l'identité se structure par l'appartenance à un groupe, à une institution, à une idéologie, à un parti, etc. »¹⁶⁸

R. Kaës, ajoute qu'une part de l'individu, qui le tient dans son identité même, et qui compose son inconscient, ne lui appartient pas en propre mais aux institutions sur lesquelles il s'étaye et qui tiennent cet étayage. Dans l'institution il arrive que l'on fasse

« [...] l'expérience de la folie commune, de notre partie folle cachée dans les plis de l'institution : massivité des affects, ressassement obnubilant et répétitif d'idées fixes, paralysie de la capacité de pensée, haines incontenables, attaque paradoxale contre l'innovation de pensée, acting et somatisations violentes. Ces souffrances et cette pathologie sont un des passages vers la connaissance de la dimension psychique de l'institution. »¹⁶⁹

De ce fait, les difficultés à penser l'institution sont nombreuses et proviennent de sources fort différentes. Plusieurs raisons majeures peuvent être signalées. D'une part, l'institution renvoie à un emboîtement de cadres et à différents niveaux d'analyse dans lesquels il n'est pas aisé de se repérer.

« Le cadre du groupe thérapeutique est dans un rapport d'emboîtement et de réciprocité avec le cadre de l'institution elle-même, et avec le cadre interne du thérapeute. »¹⁷⁰

P. Fustier donne la représentation d'une structure à trois étages :

« Nous proposons donc une lecture de l'institution à partir d'un système à trois niveaux : une superstructure, qui permet d'observer un fonctionnement du quotidien, et qui s'origine à deux étages différents. Au niveau de l'infrastructure, des organisateurs psychiques infléchissent, donnent couleur et sens à la vie institutionnelle. Au niveau intermédiaire, une zone « idéologico-théorique » capte les courants de pensées, les théories et les idéologies venus de l'extérieur, les

¹⁶⁶ KAES R., *Réalité psychique et souffrance dans les institutions*, p. 8. (87)

¹⁶⁷ *Ibidem*, p. 8. (87)

¹⁶⁸ BLEGER J., *Psychanalyse du cadre analytique*, p. 257. (20)

¹⁶⁹ *Réalité psychique et souffrance dans les institutions*, op. cit., p. 5. (87)

¹⁷⁰ *Ibidem*, p. 18. (87)

transforme en argumentaire et constitue les « raisons » pour lesquelles tel ou tel type de fonctionnement a été choisi. »¹⁷¹

D'autre part, Freud l'a montré, l'institution confronte l'individu à deux logiques : le désir de satisfaire ses fins propres et le renoncement nécessaire au fonctionnement de l'ensemble. L'individu est pris dans le réseau du langage commun et souffre de ne pas y faire reconnaître la singularité de sa parole. Il est à la fois dans et hors de l'institution. R. Kaës appelle formations intermédiaires les croisements entre

« [...] l'espace psychique du sujet singulier et l'espace psychique constitué par leur groupement dans l'institution. »¹⁷²

Ces formations n'appartiennent ni au sujet singulier, ni au groupement, mais à leur relation. Ce sont des alliances, des pactes.

3.2.2. L'institution : cadre et processus

L'étude de J. Bleger met en relief les éléments invariables du cadre psychanalytique : le rôle de l'analyste ainsi que l'ensemble des facteurs affectant l'espace et le temps que sont les horaires, la ponctualité et les interruptions. J. Bleger se questionne sur l'invisibilité habituelle du cadre et sur ce qui le fait apparaître à certains moments. Pour lui, le cadre se révèle

« [...] la partie la plus primitive de la personnalité, c'est l'élément fusionnel Moi-corps-monde, de l'immuabilité de laquelle dépend la formation, l'existence et la différenciation (du moi, de l'objet, de l'image du corps, du corps, de l'esprit, etc). »¹⁷³

J. Bleger compare la situation psychanalytique à la relation mère/enfant, qui permet à celui-ci de développer son moi :

« Le cadre a une fonction comparable; il agit comme support, comme étai, cependant nous ne le percevons pour le moment, que lorsqu'il se modifie ou se casse. »¹⁷⁴

La notion de cadre est importante dans les institutions de soins ou éducatives qui accueillent des enfants psychotiques et autistes. Le cadre de travail définit les grandes lignes de conduite. Le choix de l'équipe, le respect des jours d'ouverture et des horaires font rigoureusement partie du processus de soin ou d'éducation.

« Le développement du moi, dans l'analyse, dans la famille, ou au sein de n'importe quelle institution, dépend de l'immuabilité du non-moi. Cette dénomination de non-moi nous le donne à penser comme quelque chose de non-existant, alors qu'il existe réellement et à ce point que c'est de ce « méta-moi » que dépend la possibilité même de maintenir le non-moi. »¹⁷⁵

Le groupe institutionnel fonctionne comme une enveloppe contenant, délimitante, protectrice et qui permet les échanges avec l'extérieur. L'étanchéité, la souplesse, la perméabilité, la solidité au service de la contenance institutionnelle pour aider à la

¹⁷¹ FUSTIER P., *L'infrastructure imaginaire des institutions*, p. 133. (54)

¹⁷² *Réalité psychique et souffrance dans les institutions*, op. cit., p. 17. (87)

¹⁷³ *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, op. cit., p. 265. (20)

¹⁷⁴ *Ibidem*, p. 260. (20)

¹⁷⁵ *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, op. cit., p. 264. (20)

construction du moi, des pensées et de la vie fantasmatique de l'enfant sont les qualités principales de l'enveloppe institutionnelle.

Toute rupture dans le cadre provoque des angoisses : en effet ce qui était déposé dans le cadre envahit l'espace. L'angoisse catastrophique entraîne le recours à des mécanismes de défense tels que le clivage, la projection, l'immobilisation.

Alors que le cadre est la partie immobile qui reçoit les projections des angoisses psychotiques et autistiques, S. Urwand précise que :

« [...] le groupe lui-même est lieu de projection, en tant qu'objet/groupe, de toute sa sensorialité primitive, de ses fantasmes, de ses imagos, des topiques subjectives des membres de l'équipe. Le groupe organise un contenu, espace d'une figuration des systèmes de relations d'objets internes, des instances psychiques de la deuxième topique et de l'articulation des sous-systèmes (ça, moi, moi-idéal, surmoi, idéal du moi) ; des condensations sont possibles entre les niveaux d'une même instance (moi/moi corporel, surmoi/surmoi archaïque représentant la tyrannie de la partie psychotique). »¹⁷⁶

Le cadre permet l'expression du contenu et sa transformation. En effet, tout comme la capacité de rêverie de la mère rend possible l'établissement d'un système de transformation de l'angoisse, l'institution de soins ou d'éducation est idéalement conçue comme un contenant, un lieu recevant les vécus bruts de l'enfant et capable de les métaboliser de façon à les renvoyer sous une forme assimilable. Cette fonction appelée cadre-conteneur par R. Kaës, assure par sa stabilité et sa permanence, un étayage corporel, social et psychique. Sur ce fond peuvent se travailler des mouvements de conflictualisation par l'intermédiaire de l'équipe thérapeutique.

3.2.3. L'institution, espace des sentiments collectifs et des émotions de groupe

D. Anzieu fait l'analogie entre le travail du rêve et celui du groupe : c'est l'accomplissement du désir.

« Le lien interhumain inconscient, dans le couple, dans le groupe, dans la vie familiale et sociale, résulte de la circulation fantasmatique ; elle (la circulation fantasmatique) stimule, infléchit, fait dévier ou empêche les accomplissements techniques réels : elle réunit ou oppose les individus plus sur des manières d'être et de sentir que sur des façons d'agir : elle cherche à provoquer la mise en commun de l'accomplissement des menaces et des désirs individuels inconscients. »¹⁷⁷

Freud, Bion et plus récemment les analystes de groupe, comme R. Kaës, ont décrit et analysé les sentiments collectifs et les émotions du groupe. S. Freud aborde cette question dans Psychologie des masses et analyse du Moi. La foule est un lieu de contagion des émotions. Il introduit son propos en citant les travaux de Le Bon sur la foule. Avec lui, il constate combien un individu au milieu d'une foule est différent d'un individu isolé. L'interprétation de Freud est quelque peu différente de celle de Le Bon, pour lui

¹⁷⁶ URWAND S., *La capacité de rêverie institutionnelle*, p. 39. (136)

¹⁷⁷ ANZIEU D., *Le groupe et l'inconscient*, p. 180. (6)

« [...] l'individu se trouve, dans la foule, mis dans des conditions qui lui permettent de se débarrasser des refoulements de ses motions pulsionnelles inconscientes. »¹⁷⁸

Le Bon souligne le caractère contagieux présent dans toute foule. R. Kaës nous dit que poursuivant sa réflexion S. Freud développe cette idée : l'identification est ce qui est commun entre deux ou plusieurs sujets, c'est ce qui se passe et se déplace de l'un dans l'autre. R. Kaës dans « L'institution et les institutions » s'appuie sur la référence princeps de « Totem et tabou ».

« Ce que se transmettent les frères après le meurtre du père originaire, c'est ce qu'ils ont en commun ; cela même qu'ils transmettent à leur génération par le processus de l'identification : l'interdit de tuer l'animal totémique en tant qu'il représente le père. »¹⁷⁹

R. Kaës continue la démonstration : Freud reprend l'analyse de la formation du symptôme névrotique pour montrer comment les symptômes de Dora et de son père, et les identifications qui soutiennent Dora expriment la forme la plus précoce et la plus originelle du lien affectif. Le choix d'objet devient identification en s'appropriant des qualités de l'objet. Le symptôme permet de retrouver, par identification, le lien avec la personne aimée. Mais il va montrer aussi comment l'identification fait abstraction du rapport objectal à la personne copiée. Il donne l'exemple cité par Freud :

« L'une des jeunes filles d'un pensionnat vient de recevoir, de celui qu'elle aime en secret, une lettre qui suscite sa jalousie et à laquelle elle réagit par une crise d'hystérie ; quelques-unes de ses amies au courant du fait vont alors attraper cette crise, comme nous le disons, par voie de contagion psychique. Le mécanisme est celui d'une identification fondée sur la capacité ou la volonté de se mettre dans une situation identique. Les autres aimeraient aussi avoir un rapport amoureux secret et, sous l'influence de la conscience de culpabilité, elles acceptent aussi la souffrance qui s'y rattache. Il ne serait pas juste d'affirmer qu'elles s'approprient le symptôme par compassion. Au contraire, la compassion naît seulement de l'identification, et la preuve en est qu'une telle contagion ou imitation s'instaure également dans des circonstances où l'on admet, entre les deux personnes, une sympathie préexistante bien moindre que celle qui s'établit habituellement entre des amies de pension. L'un des moi a perçu chez l'autre une analogie significative en un point, dans notre exemple, la même disponibilité affective ; il se forme là-dessus une identification en ce point et, sous l'influence de la situation pathogène, cette identification se déplace sur le symptôme que l'un des moi a produit. L'identification par le symptôme devient ainsi l'indice d'un lieu de coïncidence des deux moi, lieu qui doit être maintenu refoulé. »¹⁸⁰

L'identification est la modalité par laquelle le sujet va chercher dans l'autre un point commun qui l'assurera d'être dans son désir. Le mouvement qui commande cet assujettissement est le fait de pénétrer en l'autre et de mettre en soi la partie qui nous manque et enfin d'être assujetti à l'autre.

¹⁷⁸ FREUD S., *Psychologie des masses et analyse du moi*, p. 129. (46)

¹⁷⁹ *Réalité psychique et souffrance dans les institutions*, op. cit., p. 22. (87)

¹⁸⁰ *Réalité psychique et souffrance dans les institutions*, op. cit., p.170. (87)

Les travaux de W. Bion sur les psychothérapies de groupe apportent un éclairage sur les motifs qui font tenir ensemble les sujets d'un groupe ou d'une institution. W. Bion parle de « mentalité groupale », qui correspond à l'activité collective qui se forme lorsque des personnes se réunissent en groupe, par l'opinion, la volonté ou le désir unanime de ses membres, à un moment donné. Les individus y contribuent de manière inconsciente. La mentalité groupale peut être en conflit avec les désirs, les opinions ou les pensées des individus. Elle est donc à la fois issue de ceux-ci et extérieure à eux.

Bion énonce deux grands principes :

Premièrement, le comportement d'un groupe s'effectue à deux niveaux : celui d'une tâche commune (processus secondaires) et celui des émotions communes (processus primaires).

Deuxièmement, les individus réunis dans un groupe se combinent de façon instantanée et involontaire pour agir selon des états affectifs que Bion dénomme « pré-supposés de base ». Ces états affectifs sont archaïques, prégénitaux. Il s'agit :

- du groupe dépendant.

« Il est réuni pour être soutenu par un leader dont il dépend pour sa nourriture matérielle et spirituelle ainsi que pour sa protection. »¹⁸¹

- du groupe de couplage. Une personne ou une idée est destinée à sauver le groupe mais pour remplir ce rôle, l'espoir messianique ne doit jamais être réalisé ;
- du groupe attaque/fuite. Le groupe est réuni pour lutter contre un danger ou pour le fuir.

W. Bion s'intéresse au fait que les trois schémas de base expriment l'apparition originaires de phénomènes typiques de groupe et peuvent, d'autre part correspondre à la société ou à des institutions sociales spécifiques. L'église pour le groupe dépendant, l'aristocratie pour le couplage et l'armée pour le groupe attaque/fuite. Bion souligne tout comme Freud la faculté qu'ont les individus de se combiner instantanément avec d'autres individus pour se comporter selon un certain code, celui des schémas de base. Dans la dynamique de base, dit-il,

« [...] la place principale est occupée par des mécanismes plus primitifs tels que les a décrits M. Klein comme faisant partie de la position dépressive et paranoïde. »¹⁸²

Les sentiments collectifs et les émotions de groupe décrits par Freud puis par Bion montrent qu'un groupe ne peut exister comme tel si ne sont pas mis en œuvre des phénomènes d'identification à une ou plusieurs personnes centrales incarnant un idéal, sur lesquelles sont projetées des pulsions amoureuses, alors que l'agressivité est dérivée vers des boucs émissaires.

R. Kaës a décrit une position idéologique chez les individus et les groupes et qui serait intermédiaire entre les positions persécutives et dépressives. Il évoque

« [...] la puissance et les pouvoirs dans les petits groupes »¹⁸³

¹⁸¹ BION W-R, *Recherche sur les petits groupes*, p. 100. (19)

¹⁸² *Ibidem*, p. 130. (19)

¹⁸³ KAES R., *L'archigroupe*. (91)

qu'ils soient des groupes de formation et de thérapie comme des groupes institutionnels. Il désigne sous le nom d'archigroupe

« [...] cette puissance fantasmatique et idéale du groupe comme origine et comme fin. »¹⁸⁴

La puissance du groupe est celle qui lui procure un corps imaginaire :

« [...] son pouvoir sera de fournir une tête, des membres, une bouche, un sein, un ventre indéfaillible dans la jouissance, mais aussi dans la terreur. »¹⁸⁵

La puissance du groupe entraîne l'effacement de l'autre singulier. L'investissement du groupe comme puissance le voue au clivage et à l'idéalisation. A l'objet idéalisé correspond un objet mauvais qu'il convient de projeter et de détruire. Le processus psychique qui instaure la puissance du groupe est ainsi l'idéalisation. Les pouvoirs dans les groupes visent à obtenir : des satisfactions, des besoins et des accomplissements de désirs spécifiques, des différenciations fonctionnelles, la prise en compte de la réalité interne et externe (par modification interne et/ou modification du milieu), l'assignation à chacun d'une place et d'une fonction. R. Kaës suggère que :

« L'organisation du pouvoir dans un groupe procède de l'effort pour introduire une différenciation défensive et constructive dans l'archigroupe ; ainsi, un pouvoir particulier est toujours susceptible de se métaphoriser en idole. »¹⁸⁶

Le leader incarne et représente l'objet idéalisé personnalisé, il est, selon R. Kaës, la *tête-chef*. D'autres fonctionneront comme membres et comme corps. L'idéologie représentée par l'idée capitale peut tenir lieu de chef. Elle a le pouvoir de soumettre tous ses adhérents y compris le chef. Quiconque viendrait attaquer l'idéal serait aussitôt exclu. L'histoire nous a montré que la foule brûle ce qu'elle a adoré. Pour peu que le leader se montre simplement humain, donc mortel, il ne lui est pas pardonné d'être vulnérable. Le processus ne tarde pas à s'inverser, et de porteur d'idéal du Moi, il devient bouc émissaire, objet d'identification projective, cible de la haine. E. Enriquez dans « Le travail de la mort dans les institutions » remarque que l'institution est alors placée sous la menace constante de l'apparition d'un fanatisme de groupe. Il constate la fréquence de la focalisation de la vie affective et inconsciente de la communauté sur les individus les plus bizarres, les plus dangereux, les plus délirants :

« Une institution peut, étant entraînée dans cette voie redoutable, se « stabiliser » sur un fonctionnement névrosé ou psychotique devenu la « culture » à laquelle chacun appartient, l'idéal commun. Elle atteindra les divers membres de l'institution au plus intime d'eux-mêmes et augmentera la cohésion mortifère et paradoxalement « morcelante » de l'ensemble. »¹⁸⁷

3.3. L'analyse des mouvements contre-transférentiels dans l'institution

¹⁸⁴ *Ibidem*, p. 208. (91)

¹⁸⁵ *Ibidem*, p. 209. (91)

¹⁸⁶ *L'archigroupe*, op. cit., p. 214. (91)

¹⁸⁷ ENRIQUEZ E., *Le travail de la mort dans les institutions*, p. 90. (35)

Le concept de contre-transfert institutionnel émane de deux courants : celui de la psychothérapie institutionnelle et celui de l'analyse institutionnelle. Dans les années cinquante, un profond remaniement des structures hospitalières s'effectue. Tosquelles, Bonnafé, Daumezon essayent de neutraliser les effets destructeurs de l'asile et de lutter contre la chronicité. Une transformation des idées sur la maladie mentale et sur les pratiques soignantes a lieu. Le courant de la psychothérapie institutionnelle revendique aussi bien l'aspect individuel de la cure du malade grave que celui du contexte institutionnel. Le rapprochement opéré avec la psychanalyse permet d'envisager les rapports de transfert et de contre-transfert sous l'angle de l'institution. La théorie psychanalytique est introduite comme théorie explicative et ses concepts servent à cerner la réalité institutionnelle.

3.3.1. Deux approches originales : Lourau et Guattari

Dans l'analyse institutionnelle, qui allie une méthode de connaissance inductive et un mode d'analyse en situation qui se rapprochent de la clinique psychanalytique, le contre-transfert et le transfert sont des instruments d'analyse d'une situation. L'analyse institutionnelle se donne comme objectif de dévoiler ce que l'institution tient caché à ses membres. R. Lourau dans son ouvrage « L'analyse institutionnelle », propose une méthode d'intervention en situation consistant à analyser les rapports que les multiples parties en présence dans le jeu social entretiennent avec le système manifeste et caché des institutions. L'analyste, selon lui, est impliqué dans le réseau d'institutions qui lui donne la parole. Pour comprendre son contre-transfert l'analyste d'institutions doit regarder comment varient ses réponses aux individus et à l'institution. Pour Lourau, il s'agit de :

« La réponse que l'analyste fait aux clients en fonction des différenciations du « travailleur collectif » en statuts, âges, sexes. »¹⁸⁸ « La réponse qu'il fait à l'organisation cliente en tant qu'institution et en tant que s'inscrivant dans un système singulier d'institution. »¹⁸⁹ « La réponse qu'il donne aux transferts de sa propre organisation analytique. »¹⁹⁰

F. Guattari s'intéresse aux rapports des organisations en général avec la politique et la psychiatrie. Défenseur du mouvement anti-psychanalytique classique, il soutient une lecture et une utilisation particulière des concepts de la théorie psychanalytique. Il présente une réflexion qui met en relation l'incidence de la psychanalyse dans le domaine de la psychiatrie, la crise bureaucratique et réformatrice des organisations, les problèmes posés par la restructuration du mouvement révolutionnaire. L'analyse institutionnelle selon ces trois axes peut se faire en suivant le principe unique de la transversalité. Selon Guattari :

« La transversalité est une dimension qui prétend surmonter les deux impasses, celle d'une pure verticalité et celle d'une simple horizontalité ; elle tend à se réaliser lorsqu'une communication maximum s'effectue entre les différents niveaux et surtout dans les différents sens. »¹⁹¹

Guattari veut de la sorte introduire dans l'institution une fonction politique militante, qui n'est ni la psychanalyse, ni la pratique d'hôpital et qui se veut applicable partout. La mise en place d'une structure de transversalité dans l'institution implique un éclatement du statut médical.

¹⁸⁸ LOURAU R., *L'analyse institutionnelle*, p.276. (108)

¹⁸⁹ *Ibidem*, p. 276. (108)

¹⁹⁰ *Ibidem*, p. 276. (108)

¹⁹¹ GUATTARI F., *Psychanalyse et transversalité*, p. 80. (58)

Autrement dit, selon lui, le transfert est distribué à plusieurs soignants et de fait le contre-transfert aussi.

« L'acceptation d'être mis en cause, d'être mis à nu par la parole de l'autre, un certain style de contestation réciproque, d'humour, l'élimination des prérogatives de la hiérarchie, tout cela tendra à fonder une loi nouvelle du groupe dont les effets « initiatiques » permettront la venue au jour, d'un certain nombre de signes présentifiant des aspects transcendants de la folie qui, jusqu'alors, étaient restés refoulés. »¹⁹²

Les vécus induits par les psychotiques peuvent être repris au sein du groupe. Dans cette perspective, d'après J. Hochmann,

« Guattari tenait l'institution pour un grand divan psychanalytique sur lequel se développent un transfert et un contre-transfert généralisés qualifiés d'institutionnels. »¹⁹³

3.3.2. Psychothérapie institutionnelle et contre-transfert institutionnel

Selon les écrits de Decobert,

« Racamier a été le psychiatre le plus engagé dans la réorganisation des soins aux patients psychotiques à partir de théorisations et de pratiques hospitalières très originales mais directement inspirées de la compréhension psychanalytique. »¹⁹⁴

P. C. Racamier a insisté sur l'importance de la notion de soin psychiatrique et employé ce terme pour décrire un ensemble de pratiques qui utilisent la médiation de la vie quotidienne afin d'entrer en contact avec les psychotiques et les aider à donner sens à leur existence. Il distingue la forme des traitements spécifiques du fond soignant général sur lequel ces traitements se développent. Les soignants assurent la « fonction basale de présence » et des fonctions plus différenciées « d'aide au moi des patients ». Les soignants sont une présence stable, disponible, souple et non écrasante. Le moi psychotique souffrant de graves perturbations dans l'exercice de ses fonctions, le soin vise à le rendre plus fort.

Racamier évoque

« [...] l'extraordinaire puissance, la massivité et l'archaïsme fondamental des mécanismes psychotiques. »¹⁹⁵

et souligne l'intérêt de tirer parti dans le soin institutionnel des phénomènes de transfert. Les mouvements affectifs des médecins, soignants et malades sont pris en compte dans la technique de soin que Racamier applique dans l'institution. Il propose trois affects universels : l'anxiété, l'hostilité et la tendresse ; et les défenses leur correspondant.

· *L'anxiété* : les psychotiques n'arrivent pas à contenir leur angoisse et elle se diffuse autour d'eux .

¹⁹² *Ibidem*, p. 83. (58)

¹⁹³ HOCHMANN J., *Abord institutionnel des enfants psychotiques*, p. 1. (76)

¹⁹⁴ DECOBERT S., *Hommage à P. RACAMIER*, p. 5. (27)

¹⁹⁵ RACAMIER P.C., *Le psychanalyste sans divan*, p. 240. (118)

« Certaines organisations individuelles et collectives sont faites pour n'avoir jamais à rencontrer cette angoisse, et dans ce but les relations de soins sont distendues, impersonnalisées et obsessionnalisées [...] Une autre défense, de type contraphobique consiste à nier la peur et à faire comme s'il n'en existait jamais. »¹⁹⁶

- *L'hostilité* : le psychotique déteste profondément l'existence d'autrui, de même en retour il suscite une hostilité inconsciente qui peut être intense et diffuse. Pour éviter l'hostilité, les institutions se fabriquent des objets persécuteurs externes, ou bien survalorisent la réparation.
- *La tendresse* : pour l'éviter, on dit aimer indistinctement tous les malades, on se retranche derrière le règlement.

Les mouvements affectifs décrits sont souvent des défenses dont

« [...] l'effet et la fonction consistent à se protéger du malade et à suspendre son évolution ; ils peuvent dans les organismes de soins prendre des dimensions et une puissance institutionnelles. »¹⁹⁷

Mais pour Racamier,

« [...] ces réactions représentent non pas seulement des réactions induites par les positions inconscientes des patients mais d'une façon plus générale, tout ce que les psychotiques ne prennent pas à leur compte. »¹⁹⁸

Il poursuit :

« [...] ces mouvements seront donc utilisés, dans le soin institutionnel, c'est à dire d'une façon collective comme les éléments complémentaires d'un orchestre. »¹⁹⁹

Racamier, dès 1970, introduit cette notion qui sera reprise et élaborée de différentes manières par d'autres auteurs. Il insiste, et cela est important pour mon sujet, sur la part institutionnelle :

« Entre les expressions pathologiques des malades et la structure institutionnelle, entre celle-ci et certaines contre-attitudes soignantes des liaisons dynamiques s'établissent. Il faut se demander dans quelle mesure les positions défensives que l'on cherche à mobiliser sont le fait direct de la personnalité du sujet qui les présente, et dans quelle mesure complémentaire l'effet de la structure institutionnelle. »²⁰⁰

C. et P. Geissmann se situent dans la mouvance de Racamier en attribuant à l'institution une simple fonction de cadre soignant à l'intérieur duquel viennent se loger les entreprises psychothérapeutiques. S'interrogeant sur les processus institutionnels, ils nomment processus « d'asilation », la transformation progressive de l'institution soignante en asile. Dans ce

¹⁹⁶ *Le psychanalyste sans divan, op. cit., p. 308. (118)*

¹⁹⁷ *Ibidem, p. 262. (118)*

¹⁹⁸ *Ibidem, p. 262. (118)*

¹⁹⁹ *Ibidem, p. 262. (118)*

²⁰⁰ *Le psychanalyste sans divan, op. cit., p. 305. (118)*

système, la capacité thérapeutique de l'institution est toujours remise en question par un incessant travail de sape.

« La rencontre d'une institution et de la folie est en elle-même porteuse du risque d'asilation. »²⁰¹

Ce processus est un mode de défense de l'institution et des soignants. Mais celui-ci fige la vie institutionnelle et aussi celle des patients. L'exemple le plus frappant est, selon C. et P. Geissmann, la répétition contre une rupture douloureuse de lien symbiotique induite par un changement chez l'enfant. Ils citent Searles sur « l'effort pour rendre l'autre fou » :

« Au cours de cette phase nous avons tendance, malgré nous, à lutter avec acharnement pour que notre patient ne fasse pas de progrès importants, progrès que quelque part en nous, nous sentons comme devant avoir lieu dans un avenir lointain. »²⁰²

D'autres signes d'asilation peuvent s'exprimer aussi bien au niveau du cadre institutionnel qu'au niveau du fonctionnement de l'équipe soignante. Au niveau du cadre, l'impression qui prédomine est celle de vivre désormais comme naufragés dans une île. Les relations avec l'extérieur sont désinvesties. Le temps n'a plus d'importance. A l'image des processus psychiques de l'enfant autiste, nous dit J. Hochmann,

« [...] l'homogénéisation réduit tout à l'indifférence, amalgame en une bouillie informe, un chaos sans limites et sans principe organisateur. »²⁰³

Au niveau de l'équipe soignante, la modification la plus sensible est celle de la qualité de l'investissement que réalisent les soignants sur leurs patients. En effet ceux-ci peuvent perdre leur qualité de malades et devenir transparents pour leurs soignants. Avec la disparition de la reconnaissance de la maladie mentale des enfants, disparaît la notion de projet thérapeutique, les soignants s'entendant alors entre eux pour savoir ce qui est nécessaire aux enfants. Les psychiatres se trouvent évacués en même temps que la maladie mentale. Mais l'enfant « fou » peut aussi devenir l'objet d'un attachement passionné. Le soignant, à l'instar de certains parents d'enfants autistes, devient détenteur de sa vérité et refuse tout partage de l'enfant avec l'équipe qui va l'accepter. C'est ce qu'a décrit M. Woodbury sous le nom de « duos paranoïaques », des sortes d'isolats culturels, des autismes à deux ou à plusieurs, crispés sur une méthode, une doctrine ou simplement une illusion commune de parfaite communication avec l'extérieur.

3.3.3. Une lecture métapsychologique

Plusieurs auteurs R. Cahn, X. Jacquy, M.C. Laznick et B. Penot, travaillant avec des enfants et des adolescents psychotiques, soulignent le fait que, derrière les contre-attitudes des soignants, des interactions archaïques que l'enfant a pu avoir avec ses proches sont réactivées et sont suscitées à nouveau dans son entourage thérapeutique. X. Jacquy²⁰⁴ a proposé les concepts de transfert et contre-transfert subjectal. Subjectal étant à comprendre dans un double registre : premièrement, ce n'est pas l'enfant qui opère un transfert sur l'adulte mais le soignant en tant que support d'un désir ou d'un mouvement pulsionnel

²⁰¹ GEISMANN C. et P., *Quand l'institution devient un asile*, p. 177. (56)

²⁰² *Ibidem*, p. 178. (56)

²⁰³ HOCHMANN J., *La consolation*, p. 27. (75)

²⁰⁴ JACQUEY X., De l'analyse des phénomènes contre-transférentiels en termes de contre-attitudes dans le champ psychothérapeutique institutionnel. (84)

envers le psychotique ; deuxièmement, il ne s'agirait pas de la subjectivité personnelle du soignant mais de quelque chose d'induit en lui au contact du psychotique comme reproduction de positions parentales qui n'avaient justement pas pu être internalisées.

M.C. Laznick et B. Penot proposent un modèle de compréhension pour rendre compte du phénomène de compulsion de répétition avec lequel l'un et l'autre se trouvent souvent confrontés dans leurs institutions respectives.

« Lorsqu'un patient est pris en charge dans le cadre d'une institution psychothérapique, c'est le travail de synthèse clinique effectué par l'équipe soignante qui constitue le mode privilégié de saisie des données familiales mal symbolisées. Celles-ci pourront être appréhendées à partir de la survenue dans l'équipe thérapeutique elle-même, de certaines répétitions. La mise à jour en équipe des données familiales et des vécus subjectifs de chacun suppose qu'un certain consensus de recherche soit partagé par les protagonistes. En effet, c'est dans l'espace psychique de ces derniers, fonctionnant comme « hôtes », que les données manquantes à la résolution du cas seront avant tout susceptibles d'être identifiables. »²⁰⁵

Afin de montrer comment la compulsion de répétition est à l'œuvre tout au long de la prise en charge de ces cas marqués de déni, M.C. Laznick et B. Penot utilisent le commentaire de J. Lacan à propos du conte d'E. Allan Poe, « La lettre volée ». B. Penot rappelle succinctement la mise en scène du drame :

« E. Poe organise une première scène où la reine est surprise en son boudoir par l'arrivée impromptue de son royal époux accompagné du premier ministre, alors qu'elle était elle-même occupée à prendre connaissance du contenu d'une lettre à caractère confidentiel. Le jeu de la reine va consister à poser carrément cette lettre sur la table, sous le nez du roi, qui du coup n'en perçoit rien. Mais l'ambitieux ministre aux aguets saisit instantanément le manège et a soupçon du caractère compromettant de la lettre ; une habile substitution lui permet de l'empocher tranquillement, de sorte qu'il pense tenir la reine en otage. Dans la deuxième scène la police aux ordres de la reine va fouiller l'appartement du ministre avec minutie mais ne trouve pas la lettre. Dupin, à qui le préfet de police confie sa difficulté à trouver la lettre, repère au premier coup d'œil la lettre bien en évidence devant la cheminée du ministre mais rendue méconnaissable. »²⁰⁶

B. Penot signale que Lacan attire l'attention du lecteur sur le phénomène de répétition :

« Ce qui nous intéresse aujourd'hui, précise-t-il, c'est la façon dont les sujets se relaient dans leur déplacement, au cours de la répétition intersubjective. »²⁰⁷

La place occupée par les protagonistes par rapport à l'objet qui anime leur action, s'avère en effet déterminante pour ce qui confirme l'attitude subjective qui pourra être la leur. C'est notamment ce qui se confirme régulièrement à propos de l'aveuglement ou du degré de clairvoyance des différents membres d'une équipe thérapeutique aux prises avec les registres d'aliénation d'un cas.

²⁰⁵ PENOT B., *Figures du déni*, p 137. (116)

²⁰⁶ *Figures du déni*, op. cit., p 137. (116)

²⁰⁷ *Ibidem*, p. 138. (116)

L'aptitude à penser dépend essentiellement, du moins au début, de la place que chacun occupe dans la distribution des rôles subjectifs (transférentiels) autour de ce patient, bien davantage que la fonction qu'il est censé remplir et même la formation qu'il a pu valider. Cela constitue semble-t-il à B. Penot, une bonne raison de travailler à plusieurs thérapeutes avec les cas de maladie mentale grave.

Autour de l'enfant autiste, dans une institution, un certain nombre de scénarii se jouent inlassablement. Voici un cas clinique que j'ai vécu et qui illustre bien cette répétition. *Everest*, nous l'appellerons ainsi, est un petit garçon mutique, autiste, qui a 4 ans et demi lors de son arrivée à l'hôpital de jour. Il a été massivement rejeté de l'école maternelle. Il présente tous les signes caractéristiques de l'autisme : replié sur lui-même, il ne parle pas, indifférent au monde qui l'entoure, il s'isole dans des stéréotypies. D'après les parents, *Everest* a été un bébé extrêmement calme, interagissant très peu. C'est un enfant énigmatique et difficile. Il a des conduites alimentaires perturbées alternant des périodes d'anorexie et des périodes de boulimie. L'évolution de cet enfant est très lente. Un retour de vacances d'été est particulièrement difficile. *Everest* a un comportement très régressé. Pendant ces vacances, les parents sont retournés dans leur pays d'origine. *Everest* s'est mis à refuser toute nourriture pendant le voyage. Sur place il a été constamment dans les bras des membres de la famille. A son retour au centre, nous observons une recrudescence des automutilations. Tout le monde se sent extrêmement démuni et s'interroge sur sa capacité à soigner cet enfant. Des conflits opposent l'équipe : il y a ceux qui défendent l'enfant et ceux qui ne le supportent pas. Des reproches sont faits sur la façon de s'y prendre avec lui, notamment au cours des repas. En effet, *Everest* jette la nourriture, écrase ses aliments sans pour autant les manger, jette couverts et assiettes. Tour à tour le soignant qui a en charge l'enfant est perçu comme s'y prenant mal avec l'enfant, incompetent. Cette incompetence est de nouveau évoquée lorsqu'un lundi matin *Everest* revient à l'hôpital de jour avec le visage tuméfié par les coups qu'il s'est infligé. Mais de cela, la mère n'en dit rien à l'infirmier qui accueille l'enfant. Elle esquive la question de l'infirmier d'un banal « ça va », ce qui a pour effet de la rendre « insensible » et incompetente aux yeux du soignant. La mère de *Everest* peut dire, lorsque je la reçois, qu'elle se sent très culpabilisée par les remarques de sa belle-famille qui lui fait sentir qu'elle s'occupe mal de l'enfant et qu'elle devrait le garder à la maison plutôt que de l'emmener à l'hôpital de jour. La discussion de ces événements en réunion d'équipe a permis à l'enfant de retrouver une attitude plus sereine.

Ce que nous avons pu observer là c'est ce schéma répétitif se jouant dans l'institution avec le même texte dramatique, les mêmes rôles que dans l'environnement familial. On constate que ces rôles peuvent être tenus par différents acteurs. C'est tour à tour l'infirmier, la mère de *Everest* qui sont incompetents aux yeux des autres protagonistes.

La mise en commun des vécus de chacun lors de la réunion d'équipe hebdomadaire a permis de déjouer la répétition, désamorçant les sentiments hostiles, et d'éviter la sortie prématurée de l'enfant.

3.4. Position contre-transférentielle commune dans le processus de fondation de quatre institutions

Les quatre institutions évoquées dans cette partie ont souvent une notoriété due à leurs membres fondateurs : il s'agit de l'école Orthogénique, de l'école expérimentale de Bonneuil, de l'ITTAC²⁰⁸ et du Centre Adam Shelton. Elles ont toutes, lors de leur fondation,

²⁰⁸ I.T.T.A.C : l'Institut de Traitement des Troubles de l'Affectivité et de la Cognition, Centre Hospitalier Le Vinatier.

le projet d'envisager les soins et l'éducation de leurs patients selon une optique différente de celle pratiquée habituellement. Dans le contexte de leur constitution, elles ont aussi en commun une manière particulière de se positionner que nous pouvons qualifier de *contre*. Selon les cas le *contre* est représenté par les parents, la psychiatrie, l'exclusion. Ces objets à exclure suggèrent la possibilité pour l'institution et l'équipe qui la constitue de se structurer.

Nous donnons pour chaque institution les principaux fondements à l'origine de sa constitution et de sa « culture ». Pour étayer mon propos je développe une analyse des deux constituants que sont : le cadre et le personnel.

3.4.1. L'Ecole Orthogénique : « Un milieu thérapeutique total »

Pour B. Bettelheim, deux principaux fondements concourent à la constitution de l'Ecole Orthogénique: les nécessités de combattre l'aspect concentrationnaire de l'hôpital psychiatrique et de pallier aux capacités d'éducation inadéquates des parents d'enfants autistes. Les fondements de l'organisation de l'Ecole Orthogénique reposent sur les convictions de B. Bettelheim. Profondément influencé par son expérience personnelle dans les camps de concentration, il dit n'avoir survécu qu'en essayant de comprendre les comportements et les actes des nazis. Il met en pratique les enseignements qu'il a tirés de cette singulière expérience au service des enfants présentant des troubles fonctionnels graves, comme les schizophrénies chez les jeunes, car aucun traitement adéquat n'existe pour ces derniers. Selon lui, les enfants autistes ont connu une expérience très angoissante dans les premiers mois de leur vie.

« [...] si les événements de notre vie ne cessent d'être négatifs, en particulier au cours des années où nous sommes le plus profondément vulnérables, ils risquent d'être tout à fait destructeurs pour notre psyché. »²⁰⁹

Du point de vue contre-transférentiel, l'Ecole Orthogénique peut se comprendre comme un contre modèle du camp de concentration et comme un contre modèle de l'éducation néfaste des parents.

3.4.1.1. Le cadre : l'école Orthogénique, un contre modèle du camp de concentration

B. Bettelheim modifie complètement le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique ordinaire qu'il qualifie d'« endroit horrible » lors d'une interview accordée à D. Karlin en 1973. Il élabore un projet de fonctionnement d'une école basé sur la création d'un *milieu thérapeutique total*. Par conséquent, B. Bettelheim pense qu'il est possible d'organiser l'existence d'un individu, même le plus perturbé, de telle sorte que les événements qui en constituent la trame aient constamment une charge positive. Le cadre institutionnel doit être capable de le protéger contre les aléas de la vie. Contrairement à ce que l'individu en question a expérimenté dans le passé, les personnes qui lui sont importantes s'engagent à garantir son bien être physique autant qu'affectif et à répondre à ses besoins psychologiques. Dans ces conditions nous dit B. Bettelheim, on assiste à une guérison progressive.

Aussi à l'Ecole Orthogénique tout est pensé et élaboré dans les moindres détails. L'organisation tant matérielle que symbolique a pour objectif d'aider le patient à s'orienter et contribue à ce qu'il ne se sente pas perdu. Les aspects extérieurs et intérieurs du bâtiment, l'odeur, l'ameublement sont autant d'éléments soigneusement pensés en fonction du futur patient. Les objets sont toujours les mêmes et se présentent dans un certain ordre. Un

²⁰⁹ BETTELHEIM B., *Un lieu où renaître*, p. 13. (15)

espace privé est réservé à chaque enfant dans lequel personne ne peut toucher ce qui lui appartient sans sa permission. Pour B. Bettelheim reconnaître le caractère sacré du domaine privé, c'est pouvoir mieux se donner aux autres car on ne se perd pas soi-même. La nourriture est disponible à tout moment : sandwichs, lait, gâteaux, sucreries.

La vie à l'intérieur de l'institution présente une unité externe et interne afin d'atténuer les clivages et les contradictions intérieures du patient. Cette cohésion qui constitue la base de la sécurité du patient, repose sur une structure de relations humaines sécurisantes, qui le guérit des clivages de son monde intérieur et de la scission entre lui et les autres. Toute la vie quotidienne est « thérapeutique » et explicitement analysée comme telle.

3.4.1.2. Le personnel : des « super parents/thérapeutes »

Le personnel de l'école Orthogénique est soigneusement choisi par Bettelheim.

« Notre méthode de sélection du personnel se perfectionna progressivement pour ressembler de plus en plus à celle que nous utilisions pour faire connaissance avec un éventuel patient et décider s'il pouvait se joindre à notre entreprise commune. »²¹⁰

Les éducateurs doivent avoir un certain nombre de qualités. Ils doivent montrer un moi suffisamment solide pour supporter la maladie mentale.

« Les psychotiques sont dans un état de non intégration et peuvent provoquer certaines expériences qui éveillent en nous des blocages affectifs capables de nous plonger dans des états de désintégration si profonds qu'il nous est impossible alors de les assumer lorsque ceux-ci se produisent chez le patient. »²¹¹

Les éducateurs doivent s'impliquer physiquement et psychiquement dans l'école. La plupart d'entre eux habite dans l'Ecole. Pour B. Bettelheim participer à l'aventure de l'Ecole Orthogénique est un art de vivre, une façon d'apprendre sur soi-même et sur les autres. De fait, le très grand investissement demandé constitue pour les éducateurs un véritable parcours thérapeutique. Pour B. Bettelheim,

« [...] il est important d'apprendre à connaître chez soi et chez les autres la vie de l'inconscient et de l'accepter davantage. En réalité, il ne suffit pas pour créer ce milieu, de partager la même conception de la thérapie. C'est moins le travail collectif auprès du patient que le travail d'élaboration poursuivi dans l'équipe qui permet d'obtenir l'intégration souhaitée du malade. Il semble évident à Bettelheim que, si on n'accorde pas autant d'importance aux problèmes des membres de l'équipe qu'à ceux des patients, ceux-là ne peuvent avoir des réactions claires au comportement pathologique d'un enfant. »²¹²

A l'Ecole Orthogénique le dispositif de réflexion et d'élaboration est très développé. Une fois par jour tout le personnel se réunit pour parler des problèmes de l'école et une fois par semaine une réunion est consacrée à un enfant en particulier. De plus, l'équipe a pris l'habitude de se réunir à une heure tardive dans la soirée après le travail car tous sont imprégnés de ce qui s'est passé dans la journée. Ils éprouvent le besoin d'en

²¹⁰ Un lieu où renaître, op. cit., p. 310. (15)

²¹¹ Ibidem, p. 263. (15)

²¹² Un lieu où renaître, op. cit., p. 264. (15)

parler. Les réunions ne servent pas seulement à communiquer. Le besoin de « savoir » n'est pas comparable à la recherche à l'intérieur de soi, avec l'aide de chacun. Aussi, lors des réunions collectives, B. Bettelheim aide les membres de l'équipe à comprendre pourquoi l'un d'entre eux n'a pas pu percevoir ce qui se passait chez un enfant. Par ses questions, il cherche à savoir pourquoi tel éducateur agit d'une certaine façon face à une situation donnée, tandis que tel autre procède différemment. Une grande intimité existe dans l'équipe : tous les soignants connaissent les réactions de chacun d'entre eux à l'égard d'eux-mêmes, de l'environnement psychanalytique, du travail. Bettelheim insiste sur le fait qu'il est plus important de comprendre que de savoir qui a « raison » ou « tort ». Comprendre comment et pourquoi la personnalité et le passé de tel individu le pousse à adopter tel ou tel comportement à l'égard du patient et comment ces facteurs personnels peuvent être récupérés au bénéfice de l'éducateur, du patient et surtout de l'institution thérapeutique. Bettelheim fait la démonstration des avantages de cette façon de travailler :

« Après avoir compris et vaincu les résidus de leur passé qui apparaissent dans leur relation avec le patient, les membres de l'équipe parvenaient à une perception autre, immédiate, profonde des problèmes du patient : ils sont capables d'analyser pourquoi ils éprouvaient tel sentiment et se comportaient de telle manière à l'égard d'un enfant. »²¹³

3.4.2. Bonneuil : « l'institution éclatée »

M. Mannoni, psychologue, psychanalyste, fonde l'Ecole expérimentale de Bonneuil (Centre d'Etudes et de Recherches Pédagogiques et Psychanalytiques) en réaction à la psychiatrie classique. L'Ecole expérimentale s'inscrit d'emblée dans une perspective de « démedicalisation » de la maladie mentale. L'anti-psychiatrie et la référence à la psychanalyse se dégagent très nettement dans le fonctionnement de Bonneuil et signe son originalité. M. Mannoni écrit :

« Je crois que c'est vraiment une des notions fondamentales du courant anti-psychiatrique sur laquelle il faut revenir, que dans un certain nombre de cas, la meilleure politique thérapeutique, est certainement l'abstention, foutre la paix au sujet, ne pas avoir de politique thérapeutique à proprement parler, sinon d'assurer une certaine écoute, une certaine présence, un certain accueil à la parole et au comportement du malade. »²¹⁴

La théorie antipsychiatrique, en prétendant que pour certains malades, il faut les laisser faire, accueillir leur délire, accepter un comportement même très fou, même très perturbé, que c'est leur façon à eux de chercher leur voie, permet d'envisager une nouvelle approche des enfants autistes mal tolérés dans les hôpitaux psychiatriques. Cette inadéquation des enfants autistes avec l'hôpital traditionnel tient à la difficulté de communiquer avec eux et de les comprendre. Ils évoquent également des fantasmes tournant autour de la mort et du sexe dans ce qu'il a de plus inquiétant. Cela soulève une crainte irrationnelle, extrêmement difficile à maîtriser par des gens qui ne sont pas eux-mêmes analysés.

La deuxième position de M. Mannoni est issue directement de la méthode psychanalytique :

²¹³ *Un lieu où renaître, op. cit., p. 264. (15)*

²¹⁴ *MANNONI M., Un lieu pour vivre, p. 45. (110)*

« On ne doit jamais désirer à la place du malade... c'est absolument incompatible avec une écoute de type psychanalytique ; on ne doit rien désirer à la place du sujet, et surtout pas désirer l'adapter à un ordre social quelconque. »²¹⁵

3.4.2.1. Le cadre : un principe de non ségrégation

A l'inverse de l'institution psychiatrique traditionnelle, un principe de non ségrégation préside à l'ouverture de Bonneuil. Il se matérialise dans l'accueil des enfants sur un mode de fonctionnement idéal, à savoir: un tiers d'enfants autistes ou psychotiques, un tiers d'enfants dits débiles ou caractériels et un tiers d'enfants plus ou moins gravement névrosés. Bonneuil se présente comme un lieu ouvert sur l'extérieur et non comme une institution repliée sur elle-même. R. Lefort, co-fondateur de Bonneuil l'explique dans le livre « Vivre à Bonneuil » :

« Une institution est comme une espèce de personne qui se nourrirait des gens qui lui sont confiés. L'institution prend pratiquement une place de toute-puissance ; elle se conduit comme une mère de psychotique et, à aucun moment, le sujet ne peut s'en détacher sans risquer d'éclater. Une institution qui se veut différente - c'est elle, par une espèce d'effet de balance, qui prend l'éclatement à son compte et permet au sujet de se situer au niveau d'une parole, avec la possibilité de se séparer, de se couper de l'institution. Sans que pour autant l'institution en vacille, ou encore lui réclame des comptes. La coupure devient possible , exactement sur le mode de la relation de la mère à l'enfant. Ce que les institutions habituellement sont très peu enclines à faire, pour la bonne raison qu'elles se présentent comme le bien des sujets, qui perdent dans le coup la parole. »²¹⁶

A Bonneuil, les différentes activités mises en place avec les enfants très atteints ne le sont pas comme prétexte thérapeutique, mais pour permettre à l'enfant d'exprimer sur « une autre scène » ce qui l'agite. Les enfants poursuivent leur analyse à l'extérieur de l'institution. La cuisine, les courses, le travail chez l'artisan ou chez le paysan, le travail scolaire, les ateliers sont à comprendre comme des médiations permettant d'échapper à une situation imaginaire, où tout se noue de l'adulte à l'enfant sans aucune référence tierce.

« La notion d'institution éclatée, privilégie la possibilité donnée aux enfants d'aller d'un lieu à l'autre ; ils peuvent aussi bien se trouver à Bonneuil chez les paysans ou les artisans. Enfants et adultes sont à la recherche d'un style de vie, à la recherche d'un accueil qui existait autrefois au niveau de la communauté du village. »²¹⁷

Dans les moments de crise, le sujet a besoin du soutien d'un adulte qui ne se sente pas en danger d'être détruit. Le problème de la formation de ceux qui travaillent à Bonneuil est donc posé.

3.4.2.2. Le personnel : d'un trajet à Bonneuil

²¹⁵ Un lieu pour vivre, op. cit., p. 51. (110)

²¹⁶ Un lieu pour vivre, op. cit., p. 53. (110)

²¹⁷ Ibidem, p. 22. (110)

Au cours des premières années de fonctionnement de Bonneuil, et avant que l'établissement ne soit agrée en 1975, le personnel est bénévole. Venir travailler à Bonneuil est avant tout une expérience personnelle :

« Tout savoir qui ferait de lui (adulte) un spécialiste risque, dans un premier temps, d'alimenter les défenses de l'adulte, et de venir occulter un effet de vérité inhérent au discours symptôme tenu par l'enfant. Le trajet que l'adulte a à effectuer avec un enfant en difficulté, est un trajet qu'il effectue d'abord avec lui-même. »²¹⁸

A Bonneuil, chacun (enfants, éducateurs, parents) effectue un trajet. On pourrait dire que tout le monde y est en formation permanente, voire plutôt en « déformation permanente » quand le poids d'un savoir universitaire préalable ou les effets imaginaires des titres ou d'une fonction font obstacle à la rencontre avec le patient ou le style propre de l'école. La possibilité d'accueillir des adultes sans formation particulière, mais qui ont le désir de consacrer une tranche de vie à ces enfants, permet de ménager des échanges différents. L'important est de ne pas désirer à la place des malades. M. Mannoni pense qu'il n'y a pas que la voie de la psychanalyse personnelle pour arriver à cela ; il y a heureusement un certain nombre de personnes qui d'une façon spontanée sont suffisamment accueillantes pour ne pas désirer à la place de l'enfant. Elles ont besoin d'une certaine évolution personnelle et d'une certaine ascèse pour en arriver là, mais ceci peut s'acquérir. Cela se fait d'autant mieux dans une équipe où il y a beaucoup de discussions, beaucoup de mises en question personnelles, beaucoup d'autocritiques collectives. Ce qui est fondamental, c'est l'existence d'une équipe ayant l'habitude de la mise en question et de l'autocritique. Selon M. Mannoni, il est nécessaire de se demander sans arrêt: « Qu'est-ce qu'on fait ? Quel est le sens de notre action. Est-ce que les buts que nous poursuivons correspondent bien justement à ce que nous faisons en réalité, plus ou moins consciemment ? »

Parallèlement, la pratique de Bonneuil se soutient d'une approche psychanalytique : la théorie permet un travail de lecture survenant dans l'après-coup ; travail qui vient questionner les trajets individuels et les avatars institutionnels.

3.4.3. J. Hochmann : vers un milieu thérapeutique et/ou éducatif en creux

Le point de départ de la réflexion de l'équipe de J. Hochmann est un constat : après plusieurs années de pratique dans un hôpital psychiatrique pour adultes, le fonctionnement semble peu satisfaisant.

« Il nous a semblé que l'évolution des hôpitaux psychiatriques, leur dégénérescence à partir d'un projet thérapeutique cohérent, et la reproduction accélérée de cette évolution manifestée par nombre d'institutions « modernes », devenaient inéluctables dès lors qu'on mettait ensemble dans un même lieu, résidentiel ou semi-résidentiel, un groupe relativement élevé de malades et un groupe de non-malades commis, huit heures par jour, pour partager l'existence des fous. Alors les folies particulières se répondent en écho et deviennent une folie collective contre laquelle luttent la stéréotypie et la bureaucratisation des relations humaines. »²¹⁹

²¹⁸ Un lieu pour vivre, op. cit., p. 233. (110)

²¹⁹ HOCHMANN J., L'institution mentale : du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés, p. 988.

J. Hochmann, résolu à travailler autrement, cherche avec son équipe à construire un appareil de soins psychiatriques ambulatoires qui mette à la disposition des patients les découvertes de la psychanalyse. Sa réflexion se poursuit lorsqu'il commence à travailler en service enfants. C'est autour de Alain, petit garçon autiste, que l'équipe (un psychiatre, une infirmière, une assistante sociale, une orthophoniste) du Dispensaire d'Hygiène Mentale commence à réfléchir sur la façon de soigner l'autisme.

« La survenue d'Alain et la question qu'il nous posait nous contraignait, sans y être vraiment préparés, à appliquer à un enfant le modèle artisanal que nous avons élaboré pour des adultes. Elle fut l'occasion [...] d'une remise en question progressive, et s'intégra dans un long processus de maturation. »²²⁰

3.4.3.1. Le cadre : un espace de soins non totalitaire

Le système ambulatoire repose sur un principe différenciateur. J. Hochmann instaure une prise en charge lacunaire qui renonce à s'occuper du « tout de l'individu » et opère en laissant leur place aux institutions autres (scolaires, culturelles, ou sportives) pour toute demande qui n'est pas liée directement avec le traitement psychiatrique.

« Les activités thérapeutiques sont souvent conçues sur le mode d'une réparation, voire d'un apprentissage pour combler une béance. Elles se présentent parfois comme le substitut d'un appareillage maternel qui fait défaut. »²²¹

Les lieux de vie sont distingués des lieux de soins et des lieux d'apprentissage. L'enfant réside dans sa famille ou dans une famille d'accueil, reçoit des soins individuels dans un centre médico-psychologique, participe à des activités de repas ou à des groupes dans un local annexe, est accompagné par des soignantes dans les centres sociaux ou de loisir, est accueilli enfin, pour des temps précis, dans une classe spécialisée située dans un groupe scolaire. J. Hochmann insiste sur le caractère lacunaire des activités. Parce qu'elles ne prétendent pas répondre à la totalité des demandes de l'enfant, parce qu'elles laissent place à un ailleurs ou à autre chose, chacune des séquences qui rythment la vie institutionnelle se découpe sur un fond d'absence. Ce caractère lacunaire du soin a une triple fonction : il contribue à l'effet de différenciation ; les manques d'un élément évoquent l'élément manquant ; d'autre part la lacune s'oppose à la compulsion de répétition ; dans cet écart entre une situation et son retour s'introduit, en germe, la représentation ; en effet, la troisième fonction du lacunaire est, en rendant insatisfait les patients en quête de mère dévouée, d'initier à un travail symbolique. La réalité institutionnelle doit être construite de manière à mettre en échec la tendance contagieuse aux clivages répétitifs. Entre les espaces et les temps différenciés qui la constituent et qui peuvent être considérés comme les mots d'une phrase, elle doit introduire des éléments de liaison et d'articulation. La psychothérapie, les activités pédagogiques, l'intégration scolaire et les activités de groupe s'articulent dans une structure où chacune de ces fonctions trouve son sens en s'opposant aux autres et en se différenciant d'elles. Il importe que les différents intervenants qui s'occupent de l'enfant aient continuellement présente à l'esprit l'existence des autres.

3.4.3.2. Le personnel : acteurs de « l'institution mentale »

²²⁰ Pour soigner l'enfant autiste, op. cit., p. 62. (72)

²²¹ « L'institution mentale : du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés », op. cit., p. 989. (81)

J. Hochmann a mis au point des procédures de soins qui sont le maternage et le conte. Elles ont pour objectif de faire redécouvrir à l'enfant un plaisir à penser. Pour lui,

« La valeur soignante de ces activités réside dans le fait qu'elles sont pensées. »²²²

La relation enfant/soignant étayée sur les activités est la base du travail thérapeutique. Afin de garder sa capacité de pensée le soignant :

« [...] élabore grâce à un modèle théorique, certaines significations que peuvent prendre les actes qu'elle échange avec l'enfant. Cette élaboration se réalise à l'aide d'un superviseur ; le fait, pour la soignante, de communiquer à ce tiers ce qui se passe entre elle et l'enfant va permettre de donner un sens à la relation. Ce travail aidera progressivement l'enfant à parvenir au monde symbolique et au langage. »²²³

3.4.4. Howard Buten : le centre Adam Shelton

H. Buten psychologue, écrivain et artiste est à l'origine de la récente création (1997) d'un institut médico-éducatif. Les origines et l'organisation de cet établissement montrent comment il est possible de mettre en œuvre dans la pratique des orientations diverses et a priori assez distantes les unes des autres. Dans le fascicule de présentation de l'établissement il écrit :

« L'atmosphère conflictuelle à la fin des années quatre vingt autour de la question « quel type de prise en charge à adopter pour les personnes autistes et psychotiques » m'a laissé déçu et exaspéré. En effet, mes années de formation et d'expérience dans les milieux d'éducation spéciale (The Children's Orthogenic Center, Detroit) ; de la neuropsychiatrie (CHS de Perrey-Vaucluse, Epinay sur Orge) ; psychanalytique (Le Pradon, Ste Geneviève-des-bois) ; culturel (Le Centre Koschise, St Michel-sur-Orge) ; m'avaient convaincu de la pauvreté du cloisonnement institutionnel et de la gravité de ses effets sur les jeunes que nous sommes censés aider. Il me semblait donc important de faire exister une sorte d'institution fédératrice, qui réunirait éducation, psychologie (analytique, cognitive et sociale), pédagogie, insertion et culture sous un seul et même toit. La démonstration de cette nécessaire complémentarité dans la pratique et dans la théorie étant faite, je me fais maintenant un devoir de la mettre en œuvre face à cette population la plus en besoin et la plus desservie de la psychiatrie et de l'éducation française. Le Centre Adam Shelton a donc ouvert ses portes en février 1997. Son équipe comprend des professionnels de tous bords ; son local a été conçu en collaboration avec ses professionnels pour mieux servir leurs idées. Parmi les innovations qui font parti de notre agrément figure la prise en charge séquentielle, partagée dans le temps et en collaboration avec d'autres institutions partenaires (hôpitaux de jour, CATTP, centre de loisir, autres IME) ainsi que la prise en charge à temps complet sur place. Les postes salariés d'artistes, artisans, animateurs ; et la mission de faire vivre à travers le personnel

²²² HOCHMANN J. , Redonner le goût de penser, p. 14. (79)

²²³ Redonner le goût de penser, op. cit., p. 14. (79)

et le travail une atmosphère de sympathie et de respect palpable pour nos jeunes gens, si singuliers. »²²⁴

3.4.4.1. Le cadre : un espace innovant et inventif

Cet établissement est un externat. Les jeunes patients du Centre A. Shelton ont des troubles psychiques entrant dans la classification de l'autisme ou de la psychose infantile grave associés ou non à des troubles neurologiques des fonctions instrumentales.

L'organisation de l'institution montre une réelle volonté de décloisonnement. Les jeunes se retrouvent chaque jour dans des groupes de vie organisés pour cinq ou six et encadrés par des éducateurs et des infirmiers. Les activités d'éveil, de socialisation et d'apprentissage sont conduites dans le cadre de prise en charge individuelle ou en petit groupe dans lesquels se retrouvent indifféremment tous les enfants. Des temps particuliers d'activités (musique, théâtre, cirque, piscine, éveil cognitif...) regroupent aussi entre eux différents âges. Les activités thérapeutiques sont menées individuellement ou en groupe. Des psychothérapies sont proposées à l'intérieur ou à l'extérieur du Centre. Chaque jeune a un référent qui est l'interlocuteur privilégié pour « la mémoire de son histoire ». Il est garant des projets mis en place.

L'accent est mis sur l'arrivée des jeunes : un musicien est présent chaque matin et contribue à créer dans le centre une ambiance de fête et de convivialité.

3.4.4.2. Le personnel : l'éclectisme des formations

Une des caractéristiques de l'institution est de maintenir une équipe constituée de personnes d'orientations diverses, voire contradictoires afin de décloisonner l'autisme. L'équipe des « psy » : un psychiatre, un psychologue, un psychanalyste, lui-même étant psychologue, comprend plusieurs tendances théoriques (Freud, Tustin, Malher, Lacan, Haag).

Une réunion rassemble toute l'équipe une fois par semaine « pour parler pendant des heures sur un enfant. On fait le tour des activités, les gens ont préparé quelque chose, les éducateurs racontent, ils ne veulent pas interpréter, c'est à l'équipe psy de le faire. »

H. Buten aimerait que tout le monde écrive. Il est question d'une supervision, mais elle n'est pas demandée par tout le personnel. Des questions se posent : « *peut-elle fonctionner si tout le monde n'est pas présent ? avec la direction présente ? Car c'est un déballage, une thérapie de groupe.* »

Le texte consacré à la présentation de l'établissement traduit son atmosphère :

« Nous croyons que la différence n'égal pas forcément la souffrance et que les autistes, bien qu'ils aient leur souffrance à eux, ont aussi leur joie. Nous tenons à faire en sorte que leur souffrance soit diminuée et leur joie exaltée ; à faire en sorte que les autistes soient mieux dans leur peau, même si il s'agit d'une peau d'autiste. »²²⁵

²²⁴ Extrait du site web du Centre Adam Shelton en 1997 (l'adresse actuelle du site est : <http://www.arrowbase.net/adamshelton>).

²²⁵ Extrait du site web du Centre Adam Shelton en 1997 (l'adresse actuelle du site est : <http://www.arrowbase.net/adamshelton>).

Très impliqué dans cette institution dans laquelle il est présent tous les jours, H. Buten insuffle sa façon d'être et ses positions. Le personnel qu'il a soigneusement choisi participe d'un point de vue commun sur l'autisme :

« Nous croyons que les autistes représentent une richesse : une autre voie de communication à apprendre, une autre façon de ressentir le monde à partager, pour nous et pour l'évolution de l'espèce humaine. Celle-ci se fait non à travers la ressemblance mais par l'adaptation à la différence. »²²⁶

H. Buten explique qu'il a des « atomes crochus » particuliers avec cette population. Il décrit cela en disant qu'il sait toujours comment faire avec les jeunes, même s'il ignore comment cela se produit. Il cherche toujours à savoir ce qu'il se passe à l'intérieur pour le jeune, quels ressentis sensoriels il a, qu'est-ce que ça lui fait, à lui, de l'imaginer. H. Buten poursuit,

« Nous nous donnons comme but principal d'entrer en communication avec les autistes par tous les moyens imaginables, et ceci sans a priori, afin de les comprendre. Il nous semble que les autistes peuvent difficilement se remettre sur notre voie de communication. Nous cherchons à nous mettre sur la leur. »²²⁷

En conséquence, la formation en toutes théories et pratiques existantes fait partie des objectifs. Cette institution s'efforce d'articuler les références psychodynamiques avec les références éducatives. Une soignante est partie se former dans une école américaine. Trois personnes ont demandé à être formées à la communication facilitée. (La communication facilitée est une stratégie de communication : la personne autiste apprend à s'exprimer en tapant à la machine avec un doigt ; un partenaire « facilitateur » soutient la main du patient aussi longtemps qu'il en a besoin.) Les réunions sont l'occasion d'un travail de liaison et de compréhension portant sur le jeune et sur les interactions entre le jeune et les adultes.

Très conscient d'être une institution « jeune », H. Buten conclue avec un certain regret : « Après plusieurs années de fonctionnement nous allons être un IME comme les autres. »

3.5. Conclusion

L'institution est présente à tous les niveaux de la société, contribuant à faire tenir ensemble un groupe d'individus et ce pour des objectifs divers.

La situation de groupe fait émerger des angoisses et des mécanismes de défense de type névrotique, mais aussi de type psychotique. Le groupe reproduit les relations d'objets partiels primitives. Il est le réceptacle de ses parties non seulement symbiotiques, non différenciées, mais également fusionnelles. Tout groupe institutionnel peut prendre des colorations diverses : idéalisation, homogénéisation, clivage, banalisation.

Les premiers psychiatres du courant de la psychothérapie institutionnelle, notamment Racamier, se sont rendus compte des sentiments qu'engendre la pathologie psychotique. Ils ont aussi souligné l'importance d'analyser ces vécus et de les utiliser dans le travail auprès des patients. Cette idée reste d'actualité. Tout soignant peut repérer, plus ou moins intuitivement, des mouvements contre-transférentiels dans l'institution dans laquelle il travaille. G. Lucas dans son livre « Folies d'enfance » rapporte un exemple que l'on rencontre fréquemment :

²²⁶ *Ibidem.*

²²⁷ *Ibidem.*

« Un patient présente un comportement difficile, le partage des soucis des uns et des autres à son sujet donne lieu à de multiples échanges où l'expression d'affects variés associe la description des conduites à l'évocation de ses comportements passés et de ce que nous savons de son histoire. [...] et le lendemain, l'état du patient est jugé assez différemment. »²²⁸

En un sens il n'y a pas de différence à la source, entre une situation duelle et une situation institutionnelle, c'est le patient qui en est à l'origine. Le concept de contre-transfert institutionnel a pris de l'envergure jusqu'à parfois devenir une pratique de l'institution toute entière. D'autres manient avec précaution ces notions tirées de l'expérience psychanalytique. D'ailleurs dans un souci de clarté, certains auteurs ont donné des noms différents à la notion de contre-transfert ; Elle est nommée : « contre-attitude » ou encore « contre-vécu » ou « contre-mouvements affectifs ». Il faut remarquer que ces termes sont surtout présents dans la tradition orale mais qu'ils font assez peu l'objet de publications.

Enfin, les exemples de quatre institutions montrent comment celles-ci se structurent à partir de son mythe fondateur, et des expériences personnelles, des méthodes, et des théories. L'institution adopte une configuration de façon à recevoir ses petits patients autistes, c'est pourquoi, en ce sens, je rejoins la position de M. Neyraut selon laquelle le contre-transfert est premier.

Les différents contextes dont nous avons relaté quelques lignes directrices traduisent à travers leurs discours une position contre-transférentielle groupale. Il semble que lorsque l'on travaille avec des enfants autistes, il soit vital de se structurer *contre* un tiers.

Conclusion de la première partie Quatre positions de défense contre-transférentielle dominante chez les soignants : indifférenciation ; fascination ; clivage ; ritualisation

Au cours de cette première partie les trois axes constitutifs de l'hypothèse principale : le contre-transfert, la pathologie autistique et l'institution ont été exposés. Ces différents concepts ont été décrits, approfondis et questionnés à partir de nombreux travaux théorico-cliniques. Cette démarche a conduit à explorer chaque voie, à envisager les points de nouage, et les articulations possibles. Compte tenu de ce nous avons appris, il convient maintenant de déterminer ce qui paraît « contagieux » dans la relation avec l'enfant autiste. Pour cela trois points sont mis en avant. Le premier concerne l'extension du concept de contre-transfert et le choix d'une terminologie ; le second s'intéresse aux mécanismes psychopathologiques prépondérants dans l'autisme infantile ; enfin le dernier point mentionne les contre-attitudes qui semblent le plus fréquemment suscitées au contact de cette pathologie.

1. Extension du concept de contre-transfert et choix d'une terminologie

²²⁸ LUCAS G., *Folies d'enfance*, p. 21. (109)

Dans la première partie de ce travail le concept de contre-transfert a été développé sous ses différents aspects. Au sens freudien, il est avant tout un ensemble de sentiments dont les signes qui en permettent la découverte sont de l'ordre de l'aversion non raisonnée pour un patient, de l'affection ou des préoccupations inhabituelles le concernant. Le concept de contre-transfert freudien ne peut être appliqué « stricto sensu » pour les institutions. Les termes de transfert et de contre-transfert doivent être réservés au domaine propre de la cure psychanalytique. Dans le cadre de cette recherche, il semble plus approprié de parler de manifestations transférentielles plus ou moins bien contrôlées des soignants et de l'institution. Le terme de **contre-attitude** sera utilisé.

2. Spécificité des mécanismes psychopathologiques chez les autistes

Pour de multiples raisons, l'enfant autiste ne parvient pas à repérer des limites et à établir des liens, ce qui ne lui permet pas de jeter les bases de sa différenciation sans une angoisse terrifiante. La principale caractéristique de ces angoisses est qu'elles sont corporelles et par définition indicibles. Les comportements de l'enfant sont autant de manoeuvres défensives pour éviter de les affronter. Leur but est de permettre l'évitement de cette terreur « impensable », sorte de « trou noir », rappelant la séparation psychique trop précoce d'avec la mère. G. Haag évoque des angoisses de chute sans fin, de néantisation dans la liquéfaction, d'engloutissement, de perceptions de trous dans le corps. Les mécanismes de défense sont essentiellement de deux types : l'identification adhésive et le démantèlement.

2.1 L'identification adhésive

L'identification adhésive introduite par E. Bick est une identité trouvée dans l'accolement à l'objet primaire, dans la contenance d'une peau psychique. Ce mode de défense vise à supprimer tout écart entre le sujet et l'objet. La rupture d'un tel mode d'identification est ressentie comme une menace de déchirement. Lors de ces vécus, on assiste fréquemment à des effondrements brutaux du corps ou bien à des agrippements. L'enfant utilise la main de l'adulte comme un prolongement de son corps, se colle contre lui et ne supporte pas l'éloignement, qu'il vit comme un véritable arrachement.

2.2 Le démantèlement

Le mode d'investissement de l'enfant autiste, brut et sensoriel, est dépourvu de capacité de synthèse. Il entraîne un processus de défense par clivage nommé démantèlement. La perception exclusivement sensorielle conduit l'enfant autiste à ne s'intéresser qu'à l'enveloppe de l'objet au détriment de la capacité à se représenter l'intériorité et les mécanismes qu'elle comporte. D. Meltzer fait l'hypothèse que l'enfant autiste structure différemment sa perception du temps à cause de la manière particulière dont il appréhende son environnement et au fait qu'il ne puisse accéder à l'identification projective.

3. Quatre positions de défense contre-transférentielles ou contre-attitudes dominant chez les soignants

Aider l'enfant à renoncer à ses objets autistiques et pouvoir entrer en relation avec lui est une tâche longue, ponctuée de moments de stagnation, et d'impression de retour au même. Les soignants voient leurs capacités à contenir et à organiser leurs affects mises quotidiennement à rude épreuve. La rencontre avec l'enfant autiste fait naître des

sentiments, des émotions et des attitudes qui, en quelque sorte, sont « contagieux » et qui viennent s'exprimer par différentes voies dans le fonctionnement institutionnel.

Quatre contre-attitudes sont retenues: l'indifférenciation, le clivage, la fascination, la ritualisation.

3.1 L'indifférenciation :

La pathologie autistique est un trouble précoce de la personnalité qui touche le fondement de l'identité. L'enfant autiste vit dans un monde dans lequel il y a une indifférenciation entre le monde extérieur et le monde intérieur. L'autiste homogénéise, nie les différences. Il refuse de considérer les choses à distance et

« [...] adhère à leur concrétude, les juxtapose comme autant d'éléments personnalisés d'une série sans les classer en catégorie plus générales. [...] Aucun apprentissage n'est transposable d'une situation à une autre et le mécanisme commun à plusieurs opérations mentales est nié. Chaque opération est reçue comme radicalement nouvelle et fait l'objet d'un nouvel apprentissage. Il s'ensuit un morcellement de la pensée qui fait penser à un déficit symbolique mais qui paraît plutôt lié à une lutte contre les dangers représentés par le symbole, réduit à une chose dont il faut se défaire. »²²⁹

Dans l'institution, l'indifférenciation se manifeste par un groupe institutionnel dont les qualités contenantantes sont défaillantes ; des craintes d'effondrement sont présentes. La sensorialité et le corps, les sensations corporelles, les réactions épidermiques, les accidents corporels sont au premier plan. Un flou dans la différenciation entre soi et l'autre est perceptible. Les événements de la vie du groupe passent sans laisser de trace. Ils ne sont ni gardés à l'intérieur afin de participer à « l'historisation » du groupe, ni élaborés. Dans ce cas là on observe souvent un agrippement entre les membres de l'institution ou bien à une théorie.

3.2 Le clivage

L'enfant autiste, qui n'a pas « d'enveloppe corporelle » fermée, se défend au moyen d'un mécanisme appelé démantèlement. Il s'agit d'un mode de clivage passif et non pas actif tel qu'il est habituellement décrit.

« [...] Dans le démantèlement le moi se « défait », alors que dans le clivage il se « fait » autrement. Dans le clivage nous avons des rapports aux objets qui s'opposent. Dans le démantèlement, ce sont les fils mêmes qui tissent ces rapports qui se « démantèlent ». »²³⁰

Dans le morcellement opéré par l'autiste, il y a une quasi absence de communication et de points de passage entre les différents pans de sa personnalité qui coexistent les uns à côté des autres sans jamais se mêler ni s'influencer.

Lorsqu'une évolution favorable se produit et que l'enfant récupère le sentiment « d'enveloppe corporelle »²³¹ un espace psychique en trois dimensions se forme et permet des clivages plus actifs. D'abord clivage vertical puis horizontal pour enfin intéressé tout le

²²⁹ HOCHMANN J., *Pour soigner l'enfant autiste*, (1^{ère} édition), p. 70. (80)

²³⁰ ATHANASSIOU C., *Les clivages*, p. 1685. (3)

²³¹ HAAG G., Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité, p. 507. (68)

corps. Le mode de défense décrit par M. Klein selon lequel le moi et les objets sont scindés en bons et mauvais est alors accessible.

Dans l'institution, différents niveaux de clivage opèrent :

- On peut observer des équivalents de démantèlement. Les fils qui constituent la trame de l'institution se défont. Des projections massives visent à se débarrasser de l'espace psychique interne de l'institution, sur certains sujets ou à l'extérieur, d'un objet dangereux, « incontenable », considéré comme la cause d'une souffrance intolérable ;
- Dans un clivage plus actif on remarque des disjonctions entre les éléments. Elles s'expriment selon des lignes de partage, ou des fractures, scindant l'institution ; créant ainsi un fonctionnement en bon ou mauvais objet. Dans ce cas l'identification se met fréquemment à fonctionner en attribuant à certaines personnes des sentiments hostiles, des incompétences, des buts destructeurs. Les conflits sont alors fréquents.

3.3 La fascination

Le terme fascination est employé par Kanner dès sa description princeps des onze cas d'autisme. Même si le sens diffère un peu en anglais, l'enfant autiste semble mystérieux et inaccessible. J. Hochmann les décrit ainsi :

« Les enfants autistes inquiètent et fascinent par l'étrange mélange de grâce et de raideur de leurs attitudes. Leur regard noyé dans un horizon invisible, leur refus de communiquer restent énigmatiques. »²³²

Les attitudes d'indifférence et de suffisance caractéristiques de la pathologie autistique peuvent être rapprochées du narcissisme. Freud dans « Pour introduire le narcissisme » le définit de la sorte :

« Il apparaît en effet avec évidence que le narcissisme d'une personne déploie un grand attrait sur ceux qui se sont dessaisis de toute la mesure de leur propre narcissisme et sont en quête de l'amour d'objet ; le charme de l'enfant repose en bonne partie sur son narcissisme, le fait qu'il se suffit à lui-même, son inaccessibilité ; de même le charme de certains animaux qui semblent ne pas se soucier de nous, comme les chats et les grands animaux de proie ; et même le grand criminel et l'humoriste forcent notre intérêt, lorsque la poésie nous les représente, par ce narcissisme conséquent qu'ils savent montrer en tenant à distance de leur moi tout ce qui le diminuerait. C'est comme si nous les envions pour l'état psychique bienheureux qu'ils maintiennent, pour une position inattaquable que nous avons nous-mêmes abandonnée par la suite. »²³³

Dans l'institution la fascination pour l'enfant entraîne la constitution de duos narcissiques : les soignants qui essaient de communiquer et de nouer des relations avec l'enfant autiste, se sentent peu à peu, à leur tour, coupés du monde.

De même comme le souligne J. Hochmann

« Il n'y a pas que l'enfant autiste qui est fascinant ; les différents modèles théorico-cliniques de l'autisme infantile, ainsi que les pratiques éducatives

²³² Cordélia ou le silence des sirènes, op. cit., p. 29. (74)

²³³ Pour introduire le narcissisme, op. cit., p. 94. (48)

ou thérapeutiques qui découlent de chacun d'eux, fascinent à leur tour leurs adeptes. »²³⁴

Dans ces conditions, les théories sortent de leur fonction habituelle. Investies brusquement à la manière d'un coup de foudre, utilisées de manière univoque, idéalisées, elles ne sont plus un outil de réflexion et d'ouverture pour les équipes soignantes.

3.4 La ritualisation

« Les enfants autistes ignorent la nostalgie. Incapables d'un deuil, ils voudraient retrouver le passé dans sa perfection, avec toutes les qualités concrètes de la présence. »²³⁵

L'autiste reproduit un monde identique à lui-même, car il ne supporte pas le changement. Les stéréotypies qu'il utilise chaque fois qu'il se sent menacé lui apportent un halo protecteur et lui permettent de ne pas penser une réalité trop douloureuse.

Certaines institutions se conduisent de la même manière. A la longue, le manque de perméabilité et de nouveauté donne un fonctionnement rempli d'activités monotones et de retour perpétuel à l'identique. L'investissement des tâches secondaires s'avère être une mesure pour ne pas penser. Les affects sont mis à distance. L'institution se ferme et se pétrifie, cesse de travailler avec l'extérieur. Prisonnière d'un cercle sans fin, son champ de pensée se réduit à quelques idées-clés posées comme des évidences irréfutables. Elle est alors dans l'incapacité de créer et de s'illusionner.

Les hypothèses de travail

1. L'hypothèse principale peut se formuler de la manière suivante :

L'autisme infantile par la singularité de ses modalités d'expression « contagionne » (c'est à dire contagine) les membres des équipes thérapeutiques, éducatives ou pédagogiques. Il est de plus possible de parler des mécanismes mis en jeu à cette occasion en termes de contre-attitude.

L'hypothèse principale se subdivise en cinq sous hypothèses :

Hypothèse A

La « contagion » de l'autisme peut être décrite comme une combinaison de positions contre-transférentielles ou contre-attitudes au nombre de quatre, que nous avons appelées indifférenciation, fascination, clivage, et ritualisation.

Le terme « position » est employé pour indiquer que les défenses institutionnelles ne sont pas forcément fixées définitivement.

Hypothèse B

²³⁴ Cordélia ou le silence des sirènes, op. cit., p. 36. (74)

²³⁵ Pour soigner l'enfant autiste, op. cit., p. 266. (72)

L'institution peut se figer dans une position particulière qui engendre des perturbations dans les dispositifs de contention et de transformation des anxiétés primitives.

L'institution est entendue comme fonctionnement de grand groupe impliquant patients et équipes. Les principes, les objectifs, les options théoriques et pratiques des personnels sont pris en compte. Il s'agit de retenir la forme particulière d'une institution à un moment donné.

Hypothèse C

L'institution par le biais de son personnel peut trouver des stratégies novatrices.

Hypothèse D

On peut retrouver des constantes dans les modes de contagion et identifier une composante indépendante de la personnalité.

Hypothèse E

Prendre en compte ces contre-attitudes est utile au bon fonctionnement de l'institution. Les institutions qui ne le font pas sont davantage sujettes à la « contagion » par la pathologie autistique.

Deuxième partie Nos hypothèses confrontées aux réalités de six institutions et de certains de leurs soignants

« A. Comte et Saint Simon disaient : Savoir afin de pouvoir » L. Leprince Ringuet. Testament d'un scientifique.

Introduction de la deuxième partie

La seconde partie est consacrée aux institutions qui ont fait l'objet de ma recherche sur le terrain.

Mon choix s'est porté sur une approche de l'environnement thérapeutique. En effet, l'autisme infantile a été abordé par l'enquête auprès des institutions au moyen d'un questionnaire et par l'interview de personnels de ces mêmes institutions.

Après avoir décrit la méthode de recherche, je précise les critiques de la méthode et le traitement du matériel, puis je décris le résultat de la confrontation des hypothèses aux observations.

Les positions de défense contre-transférentielles des institutions sont abordées selon plusieurs aspects :

- En fonction des réponses obtenues au questionnaire. Les lignes de conduite des institutions traduisent-elles des indications sur les positions contre-transférentielles ?
- En fonction des interview. Les points de vue contre-transférentiels des soignants sont étudiés selon deux aspects : individuel et groupal.

Dans cette démarche, je tiens compte à la fois des particularités de chaque institution, de sa propre histoire, de ses origines, de ses principes, de ses objectifs et comment à travers ses soignants elle répond à sa population d'enfants autistes.

Je termine par une tentative d'établir un certain nombre de types de « maladies institutionnelles » en relation avec la pathologie autistique.

Méthodologie

Avant-propos

Dans cette recherche, j'ai recueilli des données et des témoignages de professionnels travaillant avec des enfants autistes. J'ai écouté des discours. Je n'ai pas cherché une visée thérapeutique. Le mode d'intervention dans l'institution était limité et je n'ai pas essayé de participer aux activités pratiquées. J'ai tenté de me tenir dans une position de neutralité et d'effacement afin que les personnes puissent s'exprimer librement.

Quant au propre contre-transfert du chercheur, il n'est pas possible (et pas souhaitable) d'en faire abstraction. Pour G. Devereux il est fondamental :

« Chaque expérience comporte deux événements discrets auprès de l'observateur : l'un auprès de l'observateur, l'autre auprès de l'observé. »²³⁶

Autrement dit, le chercheur, situé dans un lieu particulier, est soumis aux conditions de ce lieu et aux moyens d'investigation dont il dispose. Il étudie ce qu'il suppose lui parvenir de l'autre en fonction de sa propre réceptivité.

Mon appartenance professionnelle, psychologue clinicienne dans un hôpital de jour pour enfants, travaillant dans une optique psychodynamique, mon activité de recherche, sous la direction de J. Hochmann, bien connu des professionnels pour ses travaux sur la psychose et l'autisme, a donc donné une tonalité particulière à chaque rencontre.

« [...] le chercheur est émotionnellement impliqué dans son matériau, auquel il s'identifie ; ce qui en dernière analyse, rend l'angoisse inévitable et conduit aux réactions de contre-transfert. »²³⁷

La nécessité pour la recherche d'interviewer des professionnels m'a conduit à écouter des personnes ayant des formations parfois radicalement différentes des miennes. Cette situation a eu des répercussions émotionnelles sur moi-même. Ma position d'auditeur m'a fait tour à tour éprouver le sentiment d'être une collègue, une étrangère, enfin pour quelques personnes d'être quelqu'un à convaincre. Dans tous les cas j'ai été le dépositaire et le messager d'une parole.

Remarques déontologiques

En accord avec les institutions, je ne citerai ni nom ni lieu géographique.

Du fait de mon statut de psychologue clinicienne dans un hôpital de jour, j'ai choisi de ne pas interviewer mes collègues de travail. La grande proximité avec l'objet de recherche aurait occasionné, me semble-t-il, des interférences dans mes relations professionnelles.

Méthode de recherche et de recueil d'informations

J'ai choisi diverses institutions recevant des enfants autistes. Ces institutions sont de nature différente : soignante, éducative et pédagogique.

Premier volet : le questionnaire

Afin de collecter les informations utiles à la recherche, j'ai dans un premier temps sélectionné une vingtaine d'institutions dans les secteurs pédopsychiatrique et éducatif de la région Rhône Alpes, le critère principal étant qu'elles accueillent des enfants autistes. Lors de cette première démarche, j'ai été aidée par les psychiatres avec lesquels je travaille. Ils

²³⁶ DEVEREUX G., *De la méthode à l'angoisse*, p. 62. (31)

²³⁷ *De la méthode à l'angoisse*, op. cit., p. 30. (31)

ont eu un rôle « facilitateur » en prenant la plupart du temps des contacts directs avec les psychiatres ou les directeurs responsables des établissements. Les données statistiques étant restreintes, le lecteur est renvoyé à une enquête²³⁸ réalisée par la D.R.A.S.S auprès des structures prenant en charge des autistes dans la région Rhône Alpes.

La seconde étape a consisté à envoyer une lettre accompagnée d'un questionnaire. La lettre (annexe A) expose le thème de la recherche de façon brève et suffisamment explicite. De plus, elle argumente l'intérêt que peut avoir la recherche pour l'institution. En effet, les institutions sont très sollicitées et leur demander une participation à une recherche n'est pas chose aisée. Le contenu de la lettre est conçu pour ne pas apparaître trop menaçant ou indiscret. Aussi le terme de « contre-transfert » n'a pas été employé. Une formulation plus neutre évoque les mises en œuvre, les qualités et les inconvénients ainsi que les modes de différentes prises en charge par les professionnels. La lettre comporte deux possibilités : répondre uniquement au questionnaire, ou en option, accepter d'apporter son témoignage oral.

Le questionnaire vise à recueillir des informations sur le fonctionnement de l'institution : son organisation, ses techniques, ses comportements professionnels. Il est bâti en deux grandes parties intitulées « L'établissement » et « Les enfants autistes ». (Annexe A)

Les informations générales sont :

- le nom de l'institution ;
- sa date de création ;
- sa nature ;
- ses modifications éventuelles ;
- la population accueillie et plus particulièrement les pathologies répertoriées selon la classification française (C.F.T.M.E.A).

La deuxième partie concerne plus spécifiquement les enfants autistes. Les rubriques sont les suivantes :

- le nombre d'enfants autistes accueillis par institution ; cela donne une indication sur la capacité d'accueil et le choix des institutions ;
- la forme spécifique d'autisme (Kanner, autisme atypique, maladies connues et associées) - il m'est apparu important de connaître le nombre d'enfants mutiques, l'absence de parole étant un élément difficile à supporter dans la relation avec l'enfant autiste ;
- les modalités de prise en charge ; elles font l'objet de questionnement dans trois grands domaines : les activités éducatives, artistiques, corporelles ; les rééducations orthophonique et psychomotrice, les psychothérapies - les questions sous-jacentes sont : y a-t-il des modalités de prise en charge particulières à chaque catégorie d'établissement (entre IME et HJ) ou bien est-ce semblable ? y a-t-il plus de pratique de groupe dans l'un que dans l'autre ?
- la scolarité des enfants ; se fait-elle à l'intérieur de l'établissement ou en dehors ?
- les formations des soignants en matière d'autisme infantile ; sont-elles fréquentes et dans quelle orientation, généralistes ou spécifiques ?
- les différents partenaires ; il est intéressant de connaître les établissements partenaires ; la pathologie autistique ayant tendance à isoler, l'idée du partenariat allait-elle être lisible ?

L'identité, même partielle, de la personne qui a renseigné le questionnaire est demandée.

²³⁸ Plan d'Action Régional sur l'Autisme, Région Rhône Alpes, novembre 1996.

La formulation laisse à plusieurs personnes la possibilité de répondre.

Au terme de l'arrêt de la prise en compte des questionnaires, j'en ai totalisé dix neuf.

Deuxième volet : les entretiens

La deuxième grande étape a consisté à prendre contact avec les institutions qui avaient répondu favorablement à ma demande d'entretien. Une série d'enquêtes par interviews a été réalisée dans six institutions : trois dans le secteur de psychiatrie infantile, deux dans le secteur médico-éducatif (dont une avec internat), et une dans le secteur pédagogique.

- Le secteur de psychiatrie infantile
 - Un hôpital de jour de création récente. Il est issu du redéploiement d'un secteur de psychiatrie. Le personnel est constitué de soignants venant des anciens services et ayant pour la plupart une longue expérience et des formations tant psychanalytiques qu'éducatives. Nous avons rencontré une éducatrice, une monitrice éducatrice, et trois infirmiers.
 - Une unité d'internat. L'unité n'existe plus aujourd'hui. Une infirmière appartenant à l'hôpital de jour cité précédemment m'a fait part de son expérience dans cette unité d'internat.
 - Un hôpital de jour créé depuis 1975. Son fonctionnement est très psychanalytique. C'est l'hôpital de jour qui accueille le plus d'enfants autistes. Nous avons rencontré une éducatrice, deux infirmières, et une puéricultrice.
- Le secteur médico-éducatif
 - Un institut médico-éducatif (IME) avec internat. Depuis 1993, cet établissement a une section d'enfants et d'adolescents autistes. La méthode TEACCH est utilisée depuis la création. Nous avons interviewé quatre éducateurs.
 - Un institut médico-éducatif qui dispose de deux structures : une en externat qui reçoit très peu d'enfants autistes, une en internat qui accueille un groupe d'autistes. L'approche est une méthode éducative « classique ». Nous avons rencontré deux éducatrices. L'une d'elles a travaillé dans chacune des deux structures citées ci-dessus.
- Le secteur pédagogique
 - Une classe d'intégration scolaire qui existe depuis 1971. Elle fut d'abord une classe de perfectionnement annexée à une école élémentaire. L'enseignante a acquis une grande expérience puisqu'elle exerce son activité depuis l'ouverture. La prise en compte de ce témoignage n'était pas prévu puisqu'il se situe aux limites de mon champ d'investigation. Néanmoins, sa richesse me pousse à en tenir compte.

Troisième volet : une tentative ouverte de prise de contact par Internet

Parallèlement à la voie de contact par courrier, j'ai eu l'opportunité d'obtenir des informations au moyen d'un outil de communication novateur : Internet. J'ai disposé pendant plusieurs mois d'une page d'annonce (Annexe E) éditée sur le « World Wide Web ». (Le « World Wide Web » est un ensemble de documents multimédias reliés entre eux et véhiculés par Internet). Le site web intitulé « Recherche d'informations sur l'autisme infantile » référencé et

indexé par des mots clés sur des moteurs de recherche (qui sont des moyens de recherche d'information sur le World Wide Web) pouvait donc être consulté dans le monde entier à l'aide des mots-clés suivants : autisme infantile, psychose, contre-transfert, psychanalyse, psychologie, éducation. Le contenu de la page Internet semblable à celui de la lettre d'accompagnement indique que je recherche des informations et donne la possibilité de réclamer le questionnaire. La communication engendrée par le site web passe par la voie des courriers électroniques. L'information recueillie s'est avérée volumineuse et diverse. Les échanges ont toujours été fructueux, parfois inattendus. Elle comprend :

- des réponses au questionnaire : ce sont des psychologues, des infirmiers, des éducateurs travaillant dans des institutions françaises ; un questionnaire a été complété par un psychologue Libanais ;
- un contact avec un directeur d'établissement a débouché sur un entretien ;
- des références bibliographiques : j'ai reçu des références bibliographiques ; je me suis également inscrite au forum sur l'autisme sur le réseau INSERM ; des étudiants travaillant sur le même sujet m'ont également demandé des références ;
- des contacts avec l'association Autisme France : j'ai eu quelques échanges de courrier - nous devons dire que la psychologie cognitive occupe une grande place sur le World Wide Web.
- des témoignages spontanés de parents ayant un enfant autiste ; ce sont exclusivement des canadiens qui ont écrit. Ils utilisent pour la plupart des méthodes de traitement éducatives.

Modalités opératoires des entretiens

Prises de rendez-vous

Les personnes concernées ont été contactées par téléphone. Dans un premier temps, j'ai rencontré le directeur de l'établissement (pour les Instituts Médico-Educatifs) ou le médecin responsable du service (pour les Hôpitaux de Jour) ou directement l'enseignant pour les classes d'intégration scolaire. Au cours d'une deuxième étape, j'ai présenté oralement mon projet de recherche devant l'équipe. Les personnes intéressées se sont portées volontaires immédiatement ou m'ont contactée par la suite.

La collecte des informations

Menés auprès des équipes, ils n'ont pas la visée diagnostic et thérapeutique. L'objectif n'a pas été de créer un cadre reproductible permettant une élaboration par les sujets, mais de favoriser le discours de chacun afin d'obtenir des informations concernant leur expérience de travail avec des enfants autistes. Ce sont des entretiens en profondeur. J'ai suggéré le domaine à explorer essentiellement par la consigne. Des questions non formulées à l'avance ont été posées lorsque j'ai souhaité obtenir des réponses dans des domaines précis de ma recherche.

Déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu dans les établissements. L'intervention débutait par «Parlez-moi de votre expérience de travail avec les enfants autistes ». J'ai préféré l'utilisation de mots simples, dont le sens est clair, à des mots savants. Le terme de contre-transfert ou de contre-attitude apparaissait trop spécifique pour être compris par tout le monde. De plus, il

pouvait induire un a priori, une méfiance de la personne. Le choix du mot expérience (« Votre expérience ») vise à éviter les réponses trop impersonnelles ou trop rationalisées. La durée a varié de une heure à quatre heures. Selon les institutions, la disponibilité horaire des personnes, les souhaits de chacun, j'ai rencontré de une à quatre personnes. Les entretiens sont pour la plupart enregistrés sur bandes magnétiques, sauf dans quelques situations où les personnes ont souhaité que ce ne soit pas le cas. L'assurance d'un retour de ce travail sous forme d'un compte rendu oral a été donnée.

Critiques et but de la méthode

Je me suis pliée aux aléas de la recherche, parfois obligée de modifier ma stratégie afin de tenir compte des souhaits des personnes. Chaque nouvelle rencontre, a révélé des enjeux ignorés.

Le psychologue chercheur sort de ses pratiques habituelles qui consistent à écouter ses patients dans une attitude de réserve qui détermine la possibilité de la mise en place d'une relation de transfert. L'engagement dans la recherche le met en position de demander, d'interroger et de mettre à jour des zones « en souffrance ». Nous savons combien l'autisme est un sujet qui peut déranger, bousculer les rouages bien huilés de l'institution.

Chaque entretien est un cas singulier, il s'inscrit dans la découverte, la surprise, voire le paradoxe. Puisqu'un cas unique ne renseigne pas sur tout ce qu'on voudrait savoir mon but était d'avoir un panorama. C'est aussi pourquoi, d'un point de vue pragmatique, j'ai essayé d'obtenir autant d'informations que possible. La méthode s'est constituée sur les bases de la clinique et des entretiens. La méthode clinique a été le moyen de tenter de cerner les vécus antérieurs et actuels des témoins. Deux questions posées par N. Jeammet m'ont interrogée ; La première est :

« Quelle crédibilité accorder à un discours dans lequel quelqu'un raconte son expérience ? »²³⁹

Il s'agit dans notre cas du discours particulier d'un professionnel à qui il est demandé de raconter son expérience de travail avec les enfants autistes.

La seconde question est :

« [...] de quelle « réalité » historique allait-il être question dans ces récits ? »²⁴⁰

On peut remarquer que pour quelque événement que ce soit, on ne peut dire la distance qui peut exister entre ce qui a pu se passer à un moment donné, le souvenir qui en a résulté et le discours à partir de ce souvenir.

« La vérité historique de quelqu'un n'est jamais une donnée brute, mais une création éminemment personnelle. Mais ce que nous pouvons soutenir, c'est que ces récits ont toujours été un essai d'intelligibilité de soi. »²⁴¹

Ainsi les personnes ont navigué le long de leur parcours professionnel, selon une progression et introduisant des incursions dans leur passé.

²³⁹ JEAMMET N., *Ebauche d'une méthodologie dans le champ de la recherche clinique*, p. 463. (85)

²⁴⁰ *Ibidem*, p. 463. (85)

²⁴¹ *Ebauche d'une méthodologie dans le champ de la recherche clinique*, op. cit., p. 464. (85)

Les diverses pratiques sont très précieuses mais il faut souligner que l'expérience a ses limites internes et que sa portée externe est très limitée. Il n'y a rien qui subisse plus fortement l'entropie sous l'effet du ressentiment, de l'oubli, ou de la déformation.

Traitement du matériel

Les données sont de deux ordres différents, quantitatif et qualitatif. En conséquence, elles sont traitées de deux manières.

Les réponses au questionnaire

Les questions fermées permettent d'obtenir des données chiffrées. Des représentations graphiques sont disponibles en Annexe C et font l'objet de commentaires.

Les données concernant les classes d'intégration scolaire (CLIS) occupent une place à part. En fait, les instituteurs ne sont pas « habilités » à donner des diagnostics. Dans les autres institutions c'est le psychiatre ou le psychologue qui l'a fait.

Les éléments d'organisation institutionnelle sont utilisés dans la présentation de chaque institution et figurent en annexe B.

Les interviews

J'ai travaillé à partir des textes retranscrits. J'ai analysé chaque texte en privilégiant:

- L'aspect individuel : le déroulement du discours, ses articulations, le genre de discours employé (personnel, impersonnel, théorique) ; deux axes : l'axe diachronique, l'expérience replacée dans une histoire linéaire (passé, présent, futur) ; et l'axe synchronique, c'est à dire la reconstruction présente ; les quatre contre-attitudes définies (indifférentiation, clivage, idéalisation, banalisation).
- L'aspect institutionnel et groupal : les données institutionnelles (nature de l'institution, dispositif particulier, organisation des temps de réunion et de formation).

La synthèse

La synthèse est un essai de mise en perspective des aspects individuels et groupaux et des positions contre-transférentielles (ou contre-attitudes) traitées dans les deux chapitres précédents. Les différents types d'institutions qui se dégagent constituent un profil ressaisissant après coup les aspects à la fois organisateurs et invalidants de ces positions institutionnelles. Je ne prendrai pas parti pour une position dans la mesure où il n'y a pas de « bonne » solution. Je souligne ce qui peut être dynamisant pour une institution.

Chapitre 4. Configuration structurelle et imaginaire des institutions questionnées

« Toute institution réelle se double d'une institution imaginaire qui est le lieu de nouage des liaisons affectives primaires. » B. Chouvier et T. Maillefaud. L'institution imaginaire.

4.1. Préambule

Elaboré à partir d'un canevas prédéfini, le questionnaire apporte un certain nombre de données sur le fonctionnement des institutions. Ces données institutionnelles sont désignées par P. Fustier comme étant la « superstructure » d'une institution.

« Ce sont les caractéristiques formelles, l'organisation, les gestes techniques, les compétences, le profil et les comportements professionnels de ses membres. Elle est ce que l'institution donne à voir d'elle-même lorsque l'on en décrit les modalités. »²⁴²

Les données font l'objet de commentaires à partir d'une lecture exhaustive des dix neuf questionnaires. Seulement deux rubriques reçoivent une exploitation quantitative ; il s'agit des pathologies et de l'âge des enfants autistes.

En 4.3, je tente de repérer les aspects contre-transférentiels qui pourraient apparaître grâce aux questionnaires. A l'opposé de l'exercice oral, le questionnaire est un parcours balisé dans lequel il convient de répondre par écrit à des choix multiples et éventuellement de préciser des réponses. Néanmoins tout écrit, aussi « objectif » soit-il, est lu et interprété.

4.2. Présentation générale des établissements questionnés

4.2.1. Les établissements

Les informations concernant chaque établissement sont ordonnées de la manière suivante : date de création ; mission ; modifications ; population concernée ; pathologie, nombre d'enfants autistes.

²⁴² *L'infrastructure imaginaire des institutions, op. cit., p. 130. (54)*

HOPITAL DE JOUR N°1

Date de création 1995
Mission *soins*
Modifications
Population concernée *enfants sans limites d'âge jusqu'à 16 ans*
Pathologie *psychoses, troubles de la personnalité*
Nombre d'enfants autistes 6

HOPITAL DE JOUR N°2

Date de création 1985
Mission *soins*
Modifications *nouveaux locaux*
Population concernée *enfants du secteur*
Pathologie *psychoses, troubles névrotiques, troubles de la personnalité*
Nombre d'enfants autistes 20

HOPITAL DE JOUR N°3

Date de création 1975
Mission *soins*
Modifications *suppression de postes infirmiers et orthophoniques*
Population concernée *enfants secteur géographique*
Pathologie ... *psychoses, déficiences mentales associées, troubles de la personnalité*
Nombre d'enfants autistes 16

HOPITAL DE JOUR N°4

Date de création 1981
Mission *soins*
Modifications *nouveaux locaux*
Population concernée *enfants de deux à douze ans*
Pathologie *psychoses, troubles névrotiques, troubles de la personnalité*
Nombre d'enfants autistes 4

HOPITAL DE JOUR N°5

Date de création..... 1981
Mission..... soins
Modifications..... création de services, nouveaux locaux
Population concernée..... enfants de cinq à quatorze ans
Pathologie..... psychoses, autres (autisme, trouble psychotique à inscription génétique, troubles du comportement)
Nombre d'enfants autistes..... 7

HOPITAL DE JOUR N°6

Date de création..... (non fournie)
Mission..... soins
Modifications..... agrandissement des locaux
Population concernée..... (non fournie)
Pathologie..... psychoses, troubles névrotiques, pathologies de la personnalité, troubles des fonctions instrumentales ; troubles à expression somatique, autres (autisme)
Nombre d'enfants autistes..... 2

HOPITAL DE JOUR N°7

Date de création..... 1978
Mission..... soins
Modifications..... néant
Population concernée..... enfants de deux à huit ans
Pathologie..... psychoses, troubles névrotiques, pathologies de la personnalité, troubles réactionnels, troubles à expression somatique, autres (autismes)
Nombre d'enfants autistes..... 9

HOPITAL DE JOUR N°8

Date de création..... (non fournie)
Mission..... soins
Modifications..... création d'un CATT
Population concernée..... enfants de un à six ans
Pathologie..... psychoses, pathologies de la personnalité
Nombre d'enfants autistes..... 8

HOPITAL DE JOUR N°9

Date de création..... 1987
Mission..... soins et éducation
Modifications..... création d'un hôpital de jour pour adolescents
Population concernée..... enfants de un à six ans
Pathologie..... psychoses, pathologies de la personnalité
Nombre d'enfants autistes..... 20

INSTITUT MEDICO-EDUCATIF N°1

Date de création 1966
Mission *éducation*
Modifications *internat de week-end et internat pour polyhandicapés*
Population concernée *enfants de six à 20 ans*
Pathologie *psychoses, troubles névrotiques, pathologies de la personnalité, déficiences mentales*
Nombre d'enfants autistes 8

INSTITUT MEDICO-EDUCATIF N°2

Date de création 1978
Mission *éducation*
Modifications *service de soins et d'éducation à domicile*
Population concernée *enfants déficients intellectuels légers et moyens*
Pathologie *psychoses, pathologies de la personnalité, déficiences mentales*
Nombre d'enfants autistes 11

INSTITUT MEDICO-EDUCATIF N°3

Date de création 1997
Mission *éducation*
Modifications *néant*
Population concernée *enfants de dix à vingt ans autistes et psychotiques*
Pathologie *psychoses*
Nombre d'enfants autistes 31

INSTITUT MEDICO-EDUCATIF N°4

Date de création 1962
Mission *éducation*
Modifications *création de service*
Population concernée *enfants de six à vingt ans déficients mentaux profonds*
Pathologie *psychoses, déficiences mentales*
Nombre d'enfants autistes 15

INSTITUT MEDICO-EDUCATIF N°5

Date de création *(non fournie)*
Mission *soins et éducation*
Modifications *néant*
Population concernée *enfants de six à vingt ans polyhandicapés et enfants autistes gravement déficitaires*
Pathologie *pathologies de la personnalité, déficiences mentales, troubles des fonctions instrumentales*
Nombre d'enfants autistes 8

CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL (CATTP) N°1

Date de création 1992
Mission *soins et éducation*
Modifications *néant*
Population concernée *enfants de cinq à douze ans autistes*
Pathologie *psychoses*
Nombre d'enfants autistes 5

STRUCTURE D'EDUCATION SPECIALISEE ET DE SOINS A DOMICILE (SESSD) N°1

Date de création 1995
Mission *éducation*
Modifications
Population concernée *enfants autistes*
Pathologie *psychoses*
Nombre d'enfants autistes 9

STRUCTURE D'EDUCATION SPECIALISEE ET DE SOINS A DOMICILE (SESSD) N°2

Date de création 1992
Mission *éducation*
Modifications *néant*
Population concernée *enfants autistes*
Pathologie *psychoses*
Nombre d'enfants autistes 5

CLASSE D'INTEGRATION SPECIALISEE (CLIS) N°1

Date de création 1996
Mission *scolarisation*
Modifications *néant*
Population concernée *enfants de sept à douze ans en échec scolaire*
Pathologie *pathologies de la personnalité, déficiences mentales (trisomie)*
Nombre d'enfants autistes 0

CLASSE D'INTEGRATION SPECIALISEE (CLIS) N°2

Date de création 1975
Mission *scolarisation*
Modifications *néant*
Population concernée *enfants de sept à douze ans en échec scolaire*
Pathologie *pathologies de la personnalité, déficiences mentales (trisomie)*
Nombre d'enfants autistes 6

4.2.2. L'organisation des institutions

A travers les réponses données sur l'organisation institutionnelle, apparaissent les lignes de travail qui constituent la singularité de chaque institution.

4.2.2.1. Pathologies de la population reçue dans les institutions

Les données recueillies indiquent une dispersion importante des pathologies dans les hôpitaux de jour. La catégorie « déficiences mentales » est rarement retenue. En revanche, les catégories « psychoses » et « pathologies de la personnalité » représentent 50 % de la population accueillie. Dans les instituts médico-éducatifs deux diagnostics recouvrent 75 % des cas: Il s'agit des psychoses et des déficiences mentales.

4.2.2.2. La répartition des enfants en fonction de l'âge

Deux réserves de lecture s'imposent :

- J'ignore le nombre total d'enfants accueillis dans les établissements ayant répondu au questionnaire. Il est donc impossible de définir le pourcentage d'enfants autistes que cela représente. Dans mon enquête le nombre d'enfants autistes est de 167 ; soit 75 pour les IME, 92 pour les hôpitaux de jour. La répartition suivant le sexe est la suivante : 55 filles pour 112 garçons. Il est important de noter que l'on retrouve, dans les établissements d'éducation spécialisée, des situations identiques à celles qui ont été relevées dans les institutions psychiatriques. Ainsi constate-t-on une majorité de garçons. Cela correspond à la définition de l'autisme où davantage de garçons sont atteints.
- La rubrique « capacité maximale d'accueil » est inexploitable du fait que les réponses semblent renvoyer tantôt à la capacité totale de la structure répondante, tantôt à la capacité d'accueil des autistes.

D'après mes données, je constate que la majorité des enfants autistes et psychotiques se répartit principalement entre deux dispositifs d'accueil : le dispositif associatif médico-social et le dispositif psychiatrique public. Les enfants autistes sont plus rarement pris en charge par les services de soins à domicile et les classes d'intégration (catégorie « autres »). Les tranches d'âge annoncées par les différentes institutions corroborent ce qui vient d'être énoncé. Les enfants de trois à douze ans sont suivis par le secteur de psychiatrie infanto-juvénile à 80 %. Le travail thérapeutique s'effectue lorsque l'enfant est jeune. Les instituts médico-éducatifs accueillent les enfants à partir de sept-douze ans. On peut souligner qu'à l'âge de douze ans, la tendance observée dans les hôpitaux de jour s'inverse : 70 % des enfants de plus douze ans sont en institut médico-éducatif et le resteront jusqu'à l'âge adulte.

4.2.2.3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

- La fréquentation

Les hôpitaux de jour privilégient les temps séquentiels. Les instituts médico-éducatifs reçoivent les enfants à plein temps et en internat selon leur agrément. Des temps partiels se profilent, c'est le cas des jeunes autistes qui quittent progressivement l'hôpital de jour pour intégrer l'Institut Médico-Educatif. Cette continuité est un élément positif apprécié des familles et des équipes soignantes.

- Place des activités, des rééducations et des psychothérapies

Globalement, psychothérapies, rééducation et éducation sont pratiquées tant en milieu psychiatrique et qu'en milieu éducatif.

Hôpitaux de jour et instituts médico-éducatifs proposent tout deux des activités telles que la piscine, le poney, la peinture... A première vue, peu de différences sont marquées. Dans mon enquête, un seul hôpital de jour se définit autrement : il ne propose pas des « activités » mais dispense uniquement des « soins individuels ».

Le principe de l'hôpital de jour selon lequel il faut agir précocement et intensivement est mis en évidence par un nombre plus important de rééducations orthophoniques et psychomotrices que dans les instituts médico-éducatifs. A cela il faut ajouter deux remarques : - les institutions de soins disposent normalement d'équipes pluridisciplinaires comprenant : des infirmiers, des éducateurs, un orthophoniste, un psychomotricien, un psychiatre, un psychologue ; - ces établissements ont un effectif d'enfants moins important que les instituts médico-éducatifs. Compte tenu de ces conditions on peut remarquer que le travail en groupe est fréquemment pratiqué dans les hôpitaux de jour. Les effectifs des

groupes sont légèrement supérieurs à ceux que l'on retrouve dans les instituts médico-éducatifs.

- **Scolarité**

Dans les faits, un nombre important d'enfants autistes ne bénéficie pas de scolarité. Dans l'enquête les réponses concernant la scolarité reflètent cette lacune.

En ce qui concerne la catégorie « autres », représentée par des institutions récentes (les services de soins à domicile et les centres d'accueil à temps partiels), la scolarité des enfants autistes s'effectue toujours à l'extérieur, réalisant la demande des parents. A l'inverse, pour les instituts médico-éducatifs, la scolarité, quand elle a lieu, se déroule toujours à l'intérieur de l'institution. Les instituts médico-éducatifs peuvent difficilement intégrer, dans des structures externes, des jeunes autistes en nombre important. Les hôpitaux de jour, quant à eux, offrent des réponses multiples. Les enfants autistes sont scolarisés à l'intérieur de l'hôpital, maintenus ou introduits en milieu ordinaire de façon partielle la plupart du temps, ou encore intégrés dans la classe « externalisée » de l'hôpital de jour.

- **Formation des professionnels**

Deux grandes tendances se dessinent dans les réponses apportées. Actuellement, lorsque les personnels des instituts médico-éducatifs se forment, il s'agit toujours d'une formation spécifique à l'autisme (notamment la méthode TEACCH). Ces pratiques éducatives spécifiques ont pour objectif d'améliorer les capacités existantes de l'enfant et d'être appliquées quotidiennement. C'est également le cas pour les personnels de la catégorie « autres ». En revanche, les soignants en psychiatrie recourent à une large palette de formations est représentée : participation à des conférences, lectures personnelles ou de groupe, formations spécifiques comme la musicothérapie, la balnéothérapie ou la formation analytique. La dimension psychologique et relationnelle dans l'abord des autistes est préférée. Une part de formation personnelle est clairement privilégiée. Le soignant choisit sa formation selon ses inclinations personnelles et théoriques.

- **Les partenaires**

Les institutions, toutes catégories confondues, font état de nombreux partenaires. D'après les données, les institutions, bien qu'accueillant des enfants autistes ne semblent pas isolées. On peut suggérer que la pratique de réseaux développée depuis quelques années aussi bien dans le secteur médico-social que dans le secteur psychiatrique montre qu'il est important d'établir des liens avec d'autres institutions.

Plus précisément, ce sont les instituts médico-éducatifs qui totalisent le plus de co-partenaires avec notamment l'entourage, les associations. Ce fait peut traduire la volonté de s'ouvrir sur l'extérieur et de rechercher de nouveaux partenaires susceptibles d'apporter une prise en charge différente des enfants. Dans ce sens, il faut souligner que la qualité des liens mis en place entre service psychiatrique et service éducatif est toujours un élément « facilitateur » pour l'orientation des enfants et des adolescents.

Pour les hôpitaux de jour, les co-partenaires sont principalement constitués par l'entourage et les professionnels de santé. Les équipes d'hôpitaux de jour établissent des relations de grande proximité avec les familles. Les parents participent aux soins de l'enfant lors de rencontres régulières avec un ou deux membres de l'équipe soignante. Centrés sur l'enfant, les entretiens réalisés doivent leur permettre d'exprimer leur vécu, leurs difficultés, leurs sentiments. Le travail de liaison avec les professionnels de santé (les Centres Médico-

psychologiques, la Protection Maternelle et Infantile, la Médecine Scolaire) vise à recevoir le plus précocement possible les enfants autistes.

4.3. Perspectives contre-transférentielles des questionnaires

La portée de cette analyse est limitée par un échantillon restreint. Par conséquent, il n'est pas possible d'effectuer des études statistiques sur toutes ces données. Un examen des informations à grande échelle aurait permis de mettre en évidence de manière plus systématique les pics d'accumulation des réponses. L'analyse proposée ici est liée à mon propre jugement. Mes interprétations sont probablement fortement empreintes de mon propre contre-transfert ! Il s'agit de dégager les points saillants, répétitifs, étranges, révélateurs du contre-transfert des institutions interrogées.

4.3.1. Répondre au questionnaire

En premier lieu, je dois signaler que ce sont les cadres des institutions qui ont répondu : psychiatres, directeurs, surveillants, psychologues.

J'ai sollicité douze instituts médico-éducatifs et reçu en retour six réponses. Sur dix envois effectués, j'ai obtenu huit réponses des hôpitaux de jour. J'ai recueilli cinq questionnaires par Internet.

Dans l'ensemble, plus de la moitié des institutions interrogées a répondu. Répondre au questionnaire témoigne de l'intérêt porté à la pathologie autistique ou encore de la volonté d'engager un échange. A contrario, il est arrivé qu'un membre de l'équipe veuille répondre au questionnaire mais que son souhait n'aboutisse pas. Dans ce cas il semble que la préoccupation concernant l'autisme ne fasse pas l'unanimité au sein de l'institution. En effet, pour certains professionnels il n'est pas nécessaire de centrer son action sur une pathologie somme toute assez rare. Ce fait montre que l'intérêt doit être compris et défendu par un dirigeant de l'institution.

Répondre au questionnaire est aussi une manière de faire part de son expérience. Il s'agit d'une expérience ancienne : les institutions qui ont répondu dans ce sens sont créées depuis 35, 21, 22, et 16 ans. Ou au contraire il s'agit de parler de son manque d'expérience dans les cas de création récente (une à deux années).

J'ai obtenu davantage de réponses au questionnaire de la part des hôpitaux de jour que des autres catégories d'établissements. Un facteur non négligeable de motivation est de répondre à un professionnel connu ou bien à l'équipe à laquelle on appartient. Je peux suggérer que j'ai une meilleure connaissance du milieu psychiatrique et que les « questionnés » ont répondu plus volontiers à une collègue. De plus, c'est le moyen d'amorcer ou d'entretenir des relations de travail entre institutions de proximité.

4.3.2. Les points signifiants

4.3.2.1. La pathologie

Les rubriques « nombre d'enfants autistes » et « type de pathologie » contiennent de nombreuses ratures et ajouts. Les ratures indiquent qu'il semble difficile de comptabiliser le nombre exact d'enfants autistes ! Les ajouts portent essentiellement sur l'existence du langage chez les enfants autistes. La personne qui renseigne mentionne que l'enfant autiste émet quelques mots. Cette insistance montre à quel point « ces quelques mots »

sont importants. D'autres commentaires ajoutés évoquent la lourdeur de la pathologie, et précisent que s'il n'y a pas de section d'autistes des temps spécifiques leur sont consacrés.

4.3.2.2. Les activités

Dans la majorité des cas cette rubrique est bien remplie. Les réponses sont rigoureuses et précises. Il y a beaucoup de détails tels que par exemple la « manipulation de graines », un « groupe de jeux Duplos », la « pâte à sel ».

Une seule institution ne mentionne pas d'activités. Dans ce cas, il s'agit d'un choix délibéré de soigner individuellement et sans support les enfants autistes.

On remarque une oscillation entre beaucoup ou pas d'activités.

Des commentaires supplémentaires, qui ne rentrent pas dans les espaces prévus à cet effet, sont présents. Le « questionnaire » a coché « Non » mais il propose autre chose. Cette façon de procéder laisse penser que les institutions ne veulent pas paraître démunies.

L'accumulation d'activités n'a-t-elle pas pour fonction de masquer l'angoisse et le désarroi provoqué l'autisme infantile ?

4.3.2.3. Les formations

La question sur les formations a été entendue de deux manières. Soit les personnes ont indiquées des formations autres que la formation initiale et en rapport avec la pathologie autistique. Ce sont des formations éducatives, psychopathologiques ou variées. On retrouve ici le « tout éducatif » ou le « tout thérapeutique ». Soit figure toute la liste des professions que comprend une institution. Ce type de réponse semble vouloir dire qu'il est nécessaire de disposer d'un personnel bien formé pour s'occuper d'enfants autistes.

4.3.2.4. Les partenaires

Cette rubrique, qui propose de nombreuses possibilités de réponses, est extrêmement bien remplie. Les institutions démontrent par ce moyen qu'elles ont de nombreux contacts et liens avec les autres institutions.

4.3.2.5. La scolarité

Les réponses apportées à cette question soulignent les cas où un enfant autiste est intégré dans un cursus scolaire. Il s'agit soit de la classe d'un institut médico-éducatif, d'une classe maternelle ou primaire. Ce cas de figure est suffisamment rare pour qu'il soit souligné, de plus c'est la demande des parents.

Pour conclure, je citerai l'hypothèse formulée par J. Hochmann selon laquelle :

« [...] quelque chose de particulier à l'enfant autiste infléchirait la pensée de ceux qui s'occupent de lui, ses parents, ses soignants, dans le sens d'une modélisation, d'une explication en termes de mécanismes rationnels et d'une intransigeance à la hauteur de la fragilité et de l'incomplétude des modèles proposés. »²⁴³

²⁴³ Cordélia ou le silence des sirènes, op. cit., p. 37. (74)

Chapitre 5. Six études de cas

« La folie est antisociale par essence. Elle attaque les liens entre les hommes et, à l'intérieur d'eux, les relations qui articulent les différents « objets » représentatifs dans cette microsociété qu'est, pour partie, le psychisme individuel. » J. Hochmann. Pour soigner l'enfant autiste.

5.1. Introduction

Les institutions rencontrées ont chacune leur filiation : la psychiatrie, l'éducation spécialisée, la pédagogie. Elles sont issues du développement de la psychanalyse, de l'initiative de parents ou encore de l'Education Nationale. Ces appartenances jouent un rôle important dans l'origine, l'histoire et les principes d'un établissement. Sur ce fond viennent s'inscrire les collectifs soignant, éducatif et pédagogique. C'est de cette rencontre entre la dimension institutionnelle et les soignants d'enfants autistes que se révèlent des effets de contre-transfert.

Dans ce chapitre, je m'intéresse à six institutions. Elles appartiennent à deux grandes catégories : le modèle psychothérapeutique et le modèle objectivant. Pour chacune d'entre elles, trois points sont traités successivement :

- Je fais part des éléments institutionnels dont je dispose afin de donner une idée générale de l'institution, de son histoire et de son organisation.
- Les témoignages que j'ai recueillis sont traités en fonction de la grille que je définis précédemment et qui comprend quatre critères d'étude : indifférenciation, fascination, clivage, et ritualisation. J'avertis le lecteur que l'ordre dans lequel sont présentés les critères n'est pas toujours respecté. La singularité de chaque interview m'a conduit à placer l'une ou l'autre des contre-attitudes en tête du paragraphe. Je conviens de mettre entre guillemets et en italique les citations des personnes interviewées.
- En dernier lieu, après m'être intéressée aux contre-attitudes individuelles des soignants, je porte mon attention sur celles du groupe institutionnel dans son ensemble.

Ma lecture des témoignages me permet souvent de parler des enfants autistes qui vivent avec les soignants bien que je n'ai eu aucun contact avec ceux-ci. En effet, l'empreinte laissée dans les discours des soignants par les enfants est suffisamment intelligible.

5.2. Une institution où indifférenciation et banalisation dominant

5.2.1. Description de l'institution

5.2.1.1. Les unités d'internat

Les unités, que j'appellerai A et B, font partie de l'internat d'un service de pédopsychiatrie. Celui-ci propose des consultations, reçoit des enfants pour des temps de soins qui varient de quelques heures à un temps complet avec un internat de semaine. Jusqu'en 1995 les unités accueillent en internat de semaine et de week-end des jeunes enfants (unité A) et des adolescents (unité B) présentant des troubles psychotiques et autistiques sévères. En 1995, une restructuration de l'ensemble du service a lieu et redistribue population et soignants d'un

secteur géographique soit vers des centres médico-psychologiques, soit vers des hôpitaux de jour. Lors du redéploiement, les unités A et B sont confondues. Le démembrement de ce grand service avive des angoisses archaïques qualifiées de « déliquescence ». Ce changement suscite des sentiments de perte de contenant, des vécus d'éclatement intenses.

5.2.1.2. Le dispositif de soins

L'organisation de l'internat fonctionne sur un mode « maternant ». Quatre infirmiers psychiatriques (trois femmes et un homme) se relaient matin, après-midi, dimanche et jours fériés. Les soignants s'occupent des enfants au moment des repas, des levers, des couchers, des toilettes. Ils accompagnent les enfants pour se rendre aux groupes thérapeutiques qui ont lieu le matin et l'après-midi. La proximité des structures facilite les déplacements mais pas les contacts. Les soignants de l'internat se sentent délaissés et peu valorisés dans leur travail. Il leur semble que le travail réalisé dans les groupes thérapeutiques est nettement plus considéré par les autres personnels et par les parents. Ce travail leur pose la question de leur statut de soignant. Le travail de supervision est réclamé. Les formations à l'extérieur sont réduites même si les soignants rencontrés expriment le besoin. Ils soulignent la difficulté à faire entendre auprès des collègues des groupes thérapeutiques leur souhait de participer aux journées de formation organisées dans l'institution. Les enfants étant également présents ces jours là, il convient de faire un roulement pour assurer leur suivi.

5.2.2. Aspects des contre-attitudes individuelles

Remarque : les témoignages des soignants concernent la période pendant laquelle les unités A et B fonctionnent séparément dans le grand service de pédopsychiatrie.

5.2.2.1. Premier entretien : une infirmière de l'unité A

F. a travaillé six ans en service adultes. Puis elle a choisi d'intégrer un service d'enfants. Son premier poste la met en relation avec une population d'enfants polyhandicapés. Les enfants présentent des atteintes neurologiques lourdes. Ils sont souvent appareillés, ils ne marchent pas, parlent rarement. Pourtant F. dit : *« J'avais besoin de cette transition. Mon but c'était les autistes. Je me suis dit : on va d'abord se confronter à la souffrance physique et puis après on verra la souffrance mentale. »* Malgré la souffrance physique elle peut dire que des contacts se sont noués avec les enfants, notamment par le regard. En revanche, le passage dans le service d'autistes est un saut dans l'inconnu. Alors qu'elle a une expérience de six ans en service adulte, elle dit : *« C'était mon premier contact avec la maladie mentale, c'est vrai que j'avais très peur, il y avait un poste qui s'était libéré avant, mais je n'avais vraiment pas eu le courage d'y aller. Quand il y a eu un poste au V... je me suis dit qu'il était temps. »*

L'unité avait un statut à part : *« On était très enviée... on était privilégiée, mais bon, on ne voulait pas de notre privilège car c'était aussi bosser seule, avoir des gamines comme L. »*

Au moment où l'entretien est réalisé deux années se sont écoulées depuis son départ de l'internat. Cependant, le discours est plein d'affects, affluant d'images et de sensations corporelles. Le défaut de représentation de l'autisme infantile renvoie à des vécus de vide, d'isolement, d'indifférenciation, de collage.

« Tu étais larguée, tu étais face à la pathologie des enfants, face à ce que ça pouvait te renvoyer à toi et puis tu n'avais rien. »

Indifférenciation

La position contre-transférentielle prédominante est l'indifférenciation. Elle se manifeste sous plusieurs formes. Dans les relations entre soi et l'autre, dans la perception du temps, dans les vécus somatiques.

Le défaut de différenciation entre soi et l'autre

Ce qui se répète dans le discours de cette soignante, c'est le sentiment d'être toujours ensemble, enfants et soignants, de n'être qu'un, d'être « collés » pour parler de façon imagée.

« Tu n'étais jamais dans ton bureau à pouvoir dire : je suis seule ou dans un coin . Le gamin, le bureau était ouvert, pouvait arriver... d'ailleurs, c'est vrai, on avait cette image, enfin les soignants avaient cette image de mère un peu symbiotique, c'était une unité un peu bizarre, vue de l'extérieur parce qu'ailleurs les gens se préservaient un espace à eux et... nous on n'avait pas besoin de se préserver cet espace. »

Les espaces des soignants et des enfants sont confondus, les portes ne marquent ni séparation ni frontière.

G. Haag a développé l'idée que les enfants autistes expriment d'une manière ou d'une autre le fantasme d'avoir perdu une moitié du corps qui les oblige à se coller physiquement à l'autre.

« Ça ne nous gênait pas qu'ils entrent ou qu'ils viennent, et puis c'était important de les avoir sous les yeux au niveau de la sécurité. Mais sans parler de la sécurité c'était... on partageait la même vie quelque part, quand ils étaient là on était ensemble et puis c'est tout. »

Il est nécessaire que l'enfant soit sous le regard de l'adulte dans une tentative de maîtriser les risques d'une séparation angoissante.

Les espaces propres à chacun sont tellement peu imaginables que dans un premier temps la réunion hebdomadaire médecin / soignants se déroule en présence des enfants.

« Quand je suis arrivée on avait des réunions avec les enfants, et à l'époque on avait huit enfants, alors tu imagines, c'était le seul jour où on voyait le médecin et les enfants étaient autour de nous ! »

Le tiers n'est pas opérant.

« Le père (le seul homme infirmier de l'équipe) aussi, qu'est-ce que faisait ce pauvre père là qui n'était pas à la hauteur et qui s'est fait éjecter... enfin éjecter, on était quand même relativement tolérantes, on a vraiment fait ce qu'on a pu mais quelque part c'était une image qui n'existait pas. »

L'enfant autiste essaie de maintenir l'illusion de la fusion. Il refuse énergiquement de se sentir séparé de l'autre. L'acceptation d'une possible triangulation qui augure d'un fonctionnement psychique moins autistique est rejetée. Le refus de l'enfant autiste est la crainte d'être arraché, ou bien que ne se creuse un précipice entre les deux corps où il risque de chuter sans fin.

La fonction paternelle est mise en échec. Dans le discours, cela se traduit par « un lâché ».

« Le surveillant nous a lâchées, le médecin nous a lâchées, l'infirmier aussi. »

- La perception du temps

Happée dans le tourbillon de l'angoisse, la perception du temps est déformée : « *Elles (les éducatrices des groupes thérapeutiques) l'avaient une heure. Après, elles passaient la main, mais nous on l'avait tout le temps.* » Sans doute fait-elle allusion à la solitude des week-end car au cours de la semaine les infirmiers disposaient de temps de répit.

Les différents moments de la journée (repas, douches) ne paraissent pas scander la journée ni apporter un peu de distanciation entre enfants et soignants. Le temps semble être figé indéfiniment sur la même pose.

Une journée de travail est décrite comme une succession d'actes dénuées d'intérêt :

« On levait les enfants, on les habillait, après les enfants partaient sur les groupes... l'après-midi pareil, ils partaient. Donc on les avait après le repas et on les amenait sur les groupes et puis on allait les rechercher, et le soir on faisait tout le temps des balades mais il n'y avait rien, enfin ... tu étais comme les parents. »

Le rien apparaît de nouveau, les activités ne servent pas d'arrimage.

L'isolement est d'emblée souligné :

« Les week-end, c'était vraiment difficile parce que tu étais vraiment isolée dans ton unité avec ton enfant ou tes deux enfants. Et huit heures sur huit. »

- La sensorialité et le corps au premier plan

F. associe l'isolement à l'angoisse : « *Je pense en particulier à L., c'était vraiment une autiste avec toute son angoisse. Au début, elle avait des plaintes somatiques, elle poussait des hurlements en se tenant le ventre, tu te disais c'est pas possible elle a quelque chose alors qu'elle n'avait rien. Donc c'était vraiment quelque chose de l'angoisse, elle se déshabillait, elle se faisait pipi dessus, sans arrêt des stéréotypies mais en très très... c'était fou... et puis tu sentais le moment où elle était envahie par une angoisse qui était communicative.* »

Sans étayage théorique l'angoisse gagne tout le monde. Les images affluent :

« C'était une gamine qui tout d'un coup hurlait et c'était un hurlement qui te pénétrait complètement et tu avais l'impression d'exploser avec elle. Moi j'ai le souvenir d'un jour où je suis rentrée dans sa chambre, c'était un week-end sûrement et je l'ai trouvée sur le lit comme s'appêtant à faire le poirier... elle était dans un état abominable... j'avais l'impression d'avoir le diable en face de moi. »

Comme le dit F. le hurlement « pénétrait » infiltrait la pensée des soignants et les envahissait complètement.

« A côté de ça tu avais des moments... même avec L., il y a des moments où elle était adorable, moi je n'ai jamais pu, mais il y en a, ça les rendait folles, mais qui étaient, qui pouvaient aller de l'autre côté, plonger dans la tendresse. »

Encore une fois c'est plonger, être submergé, dont il s'agit.

Il arrive aussi aux soignants de se trouver pris dans des relations tellement mêlées qu'on ne sait plus qui est qui. Dans ce vivre-collé les relations corporelles sont fréquentes et dans un rapport fusionnel.

« Ah ! le corps ! mais le corps, oui justement attention ! je veux dire... le corps il n'y a pas de distance, moi je trouvais qu'il y en avait qui allaient trop dans ce

genre de relations maternantes... Au V. on ne se posait pas la question en ces termes alors qu'ici (l'hôpital de jour) si toi tu ne te poses pas la question les autres te la font poser, on te dit : ouais, ouais c'est ton enfant ? Et tu te dis : mais qu'est-ce qu'il est en train de me dire ? »

Les soignants eux-mêmes ont des manifestations dans leur corps :

« Non , je n'ai pas somatisé. Par contre, il y en a qui ont eu des accidents. Je me dis que c'est pas rien non plus, j'ai une collègue qui est passée par dessus le vélo d'une gamine, il y a quand même eu des traumatismes. » « L'homme que l'on nous a amené, parce qu'ils l'ont pris des handicapés, le pauvre, lui, il a somatisé à mort par contre... par moments, on a craint pour sa vie dans l'état où il était, il s'est fait des accidents, il se coinçait au niveau cérébral ... non vertébral. »

Le lapsus fait par F. révèle qu'il devient difficile de penser.

· L'absence de contenant et l'envahissement sans limites

« Après la psychologue est arrivée et là on a vraiment balancé toute notre ... c'est vrai que ça lui a fait drôle. Et puis on s'est rendu compte que même en balançant tout, ça ne suffisait pas. »

Les impressions, les vécus, les sentiments sont littéralement déversés mais cela ne permet pas d'élaborer quelque chose de constructif. En fait, c'est insuffisant.

« C'était une espèce de berceau pour tout le monde. Moi j'ai eu de la chance quelque part. C'est ce qui m'a permis de passer le cap. La dernière année du V. moi j'avais complètement décroché, je vivais des trucs à l'extérieur et dans ma tête je m'étais dit : de toute façon tu ne pourras pas faire les deux, parce qu'on s'impliquait quand même souvent dans des réunions. Le V. nous prenait beaucoup de temps, on faisait plus que nos heures . »

Le rapport à l'institution se fait sur un mode de relation orale archaïque. C'est une drogue dont on ne pourrait plus se passer, qui occupe tout l'espace personnel et qui ne permet pas de penser à autre chose. Son investissement est exclusif. Dans ces conditions l'arrêt de cette unité est vécu dans l'arrachement et la douleur : *« Quand il y a eu cette rupture brutale où le V. s'est retrouvé éjecté au T. »*

Les autres positions contre-transférentielles (clivage, fascination et ritualisation) sont beaucoup moins présentes.

Clivage

Dans le vécu de « collage » dans lequel se trouvent soignants et enfants, les modifications du cadre ne peuvent être vécues que comme démantèlement. Les rares liens se défont. Les enfants sont couchés dans le réfectoire, la cour est ravagée par un enfant qui creuse des trous. Après coup, dans un autre registre c'est la colère qui domine.

Des sentiments hostiles sont adressés au médecin :

« On était en conflit avec le médecin, on avait l'impression, quand on demandait quelque chose, que jamais on n'avait de réponse directe. »

Envers les autres services et l'hôpital d'une manière générale :

« Leur idée administrative c'était de se dire que l'unité consommait trop de personnel, coûtait trop cher... Ils trouvaient que c'était inadmissible. »

Entre soignants :

Rétrospectivement F. observe un phénomène de clivage en bon et mauvais objet :
« *Mais il s'est passé plein de choses, je réfléchis, mais ce qui était fou, ce qui m'aurait fait hurler, c'était à la fois ce que j'ai ressenti en moi et surtout de me rendre compte qu'il se jouait plein de choses. On était tous... quelque part, ces enfants, ils nous faisaient jouer des rôles. Surtout L. et ce qui me semble qu'il s'est passé c'était qu'on était deux référentes et il y a un truc qui s'est instauré entre nous, le truc vraiment démentiel quoi ! Et ce qui me rendait folle c'est de me rendre compte qu'on était en train de jouer vis à vis de cette gamine quelque chose de son histoire et qu'à aucun moment ça n'a pu être dit... Il y avait cette histoire de mère idéale : elle acceptait tout de L., une espèce de patience d'ange... et moi qui du coup devenait la mauvaise mère parce qu'à des moments L. me faisait exploser. »*

F. se rend compte aujourd'hui combien les enfants autistes les ont amenées à répéter des données familiales mal symbolisées « en leur faisant jouer un rôle ».

Fascination

Elle apparaît quand F. annonce que son objectif professionnel était « les autistes ». Les enfants autistes sont perçus comme des êtres incompréhensibles et fascinants :

« J'avais l'impression d'avoir le diable en face de moi ... je ne suis pas la seule. Après on en a beaucoup parlé... ça faisait vraiment sorcellerie. »

L'enfant devient « étrangement inquiétant ». D'après Freud :

« [...] l'inquiétante étrangeté est cette variété particulière de l'effrayant qui remonte au depuis longtemps connu, depuis longtemps familier. »²⁴⁴

Freud ajoute que l'étymologie du mot allemand « unheimlich » renvoie à la notion de rendre manifeste ce qui aurait dû demeurer caché. Enfin,

« [...] l'inquiétante étrangeté surgit quand la frontière entre fantaisie et réalité se trouve effacée, quand se présente à nous comme réel quelque chose que nous avions considéré jusque-là comme fantastique. »²⁴⁵

La fascination se propage et a des effets sur l'équipe. Il y a une attaque des processus mentaux et ce qui dans ces processus permet les liaisons, la mise en sens, l'organisation de l'expérience. Le phénomène s'étend à toutes les personnes de l'équipe.

Ritualisation

Dans cette institution, la ritualisation n'est pas au premier plan. L'ordre et l'accrochage à la réalité ou à des tâches secondaires ne sont pas opérants. Il semble que le contenant groupe institutionnel n'est pas suffisamment constitué pour élaborer des stratégies, qu'il est trop en prise avec des angoisses archaïques.

5.2.2.2. Deuxième entretien : un infirmier de l'unité B

R. a travaillé deux ans dans l'unité d'internat B. Il dit avoir toujours travaillé avec des enfants. Dans son cas, le fait d'être le seul homme de l'équipe lui confère une place particulière. Sa parole est bien mieux entendue auprès des jeunes que celle des soignantes. Il dit :

²⁴⁴ FREUD S., *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, p. 215. (47)

²⁴⁵ *Ibidem*, p. 251. (47)

« J'étais le seul mec, ce ne sont pas les mêmes relations qui s'installent avec les gamins. Au début j'étais un peu le flic. Je ne voulais pas spécialement mais tu es bien obligé car quand l'autre pique sa crise et lorsque toi tu dis « arrête », il se calme alors que si c'est une nana, il continue à jeter les tables... » A la différence du témoignage précédent cet homme là est un « mec » et il semble soutenir davantage une position tierce et différenciée.

Dans cette unité, le travail d'élaboration théorique et pratique est réduit et n'est pas forcément réclamé : Une réunion institutionnelle a lieu une fois par semaine « il n'y avait jamais rien d'intéressant ». Les synthèses sont plutôt rares « C'était une fois par an et en plus tu avais toutes les personnes des hôpitaux de jour pour les réunions. »

Fascination et banalisation

Le discours de R. alterne des images fortes et la banalisation des troubles psychologiques. Ce sont des enfants qui par leur comportement fascinent mais en même temps, expriment de la violence qui doit être mise à distance et banalisée.

« J'étais référant d'un gamin qui déchirait en lambeaux les feuilles, il se plantait les dents dans les bras et puis il arrache » en disant cela R. fait le geste d'amener son bras vers la bouche et accompagne d'un cri son mouvement. «... il tirait avec les dents, donc ses bras c'étaient des cicatrices et puis ses genoux... » Il recherche une raison à ce déchaînement qu'il ne trouve pas :

« Des fois, tout d'un coup, le gamin se met à hurler (Aaah !), à gueuler, à gueuler, à commencer à sortir et puis à se mordre et s'arracher les bouts de biftecks (là ! là ! là !) »

Après ce passage dans l'horreur, de nouveau une mise à distance est adoptée :

« Donc, différentes attitudes des soignants face à ça : tu as ceux qui ne supportent pas, ceux qui ne s'en occupent pas du tout, ceux qui ne vont rien pouvoir faire et ceux qui vont être plus calmes, c'était un peu mon attitude. »

Cela devient un discours sur les façons de se comporter, le ton est plus impersonnel. R. fait un détour en évoquant les théories actuelles sur l'autisme : la méthode TEACCH et les apports neuropsychologiques.

Dans son discours, il insiste sur le fait qu'il leur a toujours parlé normalement, qu'ils sont « *tordus mais que ce sont des mômes quand même*. » Quand je lui demande à quoi cela le renvoie il dit « *d'une manière générale il n'y a pas eu de problème* » mais quand il évoque les enfants c'est pour dire qu'il y en avait un qui tapait toute la journée sur les portes et c'était tellement insupportable que toutes les poignées de porte ont été coupées ; un autre enfant « *mettait de la merde de partout*. »

« Je n'ai jamais voulu rentrer... j'ai mes trucs d'école qui me restent mais je n'ai pas lu de livres, j'ai lu des romans pas des bouquins techniques... je n'ai pas théorisé, je n'ai pas amené de trucmuches. »

L'apport théorique n'est pas considéré comme une aide mais plutôt comme une entrave au travail, il serait une façade et ôterait la spontanéité des soignants.

« Pour moi, l'autiste, il est un peu bloqué, et après il y a les comportements autistiques. Je vois plus l'autiste comme un gamin qui comprend tout ce qu'on lui dit ... mais qui est perturbé par des trucs... comme les gamins qui s'automutilent. »

Indifférenciation

L'indifférenciation de l'enfant autiste dans laquelle les soignants peuvent être entraînés est pensée.

Pour R., les jeunes autistes ont besoin d'être constamment cadrés et limités.

« Il faut tout le temps être là ou alors... ils ne rentraient pas dans le bureau ou alors ils arrachaient toutes les feuilles ou ils piquaient tout, il faut vraiment mettre des limites sans arrêt. »

A l'inverse, absents du regard de l'autre ils peuvent disparaître.

« Quand on était dans le bureau, les gamins étaient derrière la vitre. Mais quand tu ne les vois pas, tu as intérêt à aller voir ce qui se passe. Tu ne peux pas te poser cinq minutes. »

L'enfant autiste adhère à l'objet qu'il voit : *« des fois tu en as qui se barrent par dessus la barrière, surtout quand ils voient passer les gens. »*

Clivage

R. ne rapporte pas de témoignage de phénomènes de clivage mais insiste plutôt sur la bonne entente qu'il régnait dans l'équipe de soignants : *« dans l'équipe ça se passait bien, les gens s'entendaient bien, on ne se prenait pas la tête. »* Le groupe semble plus solide que le précédent et, de ce fait, résiste davantage aux attaques du cadre institutionnel.

5.2.3. Aspects des contre-attitudes institutionnelles

Je rappelle que les unités A et B accueillent en internat des enfants psychotiques et autistes reçus en soins dans la structure hospitalière pendant la journée. Chaque petit groupe d'enfants est encadré par un personnel suffisamment nombreux et dispose d'un espace architectural contenant.

La proximité de la structure de nuit (l'internat) et de la structure de jour (l'externat) permet théoriquement un travail d'articulation et de coordination. Dans les faits, les liens sont très distendus, l'internat et l'externat étant deux mondes séparés. Les unités d'internat semblent progressivement se détacher de l'ensemble et devenir des îlots coupés du reste de l'institution. Les effets des mécanismes autistiques retentissent sur une équipe en défaut de capacité de penser et de rêver. Nous observons deux cas de figure.

Dans le premier cas, l'unité A, la forte dominante autistique organise un service sans objet contenant. Le mouvement groupal, compulsion de répétition de ce qui aurait déjà été vécu par l'enfant dans sa famille, réitéré dans la relation entre l'enfant et le soignant, répète groupalement la carence de capacité de rêverie, la déliaison. Les phénomènes de groupe sont en lien avec les anxiétés primaires.

Le corps est convoqué. Les nombreuses sensations corporelles (ou accidents) ressenties par les membres de l'équipe sont une alternative à l'écoulement de l'angoisse qui n'est pas mentalisée. Les angoisses, quant à elles, sont à l'image de celles qui submergent par à coups paroxystiques l'enfant autiste. Selon l'expression du psychanalyste W. Bion, elles sont innommables. Essentiellement corporelles, sans éprouvé subjectif et de ce fait extrêmement contagieuses, elles transforment le groupe soignants / enfants en une masse confondue.

L'absence de distance s'exprime par un espace institutionnel confus. Il y a un flou dans la différenciation des personnes : enfants et soignants sont littéralement « collés ». Cela

évoque ce que G. Haag appelle « l'hyper serrage » et le « tout laisser couler ». Le serrage est la façon de vivre « collés » ; le laisser couler s'exprime dans le fait de ne pas pouvoir donner des limites. L'espace architectural lui-même délimite peu ou pas de frontières. Toute modification du cadre est vécue sur le mode d'une atteinte intolérable.

La perception du temps est déformée. L'enfant autiste ne peut pas se représenter le temps et l'espace, c'est à dire les séquences temporelles car il n'a pas acquis (ou perdu, ou refusé) la capacité d'assembler dans un discours compréhensible à l'autre. Incapable de relier les mots, les actes, les événements entre eux, il ne peut pas non plus les relier à d'autres faits connus dans le passé, enregistrés dans la mémoire. Rien n'est acquis, tout se répète dans un présent figé. L'absence de liens marque aussi l'absence de différence. Cela ne permet pas de comparaison avec un avant ou un après, et reste sans confrontation avec un autre. Le groupe de soignants ne parvient pas à intérioriser une histoire, à élaborer des hypothèses ou encore à utiliser la théorie. Les vécus, les sentiments, les angoisses sont déversés sans pour autant que cela donne satisfaction.

L'éprouvé groupal se traduit par la crainte des soignants d'être abandonnés. Dans ces conditions, donner du sens à ce qui est vécu avec les enfants est quasi impossible. Nous pouvons remarquer qu'il est nécessaire que l'enfant soit à une distance suffisante de son objet pour pouvoir penser à lui. Car « penser à » signifie être « hors de », tandis que, dans un état de fusion, aucune perspective, aucune vue tridimensionnelle, aucune pensée ne peut naître. L'écueil mis en évidence ici est celui de l'absence du tiers. Les fonctions maternelle et paternelle ne sont pas équilibrées. La fonction paternelle n'est pas opérante. L'exemple des soignants hommes est révélateur de ce fait. Ils sont conduits soit à développer des relations maternantes, soit à quitter l'unité. En effet, l'enfant autiste fait tout pour fasciner l'autre, celui qui est en face et le soumettre à un système d'identification spéculaire, excluant du champ de la conscience toute référence à un tiers différenciateur. La supervision réclamée à corps et à cris ne suffit pas vraiment à faire tenir les vécus à l'intérieur du groupe afin de construire une enveloppe suffisamment contenant. Le fusionnement de l'unité A sur l'unité B signe cet échec.

Dans le second cas, l'unité B, le mécanisme de défense dominant est la mise à distance des affects et leur banalisation. L'éprouvé groupal peut se traduire par la volonté de se débrouiller seul. Le principe d'autoformation est prôné. R. Kaës dans « Fantasma et formation » indique :

« L'idéologie de la formation est comme un redoublement de l'assurance de n'être pas déçu, de ne pas rencontrer de faille, ni de limite dans l'érection incessante de soi-même. Elle rejette l'autre dans l'inexistence ou le peu de valeur de son expérience : celle-ci n'a jamais servi à personne. Ne rien devoir à personne qu'à soi, c'est là l'idéal autoérotique auquel l'idéologie apporte nécessairement son sceau de vérité absolue et de justification. »²⁴⁶

L'illusion groupale fonctionne sous la maxime « tout le monde s'entend bien ». Dans ces conditions, il n'est pas utile de parler, ni de théoriser. Aucun changement n'est demandé car il éveillerait des sentiments de panique, de désarroi devant une réalité nettement moins idyllique.

5.3. Une institution qui élabore ses contre-attitudes

²⁴⁶ KAES R., *Fantasma et formation*, p. 20. (90)

5.3.1. Description de l'institution

5.3.1.1. L'hôpital de jour

Ouvert il y a une vingtaine d'années, cet hôpital de jour accueille actuellement une vingtaine d'enfants psychotiques et autistes sévères âgés de quatre à treize ans. Situé au rez-de-chaussée d'un centre hospitalier spécialisé, il est soigneusement séparé des autres services adultes par des portes closes. Au fil des ans, cet hôpital de jour s'est progressivement construit une identité et tracé une ligne de conduite. En effet, créé à la suite de la fermeture d'une unité de soins et de l'ouverture d'une autre, les débuts sont mouvementés et le cadre des soins assez flou. Le projet de soins n'est pas clairement défini et le médecin n'est pas attiré. L'effectif du personnel compte parmi ses membres un certain nombre de personnes bénévoles. Des clivages opposent les membres de l'équipe. En 1980, avec la nomination d'un psychiatre à plein temps, un nouveau cadre de travail est institué. Une nouvelle équipe se constitue et un projet de soins est élaboré.

5.3.1.2. Le dispositif de soin

Aujourd'hui, l'ensemble du dispositif est une mise en application de la psychanalyse. Le dispositif ne comprend pas de classe. Le cadre est ferme : compte tenu de la configuration des lieux (à côté d'un service adulte) la porte d'accès au service est close. Les absences, que ce soit pour des vacances ou d'autres congés, sont préparées. Il n'y a pas de sorties, le jardin qui jouxte l'hôpital de jour est lui-même peu investi. L'équipe, qui comprend dix soignants, s'occupe d'une vingtaine d'enfants dont la majeure partie présente des troubles autistiques. Chaque soignant (éducateur ou infirmier) est référent de deux ou trois enfants. Dans ce type de fonctionnement les activités ne sont pas mises au premier plan, ce qui permet que les choses puissent se dire et se traiter en individuel. Chaque soignant dispose d'une salle qui lui est exclusivement réservée. Les temps communs sont des moments de transition : l'arrivée, le repas et « l'après-repas ». La fonction de cet hôpital est strictement soignante. Le projet thérapeutique de soins alterne entre un travail de groupe lors des temps communs, (petits groupes thérapeutiques) et en individuel. Les temps individuels sont d'environ une heure trente par demi-journée. Le soignant ne propose rien de précis. Par l'intermédiaire du jeu et du langage, le soignant tente de mettre en mots ce que l'enfant peut montrer de sa souffrance. Puis il parle de cette souffrance et essaye de transformer celle-ci en un vécu moins douloureux qui se charge de sens et peut, à partir de là, s'élaborer et se penser. Dans ces conditions, les phénomènes psychiques (projectifs) peuvent se manifester avec le maximum d'intensité. En mettant l'accent sur les temps individuels, des relations transférentielles peuvent se développer non pas sur le groupe de soignants, mais sur un soignant en particulier. Le cadre de soins est rigoureux ; même soignant, même espace-temps, non directivité des séances. Nous sommes conduit à faire le rapprochement avec la situation analytique dans laquelle le cadre de cette situation est (je cite J. Bleger) :

« [...] fait de constantes à l'intérieur desquelles le processus a lieu. »²⁴⁷

De plus, l'armature conceptuelle de ce dispositif est importante : une réunion journalière où, de manière informelle, sont mentionnés les événements marquants et les difficultés de la journée ; une synthèse hebdomadaire d'une demi-journée au cours de laquelle le cas d'un enfant est évoqué ; un temps de régulation pour chaque soignant auprès de la psychologue est réservé tous les quinze jours ; une analyse institutionnelle avec un psychanalyste de

²⁴⁷ *Psychanalyse du cadre psychanalytique, op. cit., p. 255. (20)*

groupe existe depuis deux ans. Dans ce dispositif une large place est faite à l'analyse des contre-attitudes.

La psychiatre travaille essentiellement avec les familles et assure le lien entre les familles et l'hôpital.

5.3.2. Aspects des contre-attitudes individuelles

Les entretiens ont été réalisés avec deux binômes de soignantes. A chaque fois, un dialogue et des échanges fructueux se sont développés avec les deux soignantes.

5.3.2.1. Premier entretien

Le premier entretien, concerne J., éducatrice spécialisée, depuis sept ans à l'hôpital de jour et de P., infirmière, depuis quatre ans à l'hôpital de jour.

La teneur de l'entretien montre la familiarité de ces soignantes avec les vécus contre-transférentiels et ce que leur font ressentir ces enfants. D'emblée les expressions utilisées sont : « *puits sans fond* », « *c'est une gamine qui va puiser au fond* », « *tu ne sais pas trop où tu mets les pieds, où ça va s'arrêter.* »

Indifférenciation

Les risques d'indifférenciation encourus par les soignants sont bien connus et les amènent à une recherche permanente et nécessaire de « penser » la distance entre l'enfant et eux.

P. « *Il faut penser à mettre de la distance, et puis des fois tu es complètement dedans et tu n'as plus de mise à distance. Dans ces cas là, moi très souvent avec S., je réagissais très fermement par des choses trop difficiles, je disais « maintenant c'est comme ça point final et voilà, quoi. »*

Lorsque l'on n'a plus de distance, le recours pour essayer de se défendre est de mettre une barrière un peu rigide.

J. ajoute « *Je crois qu'ils nous poussent à réagir de façon ferme, c'est comme M. qui me fait réagir et maintenant L., Il présente des choses que j'ai du mal à supporter : tu vois qu'il joue avec ses selles, qu'il mange ses selles, il n'en a certainement pas conscience, mais c'est une exploration pour découvrir son corps, pour se sentir ou je ne sais pas quoi. Il renvoie des choses qui sont difficilement supportables. »*

L'autiste met à rude épreuve le psychisme des soignants renvoyant à des processus archaïques.

J. : « *C'est pas facile de dire quand il mange ses selles : il est en exploration de son corps. Tu as envie de dire arrête c'est dégoûtant ! Du coup, comme c'est difficile j'aurais tendance à répondre par de la violence, je veux dire lui taper sur la main ou le secouer, alors que bon... »*

P. : « *Quelque chose de rigide qui n'appelle aucune réponse, je veux dire, il n'y a pas de réponse possible, c'est comme ça. Tu te conformes à ça, dans ces cas... »* J. : « *ça n'appelle pas la compréhension.* »

L'attitude qui vient alors est de mettre des limites pour se dégager d'événements trop angoissants.

Les enfants autistes font aussi éprouver des craintes d'effondrement et de chute sans fin.

P. « J'ai employé l'expression de néant, il n'y a rien, c'est affreux comme sensation. Parfois j'ai l'impression avec S. qu'il n'y a rien, je me laisserais engouffrer là dedans. L'impression de partir dans un trou sans fond. Il n'y a plus la consistance de soi, de ta tête, de ton corps. Il n'y a plus rien. Des gamins, qui à force de puiser dans ton désir de vie à toi, ça s'épuise pour de bon et ils arrivent au désir de mort. Du coup, je me suis sentie beaucoup de fois en danger avec S. Elle avait une atteinte sur mon psychisme assez importante. »

J. revient sur la grande propension qu'a le soignant à glisser dans le « collé à » et l'indifférenciation : « C'est vrai aussi qu'on en arrive beaucoup à la fusion avec ces gosses. Ils viennent se coller, il y a beaucoup de « rentre dedans » quand il est sur mes genoux par exemple, il a son dos sur ma poitrine. Il est plus que collé et puis si je le prends de côté il cherche à noyer son regard dans le mien. Moi, il me renvoie à un tout petit enfant. D'ailleurs il m'arrive de le bercer, de le contenir. »

Les soignants utilisent beaucoup l'expression « rentrer dedans » ou encore « intruser » pour traduire leur façon de ressentir le défaut de contenant des enfants autistes. C'est un vocabulaire commun à l'institution.

P. ajoute : « Et moi, S. qui a 12 ans, ça m'arrive de la bercer encore. Je la prends comme un bébé. Avant, elle avait une façon de te regarder, elle était dans toi, elle était dans tes yeux. C'est trop ça aussi. Quand je suis arrivée ! »

J. « C'est impressionnant ce regard qu'ils ont : S., je la regardais, je la pétrifiais complètement, je lui rentrais dedans, et comme elle devait se sentir « intrusée », elle ne pouvait plus rien faire mais si je ne la regardais pas, elle était lâchée, elle était vide, il n'y avait plus rien non plus et c'était sans arrêt un jeu comme ça. S., elle arrivait devant le frigo et si je ne me levais pas, si je ne l'accompagnais pas physiquement sans la regarder, je crois qu'on serait restées une heure comme ça. »

« Intruser » au sens figuré signifie que les autistes donnent la sensation aux soignants d'essayer de pénétrer à l'intérieur du psychisme et du corps. Le regard de ces enfants est révélateur de ce phénomène. Soit le regard de l'autre est tellement pénétrant que l'enfant s'y perd ; soit le regard de l'autre est absent, et dans ce cas l'enfant qui n'est pas « tenu » chute.

Fascination

Nous pouvons repérer deux manifestations de la fascination. L'une à propos des enfants : **« C'est vrai qu'elle est adorable, je pense qu'il y a eu beaucoup de séduction des deux côtés, et puis moi j'ai tendance à fondre. C'est très bien que tu t'en occupes (à P.) parce que je pense qu'il y avait des liens trop forts avec S. »**

A noter l'emploi du mot « fondre », lorsque l'on fond trop on perd de la consistance.

La deuxième expression de la fascination est évoquée au passé. Elle concerne la place de la théorie au sein de l'institution :

J. : « Ici je trouvais qu'on disait des mots compliqués et qu'on se faisait plaisir à dire ces mots compliqués et à les entendre dire. J'avais envie d'écouter autre chose, car ici on te donnait la pensée, la théorie et maintenant ce n'est plus ça du tout. »

P. ajoute : « Maintenant on peut se défendre de cette position de thérapeute, on reste plus à notre place de soignant qui peut être défaillant, ça passe mieux, on n'a pas la science infuse. »

Clivage

Le clivage en bon et mauvais objet s'exprime à l'égard des parents :

J. : « *Moi je me dis, dans des situations comme ça, dans l'esprit des enfants comment on se substitue à leurs parents. Les parents, il faut qu'ils acceptent la maladie de leur gamin et qu'ils fassent le deuil d'un gamin qui ne peut pas les renarcissiser.* »

P. : « *... et puis qu'ils acceptent que l'enfant puisse être investi par quelqu'un d'autre. J.L. quand ça allait pas, les parents nous punissaient en ne mettant pas leur fils au centre.* »

Le fonctionnement psychique est de l'ordre de la projection : parents et soignants s'attribuent respectivement des incompétences et ressentent des sentiments hostiles.

J. : « *M. était très enrhumée et j'avais fait un mot où j'avais mentionné les poux, le fait qu'elle était très enrhumée et qu'elle angoissait et le lendemain M. on aurait dit un clown, elle était couverte d'éosyne. Ça m'interroge beaucoup tout ça, la relation aux parents, puisqu'on les rencontre de temps en temps. L'enfant est vécu de quelle façon chez lui, il se sent porteur de quoi, qu'est-ce qu'on lui renvoie ?* »

La tentation de créer une relation enfant/soignant privilégiée et coupée des autres personnes est grande :

P. : « *Et quelle place on lui donne ici ? je pense à J.L. qui hurle chaque fois que sa mère vient ici. Quelle place on lui accorde ici pour qu'il ne puisse pas laisser un espace pour sa mère ?* »

P. est sensibilisée au fait que l'enfant autiste préfère une relation duelle, qu'il supporte mal d'être dérangé, et peut le manifester violemment.

Le rapport à l'équipe.

P. : « *Dans les choses que l'on peut... Il y a toute la relation avec l'adulte, et là, l'enfant n'existe plus. Ça devient un règlement de compte. Par exemple, J.L. faisait partie d'un groupe thérapeutique qui s'est arrêté. Depuis novembre, on se demande si on en fait un autre, ça n'avance pas... J'en ai marre parce que là, il n'y a plus l'histoire du gamin.* »

Le soignant très impliqué dans sa relation avec un enfant peut ressentir les autres comme une menace. Il est alors tenté de se refermer de plus en plus sur la dyade enfant/soignant.

P. : « *On disait toujours qu'on avait jamais assez de temps pour parler, mais en fait quand on avait le temps on ne disait pas grand chose. C'est toute une histoire de confiance, chacun sa casquette, chacun sa place et si tu as sans arrêt la trouille que l'autre prenne ta place ou dise les choses à ta place. Tu en arrives à te dire qu'il y a des bruits de couloirs, que tu n'es jamais au courant.* »

Ritualisation

Les éléments du cadre qui se répètent sont au service d'un processus très dynamique. Je n'ai pas relevé de fermeture sur l'institution elle-même qui stériliserait son fonctionnement.

5.3.2.2. Deuxième entretien

A. est infirmière psychiatrique, elle travaille au centre depuis sept ans . Elle a exercé quinze ans dans les services adultes. Elle a choisi de venir au centre. D. est puéricultrice, elle travaille au centre depuis dix mois. Après avoir pratiqué la profession de puéricultrice dans un service de réanimation, et arrêté de travailler plusieurs années, elle est venue faire un remplacement au Centre et y est restée.

Indifférenciation

D. parle de ses débuts récents au centre : « *On se fait malmener. Je me suis rendue compte pendant mon remplacement, qu'il fallait se protéger, au début je faisais mon repas, je faisais mes commissions, je n'arrivais pas à décrocher, je n'avais qu'eux dans la tête.* » Elle fait la comparaison avec le service dans lequel elle travaillait avant « *J'ai travaillé avec des enfants cancéreux qui ont une souffrance physique et morale, plus la souffrance des parents. Mais la souffrance de ces enfants me paraît différente au sens où ils l'expriment souvent sans les mots. Ça me paraît d'autant plus destructeur et d'autant plus violent et puis c'est plus assimilé à une mort psychique, à ...* »

A. parle « d'intrusion » : « *Je dirais que je ne me laisserai pas intruser... au début, l'autisme ça rentre dedans* » et « *c'est mieux si on a quelque chose pour en parler, pour analyser.* » Dans son discours, A. fait toujours référence au fait que les choses peuvent se parler, ensuite se travailler. Les allers/retours entre pratique et théorie montrent que les contre-attitudes sont utilisées, travaillées en profondeur. « *Il y a toujours ce sentiment là d'être intrusée, d'être détruite, d'être quelques fois un peu fusionnelle avec l'enfant. Je pense que la psychose, c'est quelque chose qui peut aussi rapprocher fortement les êtres à leur insu, parce ça crée un sentiment, quelque chose qui va au-delà des mots, de la pensée, c'est au niveau du senti.* »

A. met l'accent sur le « ressenti ». L'identification adhésive dans laquelle fonctionne l'enfant autiste et les risques de se rapprocher non pas par les mots qui mettent une distance mais dans un corps à corps.

D. enchaîne avec un fait récent, elle souhaitait participer à un congrès :

« *Mon premier mouvement quand je me suis rendue compte que c'était le vendredi, ça été de me dire « le vendredi non ». J'essaie de faire un peu attention dans ma relation avec cette petite fille, de ne pas être trop fusionnelle. Je suis en train de basculer parce qu'elle me renvoie sans arrêt là dedans.* »

D. montre à quel point les autistes attirent une relation exclusive. A. l'explique à sa façon.

Elle reprend le fait que la relation ne passe pas forcément par les mots :

« *Je trouve que la relation avec un autiste c'est quelque chose qui va et qui vient, c'est comme un flux. Moi je le sens comme ça. C'est à dire, il nous fait quelque chose et nous on s'en imprègne plus ou moins, on renvoie quelque chose.* »

Le soignant occupe une place primordiale auprès de l'enfant :

« *Le gamin, quand on sent qu'il est en détresse parce qu'il a une perte de repères, nous, ce que nous avons tendance à faire c'est d'être le repère. Donc, autant l'adulte est le repère pour l'autiste, autant on ne se sent pas la possibilité de ne pas être là, de ne pas être son repère.* »

Cette position est valable dans les deux sens :

« *En même temps ce gamin nous sert de repère à nous aussi parce qu'on pense, on juge, en fonction de notre présence par rapport à sa présence.* »

Plus loin : « *Quand on veut prendre un congé annuel, quand on veut s'absenter ou quoi que ce soit, quand un de nos gamins personnels est malade on se dit : est-ce que je peux être défaillante, ne pas être là ? Parce que les enfants du centre ont besoin de moi. Enfin, c'est quelque chose qui a tendance à bouger parce qu'on en parle pas mal de*

ça. Toujours ce premier élan d'être là l'un pour l'autre et je trouve que c'est très imbriqué et ça se travaille. Il faut qu'on prenne de la distance par rapport à ça ? On a l'impression quelque part d'être indispensable. Non pas en tant que repère mais ça nous renvoie plus à une notion de défaillance. On se doit d'être là pour ne pas lui manquer et qu'est-ce que ça nous ferait à nous si on avait le sentiment de nous lui manquer au gamin ? Sur qui il va compter ? Qui va pouvoir le tenir autant que nous ? Dans la réalité, ce n'est pas ça, mais ça fait partie de nos fantasmes personnels et plus ou moins groupaux. On a cette manière de fonctionner dans l'équipe. »

Il est difficile de laisser l'enfant sans avoir le sentiment de l'abandonner et se demander va-t-il survivre sans moi ?

D. : *« Ces enfants, quand tu leur dis que tu ne peux pas être là le lendemain, ils te montrent une détresse qui est difficile à supporter. C'est ce que j'ai dit tout à l'heure et j'ai eu du mal avec. Je me suis rendue compte que le chauffeur de taxi attendait, M. enlevait sa chaussure, j'en remettais une, elle enlevait la deuxième, c'est la première fois qu'elle faisait ça. J'ai eu l'impression qu'elle faisait durer, trois fois de suite, je me suis fâchée. Ils te renvoient cet état d'esprit dans lequel tu es, c'est que tu n'as pas envie de faire mal car ils sont déjà tellement dans une telle souffrance, que tu te dis pourquoi en rajouter ?..., s'il y a moyen de faire autrement. »*

Le soignant a un « état d'esprit » particulier. Cet état d'esprit, tel que l'a défini W. Bion, permet d'accueillir les projections de l'enfant.

A. : *« Ils te renvoient à ta propre souffrance de séparation et ça c'est des choses... C'est en y pensant qu'on peut avancer, mais sur le moment, on est complètement dans la relation et ça renvoie une souffrance personnelle. L'enfant se sent abandonné, mais nous aussi. »*

Clivage

Dans ce cas également, le soignant peut très rapidement être amené à penser que les parents sont incompetents :

« Il y a tout ce qu'on peut avoir de ressentiment par rapport aux familles, parce que même si on s'en défend, on se dit : « les parents ils ne comprennent pas l'enfant, ils font ci, ils font ça. » On a tendance, ce sont vraiment nos sentiments, mais il ne faut pas s'arrêter là. Il faut pouvoir aller plus loin. Il ne faut pas non plus qu'on se mette à la place des parents. Je crois qu'il faut se situer dans un niveau de compréhension de l'autre avec ses défauts et ses qualités et essayer de voir à partir de ça. Des fois, on a tendance à trop projeter, on est soignant, on rêve d'un idéal pour ces enfants, notre but est de les sortir de leur autisme, de leur psychose, et en arrière plan, on a une espèce..., je ne veux pas dire de toute puissance, mais quelque part, il y a un peu d'honneur et d'instinct de vie de soi-même. Pouvoir faire quelque chose... exister. »

A. évoque la possibilité d'un duo exclusif dans lequel le soignant est seul à pouvoir sortir l'enfant de son autisme.

Fascination

A. parle de la fascination exercée par les enfants autistes sur elle :

« C'est aussi fascinant l'autisme, c'est attractif. Par rapport aux subtilités du psychisme de chaque individu. On est tous différents mais aussi tous un peu

pareils, qu'est-ce qui fait notre différence ? Qu'on communique ? Qu'on ne peut pas communiquer ? Moi je trouve ça assez fascinant, un peu du même style que les jumeaux ou les quintuplés, il y a toujours une part de mystère qui interroge. Il y a quelque chose qui n'est pas pareil, ils ne sont pas comme nous (rires). On peut le dire ou bien ça fait peur et dans ce cas mettre des distances. Ou ça peut captiver. »

Pour D. « *C'est vrai que ça interroge, c'est un puits sans fond, on ne sait rien. Si ça se trouve dans dix ans on travaillera sur d'autres bases, c'est une science complètement inexacte. Le cerveau est loin d'être complètement exploré. »*

Le mystère de l'autisme est lié à ses origines inconnues.

A. : « *Peut-être qu'un jour on va trouver l'ADN de l'autisme et le facteur déclenchant et que l'autisme aura perdu son mystère. Je trouve que c'est bien aussi. »*

L'étonnement renouvelé de la compréhension :

« Ce qui est fascinant, c'est de voir comment un gamin qui est complètement dans sa bulle, qui n'a pas d'échange avec l'autre, qui ne semble pas avoir de ressenti physique (la chaleur, le froid), on a l'impression que le bien être n'existe pas ou peu. Et puis de temps en temps, quand on leur parle, quand on leur explique des situations, on voit que ces gamins envoient une réponse. Ils ont perçu quelque chose de ce qu'on leur a dit. Je suis toujours fascinée de voir des choses comme ça. Quand P. est partie en congé maternité, je lui ai raconté, il est allé mettre ses bras autour de son cou et l'a embrassée. Nous sommes restées comme « deux ronds de frites ». C'est pas possible, qu'est-ce qu'il a pu entendre des mots, eh bien il a compris, ça semble complètement à côté car on se dit souvent qu'est-ce qu'ils entendent ? Qu'est-ce qu'ils ressentent ? Ils ont une pensée, un système de pensée qui est différent du nôtre. »

Ritualisation

Ici encore, la mise à distance des affects est comprise dans une dynamique évolutive qui donne vie au soin.

5.3.3. Aspects des contre-attitudes institutionnelles

Dans cette institution qui accueille de nombreux enfants autistes, le dispositif soignant fait l'objet d'une réflexion régulière et rigoureuse.

D'une manière générale, le cadre de soins associe contenance et déploiement d'une fonction pare-excitatrice. A l'intérieur de ce cadre, différents feuillets superposés lui donnent consistance. Les enveloppes successives intéressent à la fois le soin destiné à l'enfant afin qu'il puisse se construire psychiquement, et également les vécus des soignants et la vie institutionnelle. L'organisation de l'institution assure les moyens d'analyser et de métaboliser les contre-transferts de ses membres. Plusieurs niveaux sont traités.

5.3.3.1. Le travail individuel

Les éprouvés contre-transférentiels des soignants font l'objet d'un travail individuel. Chaque soignant rencontre le psychologue de l'institution une fois tous les quinze jours. Nous avons pu constater au cours des interviews que les professionnels rencontrés sont familiarisés

avec leur propre fonctionnement psychique, leur propre souffrance. Les manifestations autistiques telles que l'identification adhésive, les angoisses massives, l'absence de penser sont repérées. Les soignants, compte tenu de leur relation individuelle privilégiée avec un enfant, sont conscients d'être particulièrement exposés à la recherche fréquente de fusion. Pouvoir parler de ces ressentis, les faire travailler s'avère une aide précieuse et indispensable.

5.3.3.2. La réunion quotidienne - La réunion hebdomadaire

L'équipe se réunit une fois par jour pour parler des événements de la journée et une fois par semaine pour réaliser la synthèse du comportement d'un enfant. La mise en commun une fois par jour des événements de la journée permet à l'ensemble du groupe de déposer les vécus difficiles ou angoissants. La synthèse est l'occasion d'une analyse plus approfondie. Chacun peut parler des difficultés rencontrées quotidiennement. Les différentes positions subjectives des soignants sont considérées comme autant d'éléments complémentaires. Repris par l'ensemble du groupe, ces mots constituent la trame historique propre à toute l'institution. Le travail de rêverie du collectif soignant, de la même manière que la rêverie maternelle, est selon J. Hochmann,

« [...] source d'un plaisir : plaisir de construire un récit, plaisir de se le raconter en équipe, et de le raconter à l'enfant et à ses parents. »²⁴⁸

5.3.3.3. Une supervision extérieure

Une supervision par une personne extérieure à l'institution a lieu une fois par mois. Ce niveau supplémentaire aborde le contre-transfert institutionnel. L'ensemble de l'équipe travaille sur elle-même, sur ses positions thérapeutiques par rapport au contexte institutionnel dans l'analyse de son vécu individuel. Cette activité réflexive permet de lier à un autre niveau les éléments personnels, groupaux et cliniques.

5.3.3.4. Le dispositif global

Les différents espaces institutionnels mis à la disposition des soignants contribuent à fournir de multiples représentations psychiques du fonctionnement de l'autiste. Les phénomènes de groupe en lien avec les anxiétés primaires sont traités aux niveaux individuel et groupal. Ce cadre de référence aide à anticiper la suite envisageable à partir des indices fournis tant par l'enfant que par sa propre compréhension de soi. L'éprouvé groupal peut être traduit par l'expression suivante : le sentiment dominant est celui d'être « tenu ». J'ai parfois senti que les soignants expriment le désir de penser par eux-mêmes et de faire leur, la théorie psychanalytique selon leur propre expérience clinique.

Les soignants de cette institution sont avides de connaissance, désirent lire davantage et se former toujours plus. De nombreux livres et articles sont à leur disposition à l'hôpital. Ils font les démarches nécessaires pour faire accepter leurs demandes de formation. Ils prennent sur leur temps personnel et sur leur salaire pour participer à des conférences.

5.4. Une institution dans laquelle la théorie est au service des soignants

²⁴⁸ Cordélia ou le silence des sirènes, op. cit., p. 53. (74)

5.4.1. Description de l'institution

5.4.1.1. L'hôpital de jour

L'hôpital de jour est issu du redéploiement d'un grand service de psychiatrie infantile. L'hôpital psychiatrique, véritable terrain de novation et d'expérimentation en son temps recevait un grand nombre d'enfants psychotiques et autistes. Les psychiatres et les psychologues de l'institution, en collaboration avec le personnel, ont élaboré des techniques de soins et de pédagogie pour l'abord des enfants psychotiques et autistes. Etablissement de pointe, ils ont formé à leur méthode de nombreuses équipes extérieures.

Le changement, lors du redéploiement, n'a pas été simple, ni pour les enfants, ni pour les soignants. Pourtant, une certaine continuité a été respectée : *« La règle ça été pour prévenir les angoisses de séparation, d'observer une certaine continuité, et il a été demandé aux gens qui connaissaient ces enfants de continuer à les suivre. »* Renoncer aux anciens murs porteurs de l'histoire institutionnelle a suscité des craintes, comme dit F. *« On a eu des fantasmes comme quoi tout allait se briser, on n'allait pas être assez contenant. »*

Le nouvel hôpital de jour, une maison individuelle, est situé selon un nouveau découpage sur le secteur géographique qui lui incombe. L'équipe est composée de soignants venant des différentes unités de l'hôpital psychiatrique [unité de jour, unité de nuit, CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), unité de polyhandicapés. Des soignants d'origines diverses et aux expériences multiples ont été réunis pour constituer un nouveau projet de soins.

5.4.1.2. Le dispositif de soins

L'hôpital de jour accueille des enfants et des jeunes présentant des psychoses et des troubles de la personnalité. Les enfants viennent pour des temps partiels. Ils ont des soignants de référence. Ils ont des temps de groupe, des activités précises en groupe ou en individuel. Il n'y a pas de classe dans l'hôpital, les enfants sont scolarisés à l'extérieur. Ils ont aussi des temps d'activités cognitives avec des soignants. Les psychothérapies se font en groupe. Le dispositif institutionnel prévoit des temps de réunion et la parole circule facilement. Les divergences théoriques semblent cohabiter. Le personnel a, pour la plupart, une solide expérience et est intéressé par les formations, les supervisions et les conférences.

5.4.2. Aspects des contre-attitudes individuelles

5.4.2.1. Entretien avec une éducatrice spécialisée

F. éducatrice spécialisée a débuté il y a une vingtaine d'années dans le service de psychiatrie avec des enfants psychotiques et autistes. Elle évoque ses débuts :

« Quand j'ai connu les enfants autistes, je me suis énormément défendue... Plus tard je me suis plus mise à la portée de ces enfants et j'ai plus tenu compte de mes émotions. »

La première défense, lorsque l'on se trouve confronté aux autistes, est de se fermer aux émotions et de s'assigner un objectif.

Elle explique aussi comment elle a été formée :

« On a pas mal été initié à la théorie kleinienne et de Malher et ça nous a donné pas mal d'outils pour contenir ces enfants et jouer, autant que faire se peut, le rôle de pare-excitations... Un autre aspect intéressant, un côté un peu laboratoire, c'est d'être en position d'observer ce qui se passait et de rapporter tout ça. Et là dessus on théorisait. La théorie nous a beaucoup aidé. On débutait pour beaucoup dans la profession, donc c'était difficile de faire appel à ses propres ressources qui étaient, je dirais, assez faibles. La théorie était un étayage important. »

Avant de rejoindre l'équipe de l'hôpital de jour, F. a travaillé en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel. Pendant ces années elle a suivi une formation à la conduite de groupes thérapeutiques. La façon dont elle en parle montre une solide expérience de thérapeute.

« Pour moi, c'est un travail qui a vocation à favoriser la constitution d'un espace interne, à permettre à des représentations de se mettre en place, et à développer la capacité de symboliser, de mentaliser et de produire du sens. La médiation principale, c'est le jeu qui va du jet de l'objet au jeu verbal, en passant par la mise en scène du corps, ainsi que par la mise en scène de matériel figuratif... Un peu ce que je définirais comme une aire transitionnelle. Il me semble que le travail en groupe peut bien se définir comme ça, avec un groupe contenant ce qui est une surface de projection, un creuset, un support d'identification, un lieu de partage, d'émotion qui est investi énormément sur le plan libidinal. C'est un lieu de relation, de socialisation, de mise en relation et il me semble être un prototype des autres groupes dont l'enfant fait partie... Il y a le ou les soignants, un lieu, un temps déterminé qui sont au service de la fonction pare excitation, de la fonction contenante. »

Le témoignage de F. traduit au sein de cet hôpital une « polyphonie », une souplesse dans le fonctionnement qui ne peut être qu'enrichissante. Son expérience actuelle, les allers-retours sur le passé lui permettent d'analyser ses contre-attitudes.

Indifférenciation

La confrontation avec les enfants autistes est éprouvante.

« C'étaient des gosses qui se projetaient sur les murs, s'automutilaient, c'était vraiment très dur. »

F. a maintenant d'autres mots pour parler des autistes.

« Il y a quand même au départ cette pulvérisation du sens chez l'enfant autiste. C'est vraiment..., on dirait que..., enfin c'est tellement souffrant tout ça, pour lui, qu'il faut anéantir le sens. Et nous, on est tout le temps en train de chercher du sens, et ça renvoie à des choses existentielles, la quête de nos vies, le sens. »

Son approche très introspective montre le cheminement qui a été le sien.

« C'est vrai que cette rencontre est tout à fait particulière et singulière. Elle convoque les parties archaïques de soi. Dans un premier temps, c'est quand même assez difficile, et moi j'ai cette image d'un gant retourné. Je me suis dit que c'était Freud qui en avait parlé à propos de la féminité, chose chez Freud qui m'ai... mais bon. Par exemple, le gant à l'endroit figurait à l'extérieur, la

partie visible et socialisée du moi avec une peau externe bien délimitée, souple qui favoriserait les contacts à l'aide d'une doublure, ça pourrait être une sorte de filtre, une interface tandis que l'espace intérieur représenterait le monde interne bien circonscrit et communiquant de façon à doser avec son extérieur, en l'occurrence le moi. L'enfant autiste, je le perçois comme un gant retourné c'est à dire qu'il projette son espace interne directement à l'extérieur sans filtre et où il s'agrippe aux surfaces externes en exerçant une pression de façon à les anéantir, à les vider de leur substance interne et sans que cette opération soit destinée à s'incorporer leurs qualités mais plutôt à les pulvériser. »

L'indifférenciation se fait sentir par le manque de contenant, le vidage : le changement de locaux a une incidence sur les enfants autistes. Nous constatons ce que G. Haag fait remarquer à propos de la projection dans les espaces architecturaux.

« J'ai vraiment eu affaire à un vidage, le groupe se répandait, coulait dehors, en plus toutes ces angoisses chez les enfants. »

Le cadre matériel du nouvel hôpital de jour se fait sentir :

« On fait le groupe dans une salle de jour qui est la salle de tout le monde, en plus ouverte de tous les côtés, il y a des baies vitrées qui s'ouvrent et deux portes. »

L'indifférenciation entre l'extérieur et l'intérieur des autistes est soulignée par F. :

« S'il y a la tempête au dehors, on voit bien que pour certains ça peut être dedans aussi. On voit de l'agitation dans le groupe et c'est un peu d'orage qui rentre dedans. »

Ce trait symptomatique de l'autisme donne l'impression d'un contact sans peau, l'autiste essaie de pénétrer l'autre :

« Dans la rencontre avec l'enfant autiste, c'est souvent l'impression d'être anéanti, vidé, bouffé, sucé, comme si on allait se vider de sa matière, d'être béant et du coup de laisser passer des choses qui ne sont pas élaborées. Justement, de ressentir des angoisses très fortes, quoi de... d'être mordu, d'avoir envie de mordre, d'avoir aussi de... de bouffer l'autre, de se sentir objet d'une relation et même objet partiel, d'être en morceaux. »

Les manifestations somatiques sont présentes et reconnues :

« Quand on va dans l'évolution des angoisses de séparation, je retrouve des choses comme ça. Il y a des moments où je vais être mal dans ma peau et je ne m'explique pas bien et puis jusqu'au moment où je réalise qu'il y a des aspects contre-transférentiels. C'est le cas en ce moment avec ce petit garçon qui n'arrête pas de partir du groupe. J'ai l'impression qu'il y a des affects très douloureux liés à la séparation, des choses que je peux ressentir et traduire somatiquement, quoi. Il me faut un temps pour réaliser, j'ai un malaise, des troubles somatiques, je digère pas bien, j'ai mal au dos, j'ai des maux de tête. »

L'introduction d'un tiers n'est pas évidente :

«Le groupe où l'on se retrouve à trois soignantes on s'était dit qu'une serait à tour de rôle en position d'observateur [...] on s'était bien dit qu'on tournerait, mais la collègue qui se rajoute..., elle a toujours le sentiment d'être en plus, d'être une pièce rapportée. »

Pourtant F. insiste sur la nécessité d'un tiers :

« Chaque instant, dans cette rencontre avec ces enfants, il faut se repositionner comme sujet et ça demande l'intervention d'un tiers. Il faut absolument se dégager un espace personnel avec un autre. »

Clivage

L'attitude soignante diverge et semble diviser l'institution. Dès le départ certains ne sont pas d'accord quant à la façon de prendre en charge les enfants autistes. *« Beaucoup de gens dans l'institution critiquaient en disant que c'était de la contention, de l'aliénation..., toutes ces représentations très dures, très agressives de l'hôpital psychiatrique. »*

Pour ceux-là, il faut laisser les enfants libres. Pour d'autres comme F. il s'agit de mettre des limites, d'être contenant, de créer un cadre dans lequel on puisse rencontrer les enfants.

Les clivages de pensée demeurent sur la manière de prendre en charge les autistes :

« Il y a des crises, on s'aperçoit après que ça correspond à un moment de crise pour l'enfant et tout d'un coup, on se met à se disputer autour de lui. Alors c'est parce qu'on va trouver que « une telle » est vraiment trop maternante avec l'enfant... La personne en question dit qu'elle est la seule à le comprendre et même elle se retrouve souvent dans la position de l'enfant. »

Fascination

Dans les années 1970, les théories psychologiques véhiculent l'idée que l'on peut sortir l'enfant autiste de sa bulle.

« On partait un peu avec l'idée, c'était un peu la boutade : partez avec l'idée qu'ils peuvent tous devenir ingénieurs alors d'un point de vue humain, c'était chouette, mais en même temps, ah ! dit donc l'arrivée, pouh ! c'était dur ! »

Dans les années 1990 le point de vue est quelque peu différent : *« C'est un travail de défricheur, de découvreur et, à la limite, la plus petite chose prend vraiment..., le plus petit bout, et ça devient, ça a un côté fascinant, c'est ce que les gens découvrent, ces signes corporels, ces bruits, comme quand on a le nez dans l'herbe sur l'infiniment petit qui est aussi l'infiniment grand. C'est vrai qu'il ne faut pas avoir des illusions démesurées, ça aussi, j'ai fait un peu le deuil. »*

Ritualisation

Dans le discours de F. les éléments qui caractérisent la ritualisation n'apparaissent pas. On peut seulement remarquer l'évocation de la « déliquescence de l'institution mère » qui figée sur elle-même a fini par disparaître.

5.4.2.2. Entretien avec une monitrice éducatrice

A.M. s'occupe d'enfants autistes depuis quinze ans. Elle n'en avait pas entendu parler pendant sa formation. Elle aussi a travaillé dans le service de psychiatrie infantile. Elle s'occupait de groupes d'enfants. Même après toutes ces années passées auprès des enfants autistes, la fascination demeure :

« Comment eux nous perçoivent ? Est-ce qu'on est une personne en face d'eux ? Est-ce qu'ils savent qu'on est là pour les aider ? Est-ce qu'on est un robot ? Les enfants ne parlent pas et nous on parle, le vide est là. »

Les sentiments de non existence sont présents :

**« Quand il y avait des coupures, j'avais l'impression que je n'existais plus. »
« J'appellerais ces enfants mystérieux, j'ai l'impression que je suis loin d'avoir fait le tour. »**

Indifférenciation

« Ils font vivre des choses qu'on a du mal à contrôler. Des fois, dans un groupe tout va bien, il n'y a pas d'enfants angoissés et puis tout d'un coup, un enfant se met à crier alors qu'il ne s'est rien passé. Alors je cherche, au bout d'un moment, je réalise qu'un avion passait dehors. Tant que je n'ai pas pu exprimer ça, le gamin n'a pas arrêté de crier. Il faut écouter les moindres bruits. »

Ce que dit A.M. traduit le mode d'être de l'enfant autiste. La bidimensionnalité et le mode d'identité qui lui correspond, l'adhésivité. Des distorsions de la perception de l'espace. La différence entre l'extérieur et l'intérieur est annulée. D. Meltzer décrit :

« [...] les moments où ces enfants hurlent de terreur quand un avion passe dans le ciel ou un camion arrive dans la cour de la maison, où l'on vit un instant avec eux, que l'avion ou le camion sont là, sans limites entre l'intérieur et l'extérieur. »²⁴⁹ « Il y a des choses que l'on n'arrive pas à saisir. On sent qu'ils sont angoissés. Même si on en parle en équipe on se sent démunis, on veut répondre dans l'immédiat ... On ne peut pas se permettre de se laisser aller, on a l'impression qu'ils nous bouffent. On écoute, on observe. Quelqu'un entre, il faut les prévenir, tout expliquer, ça les sécurise. Et si tu dois échanger avec cette personne, ils ne te laisseront pas cette possibilité là. »

Eviter ces moments de terreur demande une disponibilité presque exclusive. Effectivement :

« Ce sont des enfants qui te pompent ton énergie. »

Ritualisation

A. M. utilise, ritualise les conduites soignantes en employant des éléments pratiques de l'éducation structurée. Toutefois, cela ne l'empêche pas d'être très à l'écoute des enfants et d'avoir un sens clinique développé. Elle ne renie rien de son ancien savoir faire et l'intègre à son expérience actuelle.

Clivage

Il n'apparaît pas de clivage dans ses propos.

5.4.3. Aspects des contre-attitudes institutionnelles

L'histoire de cette institution est étroitement liée à celle de l'hôpital psychiatrique. L'ancien hôpital « mère » constitue les strates de la préhistoire du nouveau service. Etablissement novateur en son temps, il est porteur des expériences, des espoirs, des mythes de toute une génération de soignants. C'est le lieu où nombre de soignants ont « grandi ».

²⁴⁹ Explorations dans le monde de l'autisme, op. cit., p. 6. (113)

Protégés symboliquement par l'institution avec un grand I, les équipes soignantes se sont identifiées très fortement à sa culture. Le dispositif institutionnel, avec à sa tête, médecins et psychologues, a mis à la disposition de son personnel son savoir théorique, le partage des affects et leur élaboration. Allier travail de terrain avec élaboration clinique et théorique est très stimulant. De plus, les conditions de démarrage de l'institution mettent tous les membres de l'équipe sur un plan d'égalité, procurant ce que D. Anzieu nomme un sentiment d'illusion groupale. Le souvenir qui demeure est celui d'une grande aventure. Dans ces conditions, la « mise à mort » de la grande institution est vécue comme un effondrement ; F. emploie le terme de « déliquescence ». Les changements inhérents à la modification de statut s'accompagnent de questionnements, d'inquiétudes voire d'angoisses, de fantasmes de morcellement. Les murs de l'hôpital « mère » n'assurent plus leur rôle protecteur symbolique et privent soignants et enfants de leurs repères habituels.

L'ouverture du nouvel hôpital de jour constitue un point de départ différent. Il s'agit de locaux plus petits, situés à la périphérie de la ville. La taille de l'équipe est proportionnée avec les locaux. Il s'agit aussi d'accueillir les enfants autistes qui se retrouvent eux aussi dispersés. Après un éprouvé groupal semble-t-il catastrophique, succède un éprouvé d'une institution en devenir. L'équipe, recomposée, permet à chacun de ses membres d'évoluer. Chaque soignant est porteur de son histoire personnelle, de l'histoire vécue à l'hôpital psychiatrique. Les différentes pratiques, qui semblent inscrites dans l'histoire de l'institution, sont renouvelées ici. F. travaille selon des modalités très thérapeutiques, A.M. mêle approche psychologique et méthode TEACCH. La parole circule entre les soignants. Les contre-attitudes sont évoquées et travaillées. Le dispositif a une certaine souplesse et des qualités de plasticité.

Les enfants autistes font l'objet de questions au sein de l'équipe : faut-il intégrer une classe dans le cadre de l'hôpital de jour pour ceux qui bénéficient rarement d'une intégration dans une école ordinaire ? La pathologie autistique ne produit pas une fermeture de la pensée, mais suscite des hypothèses sur le fonctionnement du psychisme des enfants autistes, des représentations quant à un modèle plus général de fonctionnement. L'image du « gant retourné » permet de figurer le fonctionnement global de l'institution. L'hôpital de jour fournit aux enfants un lieu protégé comprenant des liens avec l'extérieur. C'est aussi un espace suffisamment contenant, une toile de fond, comportant des espaces différenciés qui aident à la constitution d'une peau psychique qui leur font défaut. Même si accompagner ces enfants est parfois décourageant et laisse beaucoup de questions en suspens, l'activité de représentation et de symbolisation, la théorisation permet aux soignants de ne pas se laisser envahir par le vide, le non-sens et la contagion. Peut-être pouvons nous suggérer qu'il s'agit de prolonger ce qui a été connu dans le précédent hôpital. Dans ce sens, les échanges avec l'extérieur sont souples, le personnel a le désir de se former.

5.5. Une institution où le clivage est actif

5.5.1. Description de l'institution

5.5.1.1. L'Institut Médico-Educatif

L'établissement, un institut médico-éducatif, est créé dans les années soixante par une association de parents. Il reçoit, en internat de semaine, des enfants et des adolescents déficients mentaux profonds. Certains d'entre eux ont des troubles psychotiques ou autistiques sévères.

Cet établissement fonctionne selon les principes de l'éducation spécialisée. Plusieurs petits groupes sont placés sous la responsabilité d'éducateurs disposant d'une autonomie relative et s'organisant le plus souvent de façon indépendante.

Les enfants et les adolescents présentant des troubles autistiques parce qu'ils réagissent mal aux pratiques éducatives habituelles sont regroupés. Depuis quelques années l'institution a un agrément pour accueillir quinze enfants autistes.

5.5.1.2. Le dispositif éducatif

Les dispositifs éducatifs successifs concernant les jeunes autistes sont différents de ceux pratiqués de façon habituelle dans l'établissement.

Le premier dispositif s'appuie sur une référence d'inspiration psychanalytique. Il s'organise autour d'un projet de soins. Le travail se fait essentiellement sur la relation thérapeutique qui peut s'instaurer entre un enfant et un soignant, et sur les changements qui peuvent s'opérer. Le travail se fait essentiellement à l'intérieur de l'établissement. Les rapports avec l'extérieur de l'institution, et même avec le reste de l'institution sont rares. Le psychiatre a un rôle de superviseur de l'équipe. Les éducateurs se forment par les lectures, les conférences et les observations que leur fait le psychiatre.

Le second dispositif est éducatif. La méthode de référence est TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children). Je rappelle que ce sont des programmes de rééducation comportementale qui visent à définir les capacités et les compétences perceptives, motrices, cognitives et verbales de l'enfant autiste afin de constituer un projet rééducatif. Cette façon de travailler met l'accent sur les apprentissages, qu'ils soient cognitifs ou sociaux. Dans ce dispositif, il n'y a pas de suivis psychologiques. Le psychiatre de l'institution toujours présent à certaines réunions n'a plus un rôle de superviseur mais un rôle de consultation. Les formations sont des régulations ou des perfectionnements à la méthode TEACCH.

5.5.2. Aspects des contre-attitudes individuelles

Deux entretiens ont été réalisés auprès de quatre éducateurs spécialisés qui ont en charge un groupe de jeunes autistes. Il s'agit de J. depuis treize ans dans l'établissement, de M.CI. depuis vingt quatre ans, M.C. depuis treize ans et de S. la plus nouvelle, quatre ans d'activité.

Lors du premier entretien, alors qu'ils sont présents tous les quatre, c'est J. qui prend la parole et la gardera. Il semble être le porte-parole du groupe. J'apprendrai, à l'occasion d'une rencontre professionnelle ultérieure, qu'il a suivi la formation de directeur d'établissement et qu'il a quitté l'IME pour prendre un poste correspondant à sa nouvelle qualification. Ainsi, au cours de ces entretiens, il faisait en quelque sorte le bilan de toutes les années passées dans l'institution de façon libre, puisqu'il allait bientôt partir.

« Depuis 13 ans, je travaille avec des jeunes autistes. Il y a un groupe d'autistes depuis 6 ans. J'ai aidé les jeunes avec une approche analytique (Bettheleim, Kanner, Winnicott, M. Klein) que j'ai acquise par des lectures, des formations théoriques, des échanges avec les collègues et les psychiatres. Depuis 4 ans nous avons une formation d'éducation structurée : théorie, pratique, évaluation. »

Cette parole introductive annonce de quoi il est question : le passage d'une méthode d'inspiration psychanalytique à une méthode d'éducation structurée. L'entretien s'articule en deux parties distinctes. La première correspond à l'utilisation de la méthode

psychanalytique, la seconde celle de la méthode TEACCH. Le passage de l'une à l'autre est marqué dans le texte par l'emploi de l'imparfait puis du présent.

Dans la première partie du texte, deux positions contre-transférentielles apparaissent : la fascination et l'indifférenciation. Dans la seconde partie du témoignage, les représentations de l'autisme changent. Elles deviennent handicap.

Fascination

Plus que la fascination pour les enfants, d'emblée ce qui est mis en avant c'est l'attrait fascinant qu'exerce la théorie psychanalytique.

« C'est un domaine où l'imagination travaille beaucoup : beaucoup de plaisir à penser la théorie et à paraître hermétique. »

La psychanalyse est appliquée à la lettre, le secret des séances est de rigueur :

« Il ne fallait surtout pas dévoiler ce qui se passait entre les éducateurs et les jeunes. C'était seulement en supervision avec le psychiatre qui faisait une analyse des attitudes et des comportements. On nous demandait surtout de ne pas exiger, mais il fallait attendre le désir, il fallait leur laisser le temps. »

La notion de désir est présente. L'autiste est prisonnier d'une cage de verre et on doit l'en sortir pour le révéler.

« Notre objectif était de construire un « moi » suffisamment solide, de détruire une relation avec la mère et reconstruire quelque chose. »

Dans cette perspective, un changement structural de la personnalité est attendu. Cette affirmation sous-entend que, du fait de la réorganisation de son système relationnel, l'enfant va évoluer vers une normalisation. L'objectif, ambitieux, n'est pas tempéré par le fait que vivre une nouvelle relation avec un soignant n'a pas forcément d'action résolutive directe et que le mode psychotique d'investissement de l'objet n'est pas fondamentalement transformé par la rencontre d'un « parent idéal ».

Indifférenciation et collage

« Tout se passait au niveau relationnel, quand un éducateur était absent (en maladie, en congé), c'était la catastrophe. On a des manières très différentes de fonctionner. On interprétait cette difficulté sur le fait que l'éducateur avait coupé la relation avec le jeune. Le jeune avait remarqué nos manies, nos habitudes, nos seuils de tolérance, ça l'avait sécurisé au bout d'un certain temps. »

Educateurs et jeunes forment des binômes où les liens noués sont exclusifs. Ce qui fait dire à J. « *Tout se passait au niveau relationnel.* » Dans ce contexte, les séparations sont difficilement envisageables et sont vécues comme des coupures.

« Comme ils ne voulaient pas se laver, alors on les lavait. On avait l'impression d'entretenir une relation et ensuite de les larguer. »

La question de la séparation se profile encore d'autant plus que les éducateurs voient les enfants grandir et devenir de jeunes adolescents. Dans de telles conditions la séparation ne peut se faire qu'avec un sentiment psychique d'abandon. Dans cette relation fusionnelle les mots se vident de leur sens.

« Il fallait surtout leur parler, mettre des mots sur leur douleur et leur souffrance, sur leur comportement, faire des interprétations multiples. Calmer par des mots,

s'isoler avec un jeune. Le jeune c'était cyclique. Les attitudes revenaient, les crises de boulimie aussi. On ne savait pas. On créait un cocon dans lequel on s'adaptait mutuellement et c'était terminé, on surprotégeait les jeunes. On ne voyait pas beaucoup de progression. »

Les mots sont insuffisants et ne résistent pas à la répétition des symptômes autistiques. C'est le vide angoissant. Ici est pointé le fait que l'on s'enferme dans des fonctionnements rituels de façon à ce que les choses soient vivables. Le danger est alors de figer le temps et de s'isoler du reste du monde.

Ritualisation

L'apparition dans le discours des éducateurs d'une tendance à la ritualisation correspond surtout à la période d'utilisation de la méthode TEACCH. Le concept clé du programme TEACCH est celui d'un environnement individualisé structuré. *« Ce qui est important, c'est de savoir si le jeune sait ce qu'il doit faire, quand il doit le faire, et ce qu'il va faire après. S'il n'a pas ces réponses, il faut l'aider. »*

Le concept s'applique aux moyens de communication comme le langage, aux émotions mais aussi à la vie quotidienne.

- Le langage

Le langage s'appuie sur un support visuel.

« La différence, c'est le fait qu'on parlait beaucoup et qu'ils n'y pigeaient que dalle et le fait qu'on leur dit peu de choses... Par exemple, si on dit « va chercher un pot » le jeune part et revient sans rien. Par contre, si on lui montre le pot, il le ramène. Avant on disait qu'il n'avait pas envie. A chaque fois qu'il y a des attitudes de jeunes, on essaie de comprendre ce que le jeune essaie d'exprimer et on lui donne des outils pour comprendre : aides visuelles, gestuelles et mots simples, beaucoup de cartes, d'objets. Ce sont des aides indispensables, car verbalement c'est trop. »

Dire « qu'ils n'y comprennent rien » c'est supposer que l'enfant autiste est comme un individu placé au milieu d'une culture dont il ignore le langage. Lui parler en termes d'affects, d'émotions, de désirs, d'intentions, c'est proférer devant lui des mots incompréhensibles, créant de toute pièce une situation anxiogène et de ce fait, déclenchant des symptômes comme des troubles du comportement ou l'automutilation. Parler de façon simple et avec un support visuel c'est tenter de parler sa langue, et entrer en contact avec lui, en limitant les débordements les plus gênants. Il est important de maintenir une homogénéité entre les différents interlocuteurs de l'enfant de manière à ne pas introduire entre eux une différence de potentiel qui pourrait être source de décharges dangereuses pour l'enfant.

- Les troubles du comportement

Les troubles du comportement sont compris dans ce que U. Frith nomme le défaut de théorie de l'esprit. L'enfant autiste vit dans un monde qui se limite au niveau le plus bas de la perception des faits, il ne tient pas compte du contexte, il ne parvient pas à donner sens aux événements abstraits et aux jeux sociaux qui surviennent dans son environnement.

« On considère que les jeunes ne peuvent pas faire, plutôt que ne veulent pas faire. On fait beaucoup d'apprentissages à tous les niveaux (socialisation, autonomie des besoins, outils simples). La vision que l'on a, à présent des

troubles du comportement est la suivante : on s'est rendu compte qu'un jeune qui a des troubles du comportement, c'est le seul moyen de faire comprendre quelque chose, c'est une forme de « toute puissance ». (Un autre éducateur dit : ça me gêne toute puissance). J. reprend : ils font des crises épouvantables pour faire céder, ils sont complètement paumés . Avant on pensait souffrance, il fallait absolument qu'on comprenne, maintenant on dit : ils veulent dire quelque chose. »

Avant, la crise correspondait à un état de détresse psychique intense, aujourd'hui c'est une demande mal formulée. Le paradoxe est que c'est maintenant qu'ils veulent dire quelque chose.

La recherche des sensations est perçue différemment.

« Il y a aussi cette attirance pour les moments d'émotion, c'est un plaisir très important : quand ils se font disputer. Ils vont rechercher ces moments. Si on pense maladie mentale, on dira qu'il est pervers. Mais c'est pareil pour deux personnes qui s'embrassent, un accident de voiture. Il y a une excitation. C'est une mauvaise compréhension des situations sociales. »

Les conduites émotionnelles sont la plupart du temps inadéquates et arrivent le plus souvent dans les moments informels. Pour cette raison, les journées sont structurées :

« Il faut structurer leurs journées, leur vie avec des activités compréhensibles par eux, des activités répétitives, mais aussi des activités différentes : courses, randonnées, piscine. Tous les matins c'est régulier, les activités sont individualisées avec un coin travail pour chaque enfant. Les jeunes peuvent se reposer. Ou alors, il y a une organisation pour des temps informels, si possible. Avec les cartes, ils savent ce qu'ils font. Pour une jeune, la présentation de la carte porte monnaie a calmé l'agitation et a permis de changer de magasin. »

Clivage

Lors du premier entretien l'élément déclencheur du changement retenu est un fort sentiment d'impuissance.

« Les aides étaient impuissantes, il n'y avait pas de résultats, on ne voyait pas beaucoup de progression. Au quotidien, qu'est-ce qu'on fait des interprétations analytiques ? »

A cette question une réponse est apportée.

« On a appris que dans la région il y avait un séminaire sur TEACCH. On n'était pas emballé, on s'est dit qu'il fallait aller voir plus loin. On a pris des renseignements sur la méthode Doman, sur les packs [thérapies corporelles : pour l'une ce sont des massages, pour l'autre ce sont des enveloppements. Ces méthodes favorisent les sensations. La forte excitation procurée par ces techniques créent les conditions du mantèlement], on était quand même méfiants. On s'est dit, on ne savait pas trop, ça faisait comportementaliste. On a fait une semaine de stage théorique et une semaine de stage pratique une année plus tard. »

A une première lecture, le choix d'une nouvelle méthode semble réfléchi et sans conflit majeur.

« On a beaucoup réfléchi, ça nous a brassés. Considérer l'autisme comme un handicap et non pas comme une maladie mentale, on a mis longtemps avant de prendre conscience, avant d'admettre, qu'on naît autiste. »

Des arguments raisonnables sont mis en avant : si auparavant l'autiste est énigmatique, « retiré d'un monde affreux », victime en quelque sorte, victime de sa mère ? de ses parents ? Il devient un enfant handicapé, et cette idée est plus représentable psychologiquement.

« Quelque chose nous paraît plus clair, l'incompréhension, le repli c'est un réel handicap. En plus, les parents paraissent si équilibrés, avec d'autres enfants normaux, ça nous paraissait difficilement croyable... La culpabilité que traînait les parents... »

Les éducateurs expriment ici que la participation des parents aux programmes éducatifs leur ôte les sentiments de culpabilité.

La culpabilité et les énigmes sont levées : « En fait, il y a des tentatives de communication de la part des jeunes qui passent par les troubles du comportement, les problèmes de langage. »

Lors du second entretien, je leur demande de parler à nouveau de la méthode TEACCH. Les quatre éducateurs prennent la parole tour à tour.

M.C. , éducatrice depuis vingt quatre ans dans l'institution, commence : « C'est surtout la lassitude, plus envie de rien faire car on ne faisait rien. Il y avait toujours les mêmes difficultés de communication, de compréhension. »

Le vécu d'impuissance déjà évoqué revient.

M.C poursuit : « Quand on utilisait la méthode psychanalytique, on avait des temps individuels avec les jeunes, le mot que le jeune disait on devait le rapporter au psychanalyste. Si ça n'avait pas changé, j'aurai quitté le groupe... Il n'y avait rien de concret. J'ai passé des heures assise par terre avec le jeune, il fallait attendre, il ne bougeait pas. »

Dans la relation duelle le temps est figé.

J. : « On se transformait en observateur, on essayait d'exprimer ce qu'ils avaient à l'intérieur, par des chansons, des mimes. On notait ce qu'ils faisaient. »

On peut imaginer que la part d'interprétation personnelle est importante.

M.C. : « Moi, je décrivais des gestes, des comportements, pourquoi il léchait la vitre, à quel moment, si j'étais située près de lui ou non... »

Pratiquée de cette manière, la méthode psychanalytique devient très descriptive, desséchante pour la pensée.

Cette façon de faire trouve ses racines dans la fascination qu'induisent les enfants autistes. Les troubles particuliers des enfants confèrent aux éducateurs un statut à part, celui de soignant. Eux seuls ont le pouvoir de les soigner.

J. : « Dans la maison, on avait une aura, il y avait le groupe des psychotiques et le groupe des handicapés. »

Ils expliquent comment ils étaient pris dans le mouvement d'indifférenciation de l'autisme.

M.C. : « A cette époque si un jeune ne supportait pas les déchets, on les enlevait de sa vue. Un autre, quand il est arrivé ne mangeait que de la banane écrasée et des yaourts, on ne lui proposait pas autre chose. Comme il marchait pieds nus, on le portait. »

M.C. : « Les jeunes étaient mis de côté, dans des pièces à part, on n'allait jamais à la fête de Noël. Maintenant, le personnel connaît mieux les jeunes. On s'est toujours mis en retrait, ça date de cette époque. Matériellement on était isolé, on passait par une porte dérobée. »

L'étrangeté des enfants et de la place à part occupée dans l'institution conduit à l'isolement.

Un élément d'importance est passé quasiment sous silence. C'est l'annonce du départ à la retraite du psychiatre. A l'origine de la réflexion à propos des soins à donner aux autistes, il est présent en filigrane : c'est à lui que sont rapportés les « mots » des enfants et cela dans le plus grand secret, c'est lui aussi qui dispense les interprétations. Il apparaît comme une pièce maîtresse dans ce dispositif. Comment son départ pouvait-il être envisageable ? Nous avons vu combien la séparation et la perte sont des problématiques aiguës entre les enfants et les éducateurs. La mise sous silence du départ à la retraite du psychiatre nous amène à faire l'hypothèse d'une impossibilité à mentaliser ce qui se rattache à la séparation. Ne pouvant accéder à la dépression, un clivage se crée dans l'équipe : il y a ceux qui souhaitent poursuivre la même ligne de conduite instaurée et ceux qui désirent un changement.

J. « Quand on a essayé de structurer leur vie, des différences théoriques se sont révélées incompatibles, certains disaient que les jeunes n'avaient pas envie ou ne savaient pas, par exemple, pour se laver. C'étaient deux prises en charge de plus en plus éloignées. Pour les autres, c'était les mettre dans un cocon, ne pas les contrarier... Problème douloureux, beaucoup de conflits, de déni, jusqu'à ce que ça devienne impossible. »

Les divergences sont telles qu'il devient impossible de continuer dans cette direction.

« Peu à peu c'est devenu tendu avec le psychiatre, ce qu'on faisait était considéré comme la peste noire. Après on n'était plus soignant, on était éducatif. »

Des sentiments hostiles sont attribués au psychiatre.

Pour sortir de cette situation impossible seule l'intervention d'une autorité supérieure est envisageable.

« C'est la directrice qui a pris la décision finale. »

Après coup, une interrogation se fait jour : « D'où la grosse question : est-il possible de fonctionner avec deux approches si différentes ? à savoir l'autiste handicapé, et l'autiste malade mental capable de comprendre tout ce qu'on lui dit ? »

Considérer les deux approches est difficilement pensable même après plusieurs années.

5.5.3. Aspects des contre-attitudes institutionnelles

Les troubles autistiques que présentent certains enfants conduisent l'institut médico-éducatif à élaborer deux dispositifs successifs pour les accueillir. Ces positions inhabituelles singularisent le groupe d'autistes dans une institution à vocation éducative. Les attitudes institutionnelles adoptées nous paraissent révélatrices de ce que la pathologie autistique peut générer.

Le premier dispositif, à visée thérapeutique, se démarque très nettement de la pratique institutionnelle habituelle. Soutenus par le psychiatre de l'institution, les éducateurs se transforment en soignants. Très soucieux d'obtenir des résultats, ils s'investissent passionnément dans leur tâche. Un engouement pour la psychanalyse et son application à la vie quotidienne de l'institut est observé. La « Psychanalyse », mise sur un piédestal,

apparaît comme l'instrument « magique » qui va permettre de sortir les enfants autistes de la cage de verre dans laquelle ils sont enfermés. Le psychiatre est celui qui apporte la connaissance. Elle lui confère, même s'il s'agit d'une place imaginaire, une position de toute puissance au sein du groupe. Il est celui à qui on réfère chaque fait, chaque difficulté. Le groupe d'éducateurs, très identifié à son « maître à penser », adopte de façon univoque les règles analytiques. Désir de l'enfant, mise en mots, interprétation sont respectés scrupuleusement. Les questions sur le maniement du transfert, les conditions d'une interprétation, le risque d'utiliser ses propres mots et fantasmes et de transformer les mots en objets violents, la place des éducateurs ne se posent pas (ils étaient ceux-là mêmes qui les lavaient et leur donnaient à manger). On est loin des théories plus récentes qui insistent, au contraire, sur la nécessité d'une relation stable, mais partielle et lacunaire, afin qu'une place soit laissée à l'élaboration symbolique et au manque. L'accent était mis sur la relation duelle. D. Anzieu fait remarquer

« [...] qu'elle désigne, au sens strictement psychanalytique, non pas un dispositif matériel mais la relation symbiotique du nourrisson à sa mère. »²⁵⁰

Petit à petit, le système qui vit de façon isolée se trouve aux prises avec le processus autistique : isolement, fascination, immuabilité. L'application des règles psychanalytiques à des enfants autistes a semble-t-il produit un enfermement. Car dire ce que l'on comprend ou ce qui vient à l'esprit ne suffit pas à provoquer un changement. Il s'est formé un cocon, un îlot sans investissement relationnel extérieur. D'après J. Hochmann :

« L'enfant autiste est habile à susciter chez ses éducateurs des fantasmes de toute puissance, à laisser croire qu'eux seuls possèdent la bonne manière pour les aider et qu'en dehors d'eux le monde est composé d'incapables. Mais bien vite le sentiment contraire apparaît, sous la forme d'une totale impuissance. A la fascination éblouie par l'enfant, à l'illusion d'être seul à pouvoir le comprendre et l'aider menacent toujours, de succéder le désespoir, un sentiment de vide et d'incompétence. »²⁵¹

Le départ du psychiatre déclenche une dépression épouvantable. Les angoisses primaires sont activées. L'éprouvé groupal est de l'ordre de l'abandon, de la détresse psychique, du défaut de contenant.

La création d'un deuxième dispositif émerge suite à la crise consécutive au départ du psychiatre. Une partie du groupe d'éducateurs soutenue par la directrice de l'établissement opte pour une nouvelle orientation théorique. Il s'agit de la méthode d'apprentissage structurée en lien avec la méthode TEACCH. Ce choix théorique très différent de la méthode psychanalytique est à son tour investi de manière très forte. Il y a un clivage très net entre le premier et le deuxième dispositif. Les éducateurs prônent un discours situé aux antipodes de la théorie psychanalytique. Ce nouvel objet à penser vient s'inscrire contre ce qui a pu être pensé précédemment. Alors qu'auparavant les éducateurs considéraient « que les autistes s'étaient retirés d'un monde affreux », ils soulignent maintenant l'importance des troubles du développement impliquant des dysfonctionnements neurologiques : « On naît autiste ». L'autisme est présenté comme un simple défaut d'équipement et ce sont les handicaps qui sont identifiés. Ce n'est pas que les enfants se mettent en retrait, mais plutôt qu'ils ne développent pas de réciprocité sociale dès le début. Il semble que ce que l'on cherche à éliminer à tout prix, c'est l'idée d'un trouble affectif ou relationnel.

²⁵⁰ *Le groupe et l'inconscient, op. cit., p. 107. (6)*

²⁵¹ *Pour soigner l'enfant autiste, op. cit., p. 261. (72)*

D'ailleurs cette façon de voir les choses gomme la souffrance du jeune et ce terme n'apparaît plus dans le discours des éducateurs. Le choix strictement éducatif évite au maximum les attaques d'angoisse. Les enfants autistes sont handicapés à vie, cela ne leur permet pas d'intégrer les stimulations du monde extérieur, mais une rééducation comportementale peut les aider. Le discours TEACCH simplifie la complexité clinique et permet de se représenter l'autisme de façon simple et claire. En faisant de l'autonomie du jeune l'objectif principal, les actes de la vie quotidienne sont réhabilités. Le programme d'éducation adaptée consiste à faire la liste des symptômes-cibles indésirables et à développer une série de stratégies correctrices. Le profil psycho-éducatif (PEP) pour adolescents et adultes produit un profil d'apprentissage dans les domaines suivants : aptitude professionnelle, fonctionnement indépendant, aptitude de loisir, comportement professionnel, communication fonctionnelle et comportement interpersonnel. Des aptitudes émergentes sont distinguées d'aptitudes acquises et d'autres pas encore accessibles. Ces instruments d'évaluation font que l'attention de l'équipe est principalement concentrée sur l'utilisation des aptitudes émergentes. En effet, l'évaluation diagnostique est convertie en un programme d'enseignement structuré écrit. Reprenant à sa manière, les idées de Bettheleim, E. Schopler préconise d'organiser pour chaque enfant un programme à la carte qui tient compte de ses possibilités. En ce qui concerne l'institution nous pouvons dire que l'investissement massif d'une théorie est le même dans les deux dispositifs. Il a pour mission d'éloigner de la pensée l'angoisse suscitée par la pathologie autistique.

5.6. Une institution où la ritualisation est un modèle trouvé/créé

5.6.1. Description de l'institution

5.6.1.1. L'Institut médico-éducatif

L'institution, un institut médico-éducatif, accueille des enfants et des adolescents polyhandicapés et autistes gravement déficitaires en semi-externat.

Le fonctionnement classique, repose sur l'animation par un ou deux éducateurs de groupes d'enfants répartis par tranche d'âge. Les enfants et les jeunes retrouvent quotidiennement leurs éducateurs dans une salle qui leur est attribuée. Bien que dans beaucoup d'institutions de ce type la prise en charge des enfants autistes ne fait pas partie des projets éducatifs initiaux, dans l'institut médico-éducatif étudié des activités éducatives sont proposées intra-muros et extra-muros.

Les enfants ayant des troubles psychologiques associés à leur handicap sont regroupés et il n'existe pas véritablement de projet pour eux. L'application des annexes XXIV parues en 1989 définit plus précisément la manière dont les enfants et les adolescents doivent être pris en charge. Les annexes mettent l'accent sur le fait que l'institution doit tenir compte de la singularité de chaque individu et s'adapter en conséquence. Les modifications apportées dans les projets éducatifs de ces jeunes concernent essentiellement le partage avec d'autres enfants de l'institut des temps d'accueil et de repas.

5.6.1.2. Le dispositif éducatif

Le groupe des jeunes autistes dispose du même dispositif éducatif que l'ensemble des enfants reçus dans l'établissement. Un groupe de six d'entre eux est pris en charge quotidiennement par un éducateur. Les activités sont choisies par l'éducateur : ce sont par exemple des activités de socialisation, à support plastique ou cognitif. Les jeunes autistes

ne sont pas scolarisés à l'intérieur de l'institution. Compte tenu de la gravité des troubles psychologiques des jeunes, les conditions de travail sont difficiles. Le dispositif ne prévoit pas des prises en charge individuelles, les jeunes sont toujours ensemble. L'architecture de la pièce rend difficilement possible des espaces de retrait. J. Hochmann a bien décrit comment des autistes mis dans une situation groupale se referment sur eux-mêmes ou au contraire se vident violemment dans les objets et les êtres environnants.

Les temps institutionnels sont réduits au minimum: une réunion a lieu une fois par semaine. Aucun espace n'est prévu pour une supervision, ou une rencontre avec les psychologues de l'institution. L'éducatrice que nous avons rencontrée n'a pas suivi de formation spécifique à l'autisme, même si elle en exprimait le désir.

5.6.2. Aspects des contre-attitudes individuelles

5.6.2.1. Entretien avec une éducatrice spécialisée

C. a exercé trois ans à l'IME. Actuellement, elle travaille dans le service de polyhandicapés d'un autre institut médico-éducatif situé en ville. C'est à l'IME, qu'elle a débuté : « *Je sortais de ma formation et je suis tombée avec ce groupe d'enfants là, donc autant déstabilisant pour moi que pour eux.* » La rencontre avec les jeunes est déconcertante, l'expression « *Je suis tombée* » donne l'impression qu'elle a été parachutée.

Elle ajoute plus loin :

« *Le groupe que j'ai eu au début, c'est celui qu'on refile à tous les débutants, personne ne les voulait vraiment. J'estime qu'ils n'ont pas leur place en IME.* » Ce groupe difficile est « légué » au dernier arrivant comme un objet encombrant. Ce fait montre la place occupée par les autistes dans l'institution. Ne correspondant pas au profil habituel des autres patients, ils sont mis à l'écart.

Face à ces jeunes et à cette situation, la jeune éducatrice s'interroge sur ses compétences en matière d'autisme : « *Ce que je connaissais de l'autisme c'est ce que j'avais vu en cours, et avant ma formation d'éducateur spécialisé, j'avais fait une licence de psychologie. Donc je ne connaissais que la théorie et il fallait que je me débrouille.* »

Elle fait appel à son identité professionnelle d'éducatrice : « *On est là pour travailler sur la réalité, je suis éducatrice et notre formation au départ c'est surtout ça* » et à sa créativité « *La seule manière que j'ai trouvée pour créer quelque chose avec eux, c'est de les ramener à la réalité, ça été de ritualiser les journées.* »

La réalité apparaît comme élément de solidité auquel elle peut arrimer l'aspect irréel du comportement des jeunes.

Ritualisation

Ritualiser est la réponse que C. trouve. Ritualiser c'est prévoir, c'est éviter l'inattendu, c'est utiliser le besoin d'immuabilité des jeunes autistes. Car « *ce qu'ils renvoient, c'est qu'on ne sait jamais ce qui va se passer.* » (Nous voyons intuitivement où se situe les avantages de la méthode TEACCH en circonscrivant l'angoisse).

« *En fait les journées, elles étaient simples : ils arrivaient et il y avait les toilettes, parce que X quand il n'était pas bien, il prenait son caca et il en mettait partout.* » Mettre des excréments partout peut être entendu comme expulsion du mauvais objet interne, qui projeté à l'extérieur, est à son tour susceptible de détruire. Ritualiser tend à circonscrire

l'invasion par les fécès. La conduite de C. est un effort pour conserver, maîtriser et contrôler le mauvais objet.

L'espace architectural a un rôle important : *« La seule chose que j'ai trouvée pour ne pas être détruite, parce que, en avoir six qui renvoient tous quelque chose de différent... Le fait qu'ils aient leur coin, que je puisse compter sur l'espace en étant observateur ça permet de ne pas être envahi par leur folie. »*

Les jeunes peuvent s'isoler dans leur coin et elle peut également préserver son espace intérieur sans se sentir envahie. A l'image de cet enfant qui entoure les chaises et la table de gros légos dans le but de se constituer une seconde peau, une protection contre les excitations trop importantes, C. construit un cadre ritualisé ayant pour fonction de circonscrire l'angoisse et la confusion.

« En fait on avait une table, on se réunissait après les toilettes après l'accueil du matin où ils se posaient, où ils avaient chacun leur place et ça n'a pas bougé de l'année. » La table est un élément du cadre architectural important et qui permet de scander le temps.

« La table c'était un lieu qui était à l'accueil, avant le repas, après l'activité, donc ils avaient toujours la même place à cette table, c'était vraiment le rituel et le soir avant de partir, ça me permettait de faire passer des choses, cette table. »

La position assise facilite le regroupement, inhibe le mouvement, et permet de se centrer sur la parole.

« Je répétais toujours ce qui allait se passer. » C. met en mots, même si l'absence de retour donne l'impression de parler dans le vide. *« J'avais l'impression de rabacher... Des fois je faisais la demande et la réponse. »*

Ces mots sont autant pour elle des points de repère que des attentes de réponses. Cependant dénommer plus ou moins systématiquement peut devenir machinal et entraîner peu de changement pour l'enfant.

Les moments de la journée se répètent aussi :

« L'accueil, c'est un moment où l'on est chacun à sa place, où l'on ne se colle pas, on n'est pas les uns sur les autres. »

C. essaie de différencier chacun, combattant de cette manière l'indifférenciation.

« Après on avait des activités : une activité terre, une histoire mimée, du graphisme, la récréation, de l'individuel, le repas, les toilettes... C'était tout le temps comme ça, il y avait toujours les mêmes moments qui restaient. »

Les règles ont un effet contenant : *« Il y avait plein de règles et c'est vrai qu'au fur et à mesure X a arrêté d'en mettre partout, comme il a arrêté de faire caca. »*

Indifférenciation

C. perçoit comment l'autiste maintient l'objet à distance ou alors se colle complètement à lui.

« X était dans son monde, il n'y avait pas moyen d'entrer en relation avec lui. Avec le recul je me suis rendue compte qu'il fallait que je sois à la limite de la fusion pour rentrer en communication avec lui et j'étais sur le bord. Si j'avais été dans la fusion je me serais fait bouffer... Je pense que le cadre m'a permis de ne pas rentrer totalement dans cette fusion. »

Cela se traduit physiquement :

« Il n'acceptait pas qu'on le touche et puis quand j'ai commencé à rentrer en communication avec lui alors là, il était sur moi pratiquement. »

Il n'y a pas de limite et l'enfant autiste essaie de rentrer dans le corps de l'autre.

L'indifférenciation c'est aussi le retour du même : lorsque C. revient de son congé maternité, les jeunes ne marquent pas de surprise. Nous pouvons supposer qu'ils ont masqué la séparation et fait en sorte de ne pas éprouver de sentiment trop angoissant.

Les tentatives de C. de faire jouer une position tierce à l'institution ne sont pas effectives. C'est plutôt le fait d'être enceinte qui lui fait trouver le moyen de décaler les crises des jeunes. Dans ce cas le troisième, c'est le bébé à naître.

Clivage

Le groupe dont s'occupe C. est isolé. En cela on peut évoquer un clivage spatial au sein de l'institution. C. n'exprime pas d'hostilité vis à vis des autres personnels sinon qu'ils l'ont abandonnée dans cette situation difficile.

« J'étais toute seule sur le groupe, j'ai amené ça à l'équipe et comme il n'y avait pas de projet à proprement dit par rapport à ce groupe il fallait bien que je fasse quelque chose. »

Fascination

La fascination est exprimée quand elle dit qu'elle adore cette population alors qu'elle a vécu des choses très difficiles.

« C'est une population qui angoisse au départ, sinon j'adore cette population, mais ça n'a pas été tout rose tout le temps et je n'arrive pas très bien à expliquer cette limite au niveau de la fusion. »

Quelque chose de magique s'est passé :

« Avec eux, je ne me sentais pas du tout en danger parce que je savais qu'ils respectaient qui j'étais et comment j'étais à ce moment là. »

5.6.3. Aspects des contre-attitudes institutionnelles

Dans cette institution, les enfants et les adolescents les plus malades psychologiquement constitue un groupe. Ils sont supposés avoir les mêmes besoins que les autres patients et les réponses apportées sont univoques. Cependant, ce groupe semble tenu à l'écart de la vie institutionnelle. Il n'est pas réellement relié à l'ensemble de l'institution. L'éducatrice, inexpérimentée, est seule à s'occuper de ce groupe difficile. Les temps institutionnels tels que les synthèses et les réunions sont minces. Ce qui concerne les temps d'analyse de la pratique est carrément inexistant. Il semble que l'institution ait peu de moyens de se représenter l'autisme et d'élaborer un projet institutionnel. Nous pouvons supposer que les manifestations pathologiques des autistes ne sont pas habituelles et génèrent des craintes mettant en danger l'équilibre institutionnel. Le moyen choisi par l'institution pour colmater l'éprouvé institutionnel est de mettre au rebut les vécus non mentalisés, les angoisses abruptes. Le groupe, refermé sur lui-même, contient les représentations innommables de l'autisme et répète les symptômes autistiques. Les difficultés inhérentes au regroupement permanent d'autistes, les anxiétés primaires, l'absence de distance, les décharges pulsionnelles ne sont pas prises en compte. De même, les demandes de formation et de supervision de l'éducatrice ne sont pas satisfaites. Le groupe doit être

maintenu dans un fonctionnement identique et qui ne doit pas déborder dans l'institution. Les capacités de penser sont inopérantes. L'absence d'un tiers, d'un collègue, d'un superviseur fait défaut et renvoie le soignant à ses éprouvés contre-transférentiels sans possibilité d'élaboration. Pour aller jusqu'au bout de notre raisonnement, il semble préférable de sacrifier l'éducateur à l'ensemble institutionnel. Ainsi le groupe d'autistes est toujours attribué au dernier éducateur arrivé alors que c'est sans aucun doute celui qui requiert le plus d'expérience et de compétences. Cette remarque est peut-être tempérée par le changement amorcé récemment par l'institution. L'intégration des jeunes autistes dans les temps d'accueil des autres enfants de l'institution est un début intéressant pour penser différemment leur prise en charge.

5.7. Une « institution classe », un cas particulier

5.7.1. Description de l'institution

5.7.1.1. La classe

La classe d'intégration spécialisée (CLIS) de Mme S. est située dans un établissement scolaire d'enseignement primaire. Elle a d'abord porté l'appellation de classe de perfectionnement. L'enseignante, Mme S., est en poste depuis la création, il y a vingt cinq ans. L'histoire de cette classe est liée à la personnalité de Mme S. et à sa rencontre avec une première petite fille très souffrante. Profondément interpellée, Mme S. tout en sentant le danger psychologique que lui faisait éprouver cette enfant a cherché des solutions pour l'aider. L'amélioration notoire de l'enfant au bout d'une année scolaire a été le début d'une longue liste. Au fil des ans, elle a vu croître le nombre d'enfants en difficulté. En cette année 1997, elle a accueilli six enfants autistes sur douze. La seule aide dont dispose Mme S. est une assistante maternelle. Elle reconnaît la pénurie de personnel, mais en même temps elle fait remarquer : « *C'est moi qui suis garante du projet et qui l'élabore... il n'y a pas multiplication des règles dans ce lieu là. C'est à dire que c'est toujours le même règlement. On se heurte toujours au même cadre.* » Mme S. souhaite que les enfants fréquentent le plus tôt possible la classe à plein temps.

5.7.1.2. Le dispositif pédagogique

Douze à quatorze enfants de six à onze ans fréquentent la classe vingt six heures par semaine. Le temps passé dans la classe est le même que pour tout autre enfant. Aussi la plupart des enfants ne sont ni en hôpital de jour, ni en CATTP, mais suivent le plus souvent une psychothérapie. La CLIS est intégrée dans la cité. Elle est ouverte sur l'extérieur : des échanges se font avec les classes du groupe scolaire. Des sorties (festival du conte, voyage à Paris) sont organisées. La volonté est de ne pas en faire une classe spéciale.

Le dispositif institutionnel de la classe s'organise autour d'un projet pédagogique d'apprentissage que Mme S. formule de la façon suivante : « *Si tu veux t'approprier de la langue il faut que tu renonces à ton petit cinéma personnel, celui qui t'empêche de rentrer dans la culture.* » L'accent est mis d'une part sur la langue et d'autre part sur ce qui va de pair avec elle, la culture. La classe n'est pas faite pour traiter la folie de l'enfant : « *Je les mets dans le couloir quand ils disjonctent, parce qu'ici, ce n'est pas la folle.* »

Le cadre de travail est très précis et comme dans toute classe primaire, lecture et mathématiques font partie du programme scolaire. Chaque enfant a un programme

personnalisé, et progresse à son rythme. Mme S. a adapté la pédagogie et trouvé des stratégies nouvelles d'apprentissage.

Des règles régissent les allers et venues dans la classe : les parents n'ont pas le droit d'y pénétrer quand les enfants sont présents, ils s'arrêtent au seuil de la porte. La porte de la classe a acquis une grande importance dans le dispositif, d'ordinaire ouverte, elle se ferme lorsqu'un enfant en est exclu provisoirement. Elle amorce pour beaucoup d'enfants l'idée de dedans et de dehors.

Les relations avec l'extérieur concernent les parents et les thérapeutes des enfants. Ces relations ne sont pas institutionnalisées mais se font à la demande de l'une ou l'autre partie.

5.7.2. Aspects des contre-attitudes individuelles

J'ai eu un entretien de plusieurs heures avec Mme S. L'entretien commence par le récit des débuts de Mme S. dans sa classe. Ensuite, elle fait de fréquents allers retours entre le présent et le passé pour expliquer ses points de vue et pratiques actuelles.

Le fonctionnement peu ordinaire de cette classe repose sur l'alchimie particulière issue de la personnalité et des qualités humaines d'une personne. Les débuts sont difficiles :

« Ça été dur parce que je n'avais pas de connaissances théoriques de la maladie mentale. Mais en fait, je pense que personnellement, j'ai une certaine tranquillité qui fait que même quand c'est le bazar je ne me sauve pas. Je suis toujours un petit peu en dessus des enfants . Ce qui fait, je crois qu'il y a quelque chose sur lequel ils s'appuient. »

Le témoignage de Mme S. montre l'élaboration des contre-attitudes et comment elles peuvent se mettre au service des objectifs recherchés. *« J'avais été sensibilisée par ces enfants, car j'ai fait mon stage à l'hôpital... J'ai été très bouleversée par cette expérience. J'ai vu des enfants attachés au radiateur parce qu'on ne pouvait pas faire autrement. On sort de la vie, on débarque dans ce monde là, on est très interpellé. C'est tombé dans la période où il y a eu tous les antipsychiatres et peut-être que la première enfant qui est venue dans cette classe s'est trouvée conjuguée avec ça. »*

Dans ce discours très riche en émotions, les affects de violence sont évoqués et traités au même titre que d'autres. Parallèlement, nous avons repéré une position contre-transférentielle qui sert de fil conducteur au récit. C'est une butée qui ramène à la réalité et qui évite de dérapier. D'après notre grille de classement nous la qualifions de ritualisation.

Ritualisation

Les objectifs de la classe conduisent à une certaine ritualisation des activités proposées.

« Le matin on rentre, c'est du travail obligatoire, les enfants n'ont pas le choix. »
« On s'occupe de l'emploi du temps, on met la date, donc chaque enfant à chaque niveau a des moyens de mettre la date. »

Mme S. revient sur l'importance d'avoir un ordre établi pour la journée :

« On a un emploi du temps affiché... et du coup s'il est marqué mathématiques, on n'a pas le droit de faire de la lecture. A la fois pour les enfants, c'est un cadre et pour moi, c'est un contrôle, ça m'oblige à faire mon travail d'institutrice. »

Le cadre est utile car les enfants autistes s'opposent à la démarche d'apprentissage. Les méthodes et techniques que l'enseignant connaît bien ne paraissent pas applicables sans de nombreux aménagements. Cela nécessite une démarche créative :

« Après la récréation, il y a mathématiques, alors là, j'ai trouvé des stratégies ... Si on veut faire un tableau à double entrée, il faut le construire devant l'enfant pour qu'il y rentre sinon ça fait partie d'un objet très volant qu'il n'investit pas. »

Une autre règle concerne le repas *« Si on vient à l'école, on mange comme tout le monde. »* Elle est de taille car nombre d'enfants autistes ont des problèmes d'alimentation. Cette règle occasionne des affrontements et des rapports de force. *« C'est là où je suis différente d'un hôpital, c'est un lieu de rencontre où les enfants mangent, c'est comme ça que je fonctionne en pédagogie : tu es capable. »*

Clivage

Les clivages s'expriment à plusieurs niveaux. Le premier déjà ancien, concerne la particularité de la classe dans l'école et l'étrangeté des enfants. *« J'avais expliqué pourquoi je les mettais à la porte. Mais ça faisait partie de la pédagogie moderne, elles (les autres institutrices) pensaient que ce n'était pas bien, de toute façon, on ne pouvait pas discuter. »*

Le second, très différent, concerne une disposition psychique qui témoigne de la grande expérience de Mme S.

« Le plus difficile, c'est d'avoir ce clivage entre un appareil conscient et inconscient. Cette partie qu'il faut laisser complètement flottante et mobile pour repérer les dysfonctionnements et puis les états de souffrance et les choses comme ça. »

Fascination

« Ce sont pour moi des enfants qui évoquent une certaine douceur, une certaine (silence) ... le rêve quand même, l'impressionnisme enfin un certain... pas la violence [...] Avec les enfants autistes, il y a quelque chose de la tendresse, je communique sur le mode de la tendresse, il y a quelque chose qui me fait penser qu'ils sont de porcelaine, des objets très fragiles, à ménager avec précaution. (silence) Je les titille au sujet, là où je suis sûre qu'il y a du répondant, tant qu'on n'en est pas là, je ne titille rien, je laisse, je ne veux pas toucher cette porcelaine qui n'a pas... ce n'est pas possible. »

La porcelaine substance translucide et imperméable évoque l'enfant autiste. A la fois inaccessibles, fragiles et pleins de charme, les enfants autistes forcent l'intérêt en se tenant à distance.

Indifférenciation

Mme S. est consciente du risque d'indifférenciation : Elle est vigilante à cet égard. Elle utilise l'outil pédagogique mais aussi des règles strictes pour l'éviter.

« Il faut travailler pour avancer parce qu'on est pas là pour faire autre chose, parce qu'on pourrait s'endormir, ronronner avec les enfants. »

Le dispositif, mais aussi les points de vue de Mme S. limitent l'indifférenciation qui est bien à l'œuvre. La classe n'est pas le lieu où l'on exprime sa folie, l'enfant est considéré comme un élève, mais aussi comme un sujet à part entière.

5.7.3. Aspects des contre-attitudes institutionnelles

Le dispositif de la classe d'intégration spécialisée de Mme S. est un cas particulier dans notre recherche. C'est la conjonction de deux faits essentiels : la rencontre d'une fillette très malade et d'une institutrice sensibilisée personnellement par les conditions d'enfermement d'enfants « fous » dans un service de psychiatrie. L'orientation donnée par Mme S. à la classe prend son point de départ dans ce nouage. L'organisation de la classe est déterminée par quatre faits :

- Des enfants psychotiques et autistes sont accueillis en classe vingt six heures par semaine.
- L'intégration de la classe dans un groupe scolaire est une façon de lutter contre la ségrégation. Les enfants partagent les mêmes récréations que les autres élèves, déjeunent à la cantine et sont inscrits dans le programme culturel (voyages, festivals).
- L'enfant, quelque que soit ses troubles psychologiques, est considéré comme un élève. Il est inclus dans un projet pédagogique. Il a de petites responsabilités au sein de la classe. L'emploi du temps comprend les matières classiques : mathématiques, lecture, écriture.
- Le cadre est soigneusement pensé : la classe est le domaine réservé des enfants. Le seuil de la porte délimite l'intérieur et l'extérieur. Les parents ne peuvent le franchir, les enfants font l'expérience des aspects intérieur et extérieur lorsqu'ils sont quelques minutes à la porte.

La tonalité affective de la classe est très vivante. L'approche pédagogique a un aspect maternel : elle est sensible et douce rendant ainsi la matière scolaire attractive ; et un aspect paternel : elle est ferme par la permanence des règles et des limites imposées. Madame S. se dit « intraitable sur le comportement ». En même temps elle sent très bien les états psychiques des enfants, leurs angoisses, leurs peurs, « l'instituteur c'est quelqu'un qui institue l'humanité ».

Sa position d'institutrice est constamment questionnée : « *souvent je cherche mon point de référence pour ne pas basculer.* » Le discours de Mme S. montre que la transformation des projections est constamment au travail. Les sentiments de haine sont acceptés. Ils ont fait l'objet d'un long travail.

Mme S. est très consciente qu'au contact des enfants autistes le temps peut se figer, qu'elle pourrait ne plus être institutrice mais thérapeute. Le cadre est ce qui délimite son travail, mais nous pouvons dire que ce cadre est transcendé car l'atmosphère dans la classe est très vivante.

Mme S. s'interroge beaucoup, elle cherche aides et réponses auprès des thérapeutes des enfants, au sein de groupes de lecture, lors de conférences. La théorie l'intéresse, mais seulement dans la mesure où elle est reliée à ce qu'elle vit dans la réalité de la classe. Elle est très attentive à faire entrer « le tiers » comme elle dit : « *J'accepte de recevoir les gens et de remettre en cause mon travail, c'est comme ça que je pense que je peux avancer par rapport à ces enfants qui auraient une tendance à nous bétonner et à nous coincer dans une pratique ... tout le temps ça été ma préoccupation principale dès lors que j'ai fonctionné avec eux.* »

Chapitre 6. Propositions pour une typologie des institutions

« Le lecteur consentira, je l'espère, à envisager la créativité dans son acception la plus large, sans l'enfermer dans les limites d'une création réussie ou reconnue, mais bien plutôt en la considérant comme la coloration de toute une attitude face à la réalité extéreuse. » D.W. Winnicott. *Jeu et réalité*.

Avoir exposé dans les détails six expériences institutionnelles met en évidence le fait que l'autisme, de manière plus exacerbée que d'autres pathologies mentales, met en cause en permanence l'institution en pervertissant son fonctionnement. Une grande part de la vie institutionnelle a pour objet principal d'écarter la souffrance et de protéger les soignants contre l'attaque autistique. Ces modalités défensives prennent les formes décrites précédemment ; elles sont : clivante, homogénéisante, ritualisante, et fascinante. Elles enkystent l'institution dans une ou des position(s) contre-transférentielle(s). Dans les institutions visitées, on constate trois situations : une tendance domine, ou deux ou encore aucune. A partir de ces données j'ai essayé de formaliser certains modes de fonctionnement des institutions que je pourrais aussi qualifier de « maladies institutionnelles ». Il est entendu que ce n'est pas l'institution qui souffre mais ses sujets. Je ne prétends pas faire un recensement exhaustif des formes sous lesquelles se manifestent, dans le cadre de l'institution, les « maladies institutionnelles ». J'en énumère quelques unes qui sont apparues évidentes au cours de la recherche. Ces différentes formes ne reflètent pas la réalité car une institution n'est jamais complètement univoque. Il s'agit dans chaque catégorie d'un condensé des éléments que j'ai pu recueillir. Je donnerais pour chaque type d'institution un ou des exemples issus de la clinique ou de la théorie.

6.1. L'institution de type « charismatique »

Dans l'institution « charismatique », c'est un leader, une théorie ou encore une méthode fétiche qui est au centre de l'espace institutionnel. Le maître ou le modèle à penser est placé au rang d'idéal. La théorie est aussi bien psychanalytique que cognitive ou autre. La posséder permet aux soignants de se grouper autour d'un leader charismatique et de lutter contre les angoisses générées par la pathologie autistique. Ce phénomène de groupe donne le sentiment d'être intouchable. Dans le même ordre d'idée, D. Anzieu décrit dans « Fantasma et formation » le sentiment de toute puissance que peut parfois procurer au candidat analyste la perspective de devenir psychanalyste :

« Devenir psychanalyste n'est pas seulement devenir tout-puissant ; c'est acquérir aussi un attribut traditionnel de la divinité, l'omniscience. Le psychanalyste est supposé en savoir plus sur le sujet que lui-même n'en sait. »²⁵²

D. Anzieu ajoute :

« Le savoir sur un secteur de la réalité est de type paternel. Le savoir absolu sur un individu singulier est de type maternel : connaître l'inconscient comme la mère est censée comprendre ses petits intuitivement, en s'offrant à leurs désirs, en lisant directement dans leurs pensées. »²⁵³

²⁵² *Fantasma et formation, op. cit., p. 108. (90)*

²⁵³ *Ibidem, p. 108. (90)*

Les relations leader/groupe de soignants s'organisent sur un mode archaïque oral. Le « chef » occupe une fonction semblable à la mère nourrice, les soignants sont eux dans la position du nourrisson :

« [...] qu'il absorbe, consomme, qu'il se nourrisse, boive le lait de la science, mange la substantifique moelle et le miel de la connaissance ... que ce nourrisson soit un infans, une bouche recevant la nourriture, et non pas émettrice d'une parole. »²⁵⁴

La dépendance au leader confère à celui-ci le pouvoir de légitimer les soignants. L'identification au leader étant très forte, le groupe institutionnel peut revêtir quasiment des aspects de secte. Selon J. Hochmann :

« Ils (les soignants) tendent à se confondre en un magma indifférencié où tout le monde pourrait tout et la même chose puisque le pouvoir de chacun irradie de la même source. »²⁵⁵

Cette indifférenciation donne force au leader, et quiconque viendrait attaquer l'idéal serait aussitôt exclu. Le mécanisme de défense prévalant dans ce type d'institution est le clivage. La vie institutionnelle est organisée autour de l'idéal vénéré qui s'accompagne d'un mépris et d'un rejet de tous les autres. Ce dernier « sait » et il n'y a pas de doute possible. Ce genre de fonctionnement institutionnel laisse peu de place à une autre pensée qui paraît suspecte et est disqualifiée avant même d'être considérée.

Ce type de défense, coûteux, nécessite une grande dépense d'énergie. Lorsque le leader ne peut plus, pour une raison ou une autre, répondre aux exigences de son statut, il est rapidement déchu. Les soignants déstabilisés par la défaillance de leur « tête pensante » se sentent désemparés. Pour se défendre de leurs angoisses, le leader devient l'objet d'attaques violentes. Dans ce cas le leader peut encore préserver sa place en recherchant des alliances ou sinon démissionner. Dans l'institution charismatique la transmission du savoir ne peut s'effectuer qu'avec un leader bis, sorte de « clone », qui reproduit à l'identique le fonctionnement initial.

L'autisme infantile semble favoriser les conditions d'émergence d'un leader.

B. Bettelheim représente une figure emblématique dans ce domaine. D'abord encensé par les médias, il a ensuite fait l'objet de critiques virulentes. Ses livres et sa technique ont séduit de nombreux professionnels. Persuadés de la guérison des enfants autistes, ils ont essayé d'appliquer ses méthodes. E. Schopler, ancien collaborateur de l'Ecole Orthogénique a créé en réaction à l'incompréhension freudienne de l'autisme, le modèle « bettelheimien », un programme d'éducation pour les enfants autistes. Basé sur la collaboration étroite entre professionnels et parents, le programme remporte un vif succès. La méthode fait de nombreux adeptes. Dans ma recherche, j'ai pu constater comment au sein d'une même institution une personne, un psychiatre, puis une méthode d'éducation structurée sont devenus tour à tour la référence exclusive d'une équipe. Dans d'autres cas, Mme S., l'institutrice, par exemple, est à sa manière un leader du fait de son charisme. Elle sera bien difficile à remplacer...

Le risque encouru par l'institution « charismatique » par l'utilisation excessive et exclusive d'une théorie ou d'un modèle est de perdre son appareil à penser et sa créativité. Cet investissement univoque rigidifie la pensée et sclérose l'intérieur du système qui finit

²⁵⁴ *Ibidem*, p. 31. (90)

²⁵⁵ *Pour soigner l'enfant autiste, op. cit.*, p. 84. (72)

par mourir, du moins psychiquement. Cela peut conduire à devenir une institution de type île, à la création d'une institution à l'intérieur de l'institution.

6.2. L'institution de type «bidimensionnelle »

L'intitulé de ce type d'institution fait référence au mécanisme de défense des enfants autistes appelé « démantèlement ». Le corps est le lieu d'une grande souffrance, une psyché qui n'a pas encore les moyens de se représenter l'excitation, donc de donner le recul nécessaire à l'événement, pour qu'il puisse être intégré. Plus rien ne le soutient, plus rien ne le maintient, il plonge dans un abîme sans fond. En l'absence de cette peau psychique, de ce sac contenant les pensées, de cet appareil qui permet de les lier entre elles, ce sont les sensations brutes qui dominent. La parole subit le même sort : elle est soumise à la concrétude. De la même manière que l'autiste investit une ou des sensations corporelles pour éviter l'angoisse insupportable de séparation primaire d'avec sa mère, la sensorialité des membres de l'institution est au premier plan et les affects occupent la scène groupale. Les vécus générés par la présence des enfants autistes atteignent les personnes de façon brute et intense. L'espace de l'institution est flou, la différenciation entre soignants et soignés est mal délimitée. Le caractère adhésif de ce fonctionnement des enfants autistes est un mode de relation utilisé fréquemment.

Ce mode de fonctionnement conduit à l'isolement. L'accumulation croissante des éprouvés et la montée de l'angoisse ne sont pas des positions favorables. Il arrive fréquemment d'observer des atteintes physiques réelles, telles que des douleurs, des maladies ou des accidents. Ces phénomènes sont des manifestations de l'angoisse non mentalisée qui s'expriment par l'intermédiaire du corps. Dans ce type de fonctionnement institutionnel, il y a très peu d'éléments théoriques pour étayer les vécus. Une voie d'évolution est la recherche par les équipes de solutions pour sortir de cette situation chaotique.

J'ai longuement décrit ce phénomène dans le premier cas institutionnel. Un cas en de nombreux points similaire à celui là est rapporté par S. Urwand à partir des données de l'analyse institutionnelle qu'elle effectue dans un hôpital de jour. Elle écrit :

« Les mécanismes autistiques sont à l'œuvre et sont doublés des phénomènes groupaux en lien avec les anxiétés primaires, où le corps est convoqué dans toute sa sensorialité et sa sensualité. Dans ce vécu en identification adhésive pathologique, en bidimensionalité, l'organisation des enveloppes tant individuelles que groupales est altérée ; des relations en surface et en dépression primaire la rêverie ne peut émerger sans espace interne, sans contour, sans limite, et fait apparaître l'objet comme impénétrable à l'identification projective. Se coller, s'agripper les uns aux autres, sont les comportements d'évitement de la menace inhérente à chaque expérience de séparation, d'individuation, de changement, de différenciation ; tout écart, toute distance sont supprimés, l'indifférenciation règne en maître, tous éléments confondus, l'un est l'autre, l'un est le prolongement de l'autre. »²⁵⁶

Plus loin, elle continue :

²⁵⁶ URWAND S., « La rêverie institutionnelle », p. 45. (136)

« Par ailleurs ce service apparaissait comme « très froid » [...] semblait être un lieu de passage entre deux autres unités, dans le prolongement l'une de l'autre sans pouvoir le contourner ; il était traversé comme un miroir. »²⁵⁷

L'intérêt du travail de supervision est de noter les changements. En effet, le temps a passé et les enfants ont changé :

« Nouvelle configuration, nouvelle ambiance : les portes se ferment, les passants ne passent plus, les clivages s'organisent puisqu'il y a maintenant un espace aménagé, avec un dedans et un dehors. »²⁵⁸

6.3. L'institution de type « bureaucratique »

L'institution « bureaucratique » s'applique à ne pas penser car les pensées font souffrir et il est préférable de les éliminer. Pour éviter l'angoisse, ces institutions s'organisent de manière à ce que les relations de soins soient distendues et impersonnelles. Les sentiments de peur sont niés comme s'il n'en existait jamais. Les mesures sont de deux ordres : l'activisme et les tâches secondaires.

6.3.1. L'activisme

Dans ce type d'institution l'activité est débordante et de toutes sortes : les soignants en font de plus en plus sur tous les modes. Ils inventent sans cesse de nouvelles activités, bouleversent leurs emplois du temps pour réaliser coûte que coûte ces activités. L'activisme peut aussi prendre une forme théorique : la théorie est accumulée sans être intégrée, c'est un remplissage qui rassure parce qu'on utilise le vocabulaire averti qui l'accompagne.

Ces prothèses qui remplacent la pensée ne tiennent qu'un temps. L'activisme est un fonctionnement qui absorbe les énergies, les personnels finissent par s'épuiser et se lasser. Les autistes montrent peu de réactions et d'enthousiasme dans ce fonctionnement qui les amènent à faire mécaniquement ce qu'on leur propose, et pendant très longtemps. De plus, les autistes ne tiennent pas compte de l'expérience qui pourrait enrichir l'activité. Dans ces conditions, les soignants ont peu de retour gratifiant.

6.3.2. Les tâches secondaires

Dans cette seconde configuration de l'institution « bureaucratique », l'accent est mis sur les tâches secondaires, administratives, et de fonctionnement institutionnel. Les soignants privilégient avant tout leur propre confort. Les activités sont choisies en fonction des goûts personnels des soignants et de leurs affinités avec les autres personnes. Les besoins des enfants viennent en second lieu. Ce sont essentiellement les questions d'organisation des horaires et de comptabilité des congés qui sont l'objet de discussions sans fin. L'intérêt personnel prend le pas sur l'intérêt des enfants. La pathologie se trouve ainsi effacée. L'investissement dans les tâches secondaires déplace l'objectif de travail des soignants. Les relations sont distendues et impersonnelles. La théorie paraît de peu d'utilité ou alors occupe la place d'un idéal dont « il faudrait parler ensemble » ; ou « posséder tel ou tel savoir théorique ».

²⁵⁷ *Ibidem*, p. 46. (136)

²⁵⁸ *Ibidem*, p. 47. (136)

Dans ces deux types de fonctionnement des projections massives visent à débarrasser l'espace interne de l'institution sur certains sujets ou à l'extérieur sur un objet dangereux considéré comme la cause d'une souffrance intolérable.

6.4. L'institution de type « île »

Ce processus que j'appelle de type « île » est bien décrit par C. et P. Geismann qui le nomment processus d'asilation. Il a pour caractéristique principale de remettre sans cesse en question la capacité de l'institution à être thérapeutique. L'institution est progressivement gagnée par l'isolement caractéristique de l'autisme et coupe tout ou partie de ses relations avec l'extérieur et éventuellement avec les autres structures avoisinantes s'il en existe. Cette position défensive peut être entendue comme la mise en acte de se protéger d'un monde extérieur hostile. Le temps semble figé et progressivement le sens de la réalité se perd : pourquoi est-on là ? qui sont les malades et qui sont les soignants ? Dans cette configuration tous les soignants, y compris le psychiatre, le psychologue, le surveillant sont situés sur le même plan hiérarchique perdant de la sorte leur spécificité. Dans un tel climat on peut rencontrer des duos narcissiques (M. Woodbury) : un soignant et un enfant vivent une relation à deux exclusive utilisant un langage privé qu'eux seuls comprennent.

Le mot d'ordre semble être : ne rien entreprendre qui puisse compromettre le statu quo sur lequel on vit. Je cite J.P. Vidal :

« Tout semble se passer comme s'il fallait éviter de se donner le savoir pour en sortir, autrement dit, d'y voir plus clair, d'être plus efficace, comme s'il fallait, y compris contre son propre intérêt, perpétuer une ignorance, une méconnaissance et ses conséquences. »²⁵⁹

Tout ce qui arrive est allégué au dehors. Cette fatalité réduit à l'impuissance, et il n'y a guère d'autres choix que de se résigner. Il ne reste qu'à s'en désintéresser, qu'à attendre que cela passe. L'intérêt pour une théorie est absente car elle paraît sans importance.

« Ce refus d'entreprendre et de comprendre se manifestera par exemple dans la dévalorisation ou la disqualification a priori de tout travail analytique, le rejet de tout recours propre à substituer une parole à une violence subie ou exercée, une rencontre et un échange à un isolement stérile ou à un égarement. »²⁶⁰

Le fonctionnement en « île » évoque la dure réalité de l'asile avec sa juxtaposition de pavillons sans liens entre eux et sans communication. C'est pourtant ce qui menace les institutions engagées dans ce type de fonctionnement.

Trois institutions dans ma recherche correspondent à cette catégorie. Il s'agit des institutions 5.2, 5.5 et 5.6.

6.5. L'institution de type « sein-toilettes »

L'institution peut créer en quelque sorte ce que Meltzer appelle

²⁵⁹ VIDAL J.P., *Institution et position thérapeutique négative*, p. 12. (139)

²⁶⁰ *Ibidem*, p. 12. (139)

« [...] un sein-toilettes dont la fonction anale d'expulsion est au premier plan et constitue la représentation la plus primitive de la mère comme objet partiel. »²⁶¹

Dans ce cas la pathologie autistique n'est pas pensable et il est vital d'éjecter cet objet « irréprésentable ». Il est alors nécessaire d'avoir un objet extérieur à l'institution qui puisse contenir ce que font vivre les gigantesques barrières défensives mises en place par les enfants autistes. L'objet impensable peut être extérieur mais il arrive aussi que ce soit une partie de l'institution qui soit mise au rebut. Cette partie inexistante de l'institution a une fonction de dépôt. R. Roussillon l'a décrit ainsi :

« [...] ce qui est dit ou fait dans l'interstice est mis en réserve, déposé, afin d'être conservé, gelé ou immobilisé. Suivant le taux d'angoisse, l'interstice est alors le lieu du secret ou de l'enkystement. »²⁶²

L'éloignement et même le déni permet au reste de l'institution de fonctionner en projetant sur ce groupe tous les mauvais objets.

Ce genre de groupe est extrêmement déprimant pour le personnel qui se voit nié dans sa fonction de soins ou d'éducation et réduit au rôle de traiter les mauvais objets. Je suppose que cela conduit aussi à prendre des mesures très défensives pour ne pas penser. L'activisme, les tâches secondaires, la recherche d'un leader ou d'une méthode fétiche sont autant de solutions envisageables.

Nous avons vu le cas d'une institution qui avait mis au rebut le groupe recevant les enfants autistes.

J'ai étudié dans un précédent travail (DEA) un « débarras » (selon le terme de R. Roussillon) particulier, le dispositif d'accueil dans un hôpital de jour spécialisé dans le suivi des enfants psychotiques. Les membres de l'équipe thérapeutique, lorsqu'ils étaient confrontés à des situations de crise, ressentaient le besoin d'amener l'enfant dans un lieu prévu à cet effet. L'accueil était le lieu dans lequel se déposaient des éléments non mentalisés générés par les troubles psychotiques de l'enfant, que la personne chargée des soins ne pouvait pas gérer. La plupart des questions consignées dans les cahiers sont restées sans réponse car celles-ci n'ont presque jamais pu être le support de réflexion et d'élaboration. L'accueil n'a jamais accédé à une reconnaissance institutionnelle et a disparu. Sa vocation, même si on a essayé de lui trouver d'autres fonctions, était sans doute de rester secrète permettant au reste de l'institution de fonctionner.

6.6. L'institution de type « suffisamment bonne » ou l'institution inventive

Après avoir décrit cinq types de maladies institutionnelles, j'évoque maintenant une institution dotée de qualités « suffisamment bonnes » afin d'être satisfaisante à la fois pour les enfants autistes et pour ceux qui s'en occupent. J'emploie le concept d'objet « suffisamment bon » dans l'optique de Winnicott quand il définit les relations mère/nourrisson. Selon lui, la mère ne peut être parfaite dans son adaptation au nourrisson mais seulement être bonne tout en favorisant l'intégration du moi du bébé, sa personnalité et la relation objectale. Par conséquent, l'institution « suffisamment bonne » n'est pas parfaite mais elle favorise l'intégration des soignants et permet un travail de transformation de l'environnement. Les principales qualités requises pour remplir cette tâche sont : une

²⁶¹ *Fantasme et formation, op. cit., p. 20. (90)*

²⁶² *ROUSSILLON R., Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice, p. 168. (123)*

capacité de rêverie maternelle, une capacité de construction mentale et une capacité d'inventivité. Certaines institutions étudiées mettent en jeu des caractéristiques décrites. Ce sont en particulier les pratiques innovantes de l'institutrice, les idées créatives des éducateurs, les rêveries individuelles et collectives des soignants.

6.6.1. Une capacité de rêverie maternelle

La rêverie maternelle définie au chapitre 2²⁶³ n'est pas seulement abordée dans le cas particulier de la mère et de l'enfant. Elle est développée par A. Green à propos de ce qui est attendu d'un patient en analyse et de l'analyste. Plus largement c'est aussi un mode de relation du groupe institutionnel contraint de tolérer les angoisses, la frustration et l'envie. C'est la rêverie, fonction liante et créatrice qui permet de métaboliser ces vécus de façon à les renvoyer à l'enfant sous une forme assimilable. Le travail de rêverie des soignants tient un double rôle : d'une part, il restitue à l'enfant des « éléments alpha » et cela jusqu'à ce qu'il puisse en intérioriser le fonctionnement ; d'autre part, il agit sur les membres de l'équipe en opérant une transformation de leurs propres « éléments bêta ». Pour que ce modèle soit efficace, il faut d'abord qu'il soit accueillant, qu'il puisse recevoir la plus grande quantité possible d'éléments « intoxiqués », qu'il ait suffisamment de souplesse pour être capable de s'enrichir de ce qu'il reçoit, mais aussi qu'il soit source de plaisir.

6.6.2. Une capacité de construction mentale

Le soignant doit être capable d'accueillir en lui les manifestations de l'enfant. Ceci nécessite de sa part qu'il soit lui-même familiarisé quelque peu avec son propre fonctionnement psychique, sa propre souffrance et capable de développer une capacité d'empathie suffisante. B. Bettelheim parlait de la capacité de sentir l'autre en soi sans être submergé ou atteint au point que cela puisse affecter son propre fonctionnement psychique. Cela signifie aussi que le soignant construit un modèle psychique du fonctionnement de l'enfant afin de s'en servir de cadre ou de repère pour pouvoir répondre de manière empathique. Le travail de mise en pensées et de liens qui permet la saisie de la signification du travail thérapeutique se fait en équipe. Dans ce cadre commun, ce qui n'est qu'éprouvé corporel ou mental peut prendre un sens dans la pensée du soignant et s'organiser en étant confronté à la théorie. A partir de situations vécues exposées en équipe, le but recherché est d'essayer de comprendre en quoi on est thérapeutique, et en quoi on ne l'est pas, et ainsi de découvrir quel est le sens de ce qui se passe. Un regard extérieur de référence est la plupart du temps indispensable. La personne extérieure montre ce que l'on n'a pas vu ; puisque dans la pathologie autistique il est facile de perdre le sens de la réalité. D'après J. Hochmann :

« Elaborer, théoriser, construire un modèle sont des activités mentales qui permettent de survivre au contact de l'autisme, de rester disponible, ouvert, utilisable ; cette activité ludique, plaisante , en d'autres termes l'autoérotisme mental, est celle que l'on s'autorise pour supporter l'autisme et qui n'est pas sans analogie avec lui. »²⁶⁴

6.6.3. Une capacité d'inventivité

²⁶³ Supra, § 2.3.3

²⁶⁴ Pour soigner l'enfant autiste, op. cit., p. 89. (72)

L'inventivité ou la créativité découle de cette capacité à s'autoriser à jouer avec son psychisme. Winnicott dans « Jeu et réalité » considère la création dans son acception la plus large :

« Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ; ce qui s'oppose à un tel mode de perception, c'est une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure : le monde et ses éléments sont alors reconnus, mais seulement comme étant ce à quoi il faut s'ajuster et s'adapter. La soumission entraîne chez l'individu un sentiment de futilité, associé à l'idée que rien n'a d'importance. »²⁶⁵

Le jeu qui se déploie entre l'individu et son environnement est ce que Winnicott appelle un espace potentiel. Créer du sens plutôt que de transmettre un savoir préfabriqué est ce qui maintient vivante l'institution. Pour que cette dimension fonctionne, il est nécessaire de disposer d'un appareil culturel fabriqué entre les membres de l'institution et qui donne sens à l'expérience.

Reprenons les propos de J. Hochmann :

« Pour conclure, je me permettrai de proposer un slogan [...] nos patients ont peut-être besoin que l'on pense à eux et à propos d'eux, avec créativité et plaisir. »²⁶⁶

²⁶⁵ WINNICOTT D. W., *Jeu et réalité*, p.91. (140)

²⁶⁶ *L'institution mentale : du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés*, op. cit., p. 991. (81)

Conclusion

L'autisme infantile, du fait de son extrême intensité et de ses évolutions très variables, ne cesse de poser des questions étiologiques, cliniques et thérapeutiques. J'ai choisi de m'intéresser au vaste sujet des manifestations contre-transférentielles et des processus défensifs par le biais de son environnement thérapeutique ou éducatif. En effet, bien qu'une recherche de consensus fasse progressivement place aux débats idéologiques, de puissants effets de « contagion » ou de contre-attitudes de cette pathologie sont visibles dans les pratiques de soins et d'éducation. Psychologue dans un hôpital de jour pour enfants, je suis confrontée régulièrement à ces phénomènes et à leurs incidences sur les objectifs des soins. Pour ces raisons j'ai souhaité saisir plus finement ce qui se passe dans la rencontre entre l'enfant autiste et les personnels des institutions. A partir de l'hypothèse soutenue par le Professeur J. Hochmann selon laquelle l'autisme infantile est « contagieux » et a des effets sur les collectifs soignants, nous avons pensé en explorer les aspects sous forme de contre-attitudes. Afin de cerner au mieux l'espace relationnel singulier soignants / enfants autistes, nous avons supposé un certain nombre de positions contre-transférentielles.

Selon moi, l'étude des contre-attitudes sous l'angle de l'aspect institutionnel a présenté plusieurs intérêts :

- J'ai fait le choix de considérer des modalités d'appréhension des autismes infantiles ne mettant pas en jeu une observation focalisée sur l'enfant et sur ses communications souvent répétitives, dépourvues de sens manifeste à nos yeux. Il s'agissait de s'intéresser à l'environnement par le biais des témoignages et des réactions défensives des membres des équipes de soins ou d'éducation confrontés aux troubles autistiques.
- De nombreuses diversités d'approches théoriques et cliniques existent : psychologique, éducative, pédagogique et souvent s'ignorent voire s'affrontent. Une connaissance des différents courants et des diverses prises en charge apparaît utile pour mieux intervenir auprès des enfants autistes.
- L'autisme, j'en fais souvent l'expérience en institution, produit de l'enfermement et des non-sens. Les équipes se trouvent souvent en situation de crise autour d'un enfant.
- Du fait de la multiplicité des parcours évolutifs des enfants, il y a nécessité d'éviter l'enfermement et de développer des liens de partenariat entre les différentes structures susceptibles de recevoir des enfants autistes.

Pour vérifier mon hypothèse et étudier la métaphore de la « contagion » de l'autisme j'ai retenu une extension du concept de contre-transfert. Le contre-transfert est une vaste notion et il a été nécessaire de baliser mon travail. Si pour Freud il est le résultat de « l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin », le contre-transfert n'est plus aujourd'hui le résidu opportun du manque de sérénité du psychanalyste. Il apparaît au contraire comme instrument intervenant dans la compréhension des patients. Il est particulièrement utilisé dans l'analyse des enfants et des psychotiques. Les analystes sont sollicités sur le plan du contre-transfert avec les enfants autistes qui ont des défenses spécifiques : l'identification adhésive, le démantèlement, les angoisses catastrophiques. Il est nécessaire que les analystes aient un dispositif mental suffisant pour aider l'enfant

à développer le sien et lui permettre d'advenir en tant que sujet. La notion de contre-transfert a dépassé le cadre de la cure et fait son chemin dans les institutions. L'utilisation du concept de contre-transfert connaît des destins différents : il sert l'analyse de l'institution, ou encore la psychothérapie institutionnelle. L'expérience institutionnelle de quelques dizaines d'années a mis en évidence que le contact prolongé avec les malades mentaux crée des distorsions dans les objectifs de soins. Ce qui fait dire à certains praticiens qu'il faut aussi « soigner » l'institution. Des auteurs comme Cahn, Laznick et Penot ont montré comment les soignants fonctionnaient à la manière « d'hôtes » du psychisme malade de leurs patients, et qu'il est utile à la bonne santé psychique de l'institution d'analyser les ressentis de chacun. Cette pratique se fait différemment selon le type d'institution qui a ses particularités historiques et culturelles propres. Certains établissements favorisent le traitement psychique des vécus contre-transférentiels, d'autres laissent peu de place pour ces pratiques. J'ai exposé succinctement quelques cas fondateurs tels que ceux de B. Bettelheim et l'Ecole Orthogénique, de M. Mannoni et Bonneuil, de J. Hochmann et l'I.T.T.A.C, de H. Buten et le Centre Adam Shelton.

Dans ma recherche, j'ai choisi de parler de contre-attitude et de réserver les termes de transfert et de contre-transfert à la cure analytique. J'ai formalisé les contre-attitudes selon quatre modes de contagion : l'indifférenciation, le clivage, la fascination et la ritualisation. Ce choix résulte à la fois de mon expérience de travail, de celle de mon directeur de thèse, J. Hochmann, et de la volonté d'étudier les symptômes autistiques. La prise en charge des enfants autistes ne se faisant pas exclusivement en hôpital de jour, j'ai enquêté dans un certain nombre d'institutions ayant des appartenances diverses : la Psychiatrie, l'Education Spécialisée, l'Education Nationale.

Je me suis interrogée sur l'empreinte que l'autisme infantile a pu laisser sur les personnels soignants et éducatifs et sur les institutions. Cette approche a dessiné, une sorte de coupe institutionnelle à un moment donné. J'ai basé ma réflexion sur les données historiques et de fonctionnement de l'institution et sur des entretiens semi-directifs avec les membres des équipes. Chaque rencontre de professionnels s'est révélée enrichissante, me faisant découvrir d'autres lieux et d'autres façons de penser. Un approfondissement de la connaissance de ces institutions et des personnels ainsi que l'analyse de situations cliniques plus nombreuses auraient sans doute apporté davantage de données. Mais ce travail de longue haleine aurait exigé des moyens très supérieurs à ceux dont je disposais.

Principalement, je supposais que l'autisme contagionne les membres des équipes thérapeutiques, éducatives et pédagogiques et conduit à des contre-attitudes particulières. Afin de tester cette hypothèse j'ai formulé cinq sous hypothèses correspondant à des précisions secondaires plus observables.

Selon l'hypothèse A, la contagion par l'autisme peut se formuler en termes de positions contre-transférentielles ou contre-attitudes que nous avons qualifiées d'indifférenciation, de clivage, de fascination et de ritualisation.

D'après mes observations, dans trois institutions, un internat en service hospitalier, deux instituts médicaux-éducatifs, les phénomènes de contagion sont francs et massifs. Dans l'institution (5.2), la forme préférentielle semble être l'indifférenciation. Elle concerne tout le personnel de l'unité A. Il en résulte un flou dans la différenciation des personnes entraînant une impossibilité de mettre de la distance entre enfants et soignants. Les différents espaces contenant (lieu de vie, lieu d'élaboration) ne sont pas différenciés. Ce fonctionnement laisse place aux mécanismes autistiques qui altèrent l'organisation des enveloppes tant individuelles que groupales. La faible élaboration des contre-transferts en réunion ne permet pas d'enrayer le phénomène.

Dans l'institution (5.5) la fascination et le clivage dominant. La fascination s'exerce pour une théorie et sa mise en application. L'investissement est tel qu'il devient objet d'admiration sans bornes. Toute autre approche est rejetée. Cette attitude exclusive conduit à un clivage. Parce qu'il défend des positions étrangères au reste de l'institution, le groupe autistes et éducateurs vit de manière isolée, sans communication.

Dans l'institution (5.6) la ritualisation est une solution pour faire face à des conditions de travail matérielles et psychiques précaires. Tout comme les enfants autistes refont inlassablement les mêmes gestes, l'éducatrice adopte une conduite très codifiée afin de ne pas se laisser envahir par la confusion et l'angoisse qui en découleraient.

Dans les trois autres institutions, deux hôpitaux de jour (5.3, 5.4) et une CLIS (5.7) différentes positions sont présentes mais sans domination de l'une ou de l'autre. Les soignants sont conscients du caractère contagieux de l'autisme et des attitudes dans lesquelles ils peuvent facilement basculer. A ce stade des hypothèses, cela montre qu'un aspect important du travail consiste à avoir à l'esprit les effets de l'autisme. Je peux déjà signaler que dans ces institutions, coexistent diverses méthodes de travail ainsi qu'un usage souple de la théorie.

Selon l'hypothèse B l'institution peut se figer dans une position engendrant ainsi des perturbations dans les dispositifs de contention et de transformation des anxiétés primitives .

L'hypothèse est vérifiée dans les institutions (5.2), (5.5) et (5.6). De fait, elle est confirmée par l'hypothèse A. En effet, les institutions concernées sont les mêmes que celles pour lesquelles la contagion est importante. En (5.2) l'angoisse diffuse et sensorielle en se propageant à l'équipe entière ne permet pas aux soignants de traiter les éléments angoissants (bêta) dont ils se trouvent bombardés. Les qualités contenantantes du groupe sont défailtantes. S'inscrire dans une histoire balisée par une origine et des repères spatiaux temporels est quasiment impossible. On peut remarquer que l'on retrouve les mêmes difficultés que celles de l'enfant autiste qui vit dans un monde a-historique, dans l'immédiateté de ses sensations et de son incapacité à anticiper les événements extérieurs. L'arrêt brutal de l'unité A est vécu comme un fait incompréhensible.

En (5.5), historiquement le repli sur la première théorie adoptée, le choix d'un mode duel éducateur/jeune, enferme l'équipe dans des conduites et des angoisses inextricables. Le traitement de l'autisme devient isolé et totalitaire et génère un enfermement comme si l'autisme induisait l'autisme de sa prise en charge. Ce fonctionnement est à l'usage déprimant et sans issue. Les réunions d'équipe semblent déconnectées de la réalité quotidienne et n'apportent pas un étayage suffisant au travail. Cette situation peu satisfaisante amène une tension institutionnelle très forte, menace de faire exploser l'équipe, génère des conflits et finalement se solde par un changement radical d'orientation théorique et clinique. La méthode choisie pour succéder à la méthode psychanalytique est le méthode TEACCH. On peut souligner qu'un de ses mérites est d'atténuer l'angoisse, car les résultats visés, même s'ils sont plus modestes que lors de la première orientation choisie, sont rapidement perceptibles.

En (5.6) la contention des angoisses s'exerce surtout dans la réalité de la vie quotidienne. Le regroupement d'enfants autistes sans contact avec d'autres rend la situation périlleuse et peu gratifiante. Elle interroge aussi sur le risque encouru à confier un groupe d'autistes à une seule personne. A cela s'associe une élaboration insuffisante des vécus contre-transférentiels. A la longue on peut imaginer qu'un tel fonctionnement menace la santé psychique de la personne et rend le travail déprimant.

Pour les autres institutions (5.3), (5.4) et (5.7) une position contre-transférentielle ne se distingue pas. De fait les perturbations sont moins massives et ne figent pas les capacités contenantes et psychiques de l'institution.

L'hypothèse C est évoquée plus loin dans le texte.

Selon l'hypothèse D on peut retrouver des constantes dans les modes de contagion et identifier une composante indépendante de la personnalité.

Cette hypothèse est confirmée. Globalement nous constatons que les effets de la contagion sont constants. Ils se produisent de façon plus ou moins prononcée pour quiconque côtoie des enfants autistes. En conséquent, nous pouvons dire qu'il ne s'agit pas d'un trait particulier de personnalité des soignants. Toutefois, les manifestations de la « contagion » prennent des formes différentes selon les modalités de combinaison entre la réaction des soignants déterminée par l'autisme et les messages historiques de l'institution. On peut souligner que la position charismatique, souvent rencontrée, semble être favorisée par la pathologie autistique. Dans ce cas, une personne, une idée, une méthode deviennent les seuls modes de pensée institutionnels. L'autisme mobilise particulièrement les instances idéales des collectifs soignants. Idéal, idole, idéologie sont des phénomènes assez courants. En effet, selon C. Vacheret :

« L'idéologie propose de rassembler ceux qui se ressemblent : elle dicte ce qui peut être reproduit et retransmis : dire ou refaire du semblable et du même, pour survivre. Elle comble le manque et l'angoisse de la différence, qu'elle nie au moins partiellement et provisoirement. »²⁶⁷

Un rapprochement peut être fait avec les « coups de foudre » qu'ont les enfants autistes pour un objet. Ce mode de fonctionnement conduit à concentrer son attention sur un seul objet au détriment de tous les autres et de l'environnement. D'après C. Vacheret, dans l'institution :

« La nature du lien idéologique est d'être un lien sans concession, dans l'absolu et dans l'idéal, en mesure d'apporter le tout, sans faille ni perte. »²⁶⁸

Dans un cas comme dans l'autre le problème est que ces défenses bloquent la représentation imaginative qui impliquerait l'intégration de la différence.

Selon l'hypothèse E, prendre en compte les contre-attitudes est utile au bon fonctionnement de l'institution. Les institutions qui ne le font pas sont davantage sujettes à la « contagion » par la pathologie autistique.

Cette hypothèse se confirme dans mon échantillon. Je remarque que les institutions (5.3, 5.4 et 5.7) ont à leur disposition un dispositif pour élaborer les vécus contre-transférentiels. Le travail sur les contre-transferts, bien qu'il n'ait pas de forme standardisée, est poussé et fait partie intégrante du système de soins ou pédagogique. Il apporte du dynamisme et évite que la pensée et la vie institutionnelle ne se sclérosent. Nous pouvons dire que c'est sans doute ce qui aide le mieux les soignants à résister à l'indifférenciation, au clivage, à la fascination et à la ritualisation. La théorie est un apport précieux constituant une aire transitionnelle dans laquelle penser est un plaisir.

Ce sont des institutions qui perdurent avec beaucoup de stabilité dans leur fonctionnement. Par contre, j'ai observé une fin brutale de l'institution (5.2); un brusque changement d'orientation théorique en (5.5); et un renouvellement fréquent du personnel

²⁶⁷ VACHERET C., *De l'illusion à la désillusion. L'institution en quête de transitionnalité*, p. 8. (137)

²⁶⁸ *Ibidem*, p. 10. (137)

en (5.6). Ces conclusions montrent que l'existence d'un modèle théorique intégré par les soignants les autorisent plus facilement à symboliser l'expérience de l'autisme.

Selon l'hypothèse C la confrontation avec l'autisme produisant des stratégies novatrices, se vérifie partiellement.

L'hypothèse C est commentée en dernier lieu car elle n'est que partiellement vérifiée. Cependant, elle apporte une note optimiste à la conclusion. Nous venons de le constater, la rigidité de certaines prises en charge et la confusion de nombreux projets thérapeutiques conduisent souvent à l'échec. Pour relancer l'évolution des enfants, il est nécessaire d'inventer de nouvelles stratégies. Dans l'institution (5.6) une méthode de travail est imaginée pour le groupe de jeunes autistes. Ritualiser est le moyen empirique employé pour rendre plus acceptable la vie quotidienne. D'autres stratégies résultent de la situation : le travail de la terre est un moyen de décharger son agressivité, de symboliser. De même, laisser un jeune patient autiste se mettre un moment en retrait du groupe ou encore utiliser un gant d'eau froide pour calmer une crise d'angoisse sont d'autres moyens. En (5.7) la classe est une invention de tous les moments pour permettre aux enfants autistes d'y évoluer le plus favorablement possible. Imagination, ingéniosité et ressources personnelles sont au service des enfants. L'espace architectural s'inscrit d'une façon particulière : la porte délimite la frontière entre l'intérieur et l'extérieur et est utilisée dans la réalité. Les méthodes d'apprentissage font l'objet d'une attention minutieuse. Chaque enfant a un programme singulier créé sur mesure. Nous avons pu le découvrir dans le discours de l'institutrice : faire accéder l'enfant à la connaissance est souvent synonyme de renoncement aux principes pédagogiques classiques. C'est par exemple accepter qu'un enfant apprenne à lire sur le livre de celui qui est en face de lui.

En ce qui concerne les institutions (5.2, unité B), (5.3) et (5.4) les stratégies novatrices se produisent au fil de la pratique avec les enfants autistes. Elles se révèlent être une création permanente. La stratégie nouvelle de l'institution (5.5) réside surtout dans le changement de méthode de travail et de mode de fonctionnement institutionnel. Nous pouvons souligner que les stratégies novatrices sont la plupart du temps des créations originales et de ce fait peu aisément reproductibles. Chaque soignant est son propre créateur.

En revanche, il est difficile de dégager des stratégies novatrices pour l'unité A de l'institution (5.2). L'internat engendre une situation à haut risque pour les collectifs soignants.

Au cours de cette recherche j'ai décrit comment des institutions vivent, pensent et peuvent parfois devenir « malades ». L'idée soutenue par de nombreux praticiens, je cite G. Lucas, selon laquelle

« L'élaboration collective est un instrument indispensable pour éviter la dérive inconsciente et monotone de contre-attitudes capables de contribuer à l'absence de mouvements évolutifs. »²⁶⁹

est validée. Il faut souligner que l'élaboration des affects et la construction de récits après coup n'est pas facile à réaliser. Saisir les contre-attitudes est forcément fugitif et éphémère parce qu'elles sont produites par une pensée ou la rencontre avec une autre pensée. Les nombreux exemples cités nous l'ont montré.

Pour terminer rappelons la formule de J.B. Pontalis :

²⁶⁹ *Folies d'enfance, op. cit., p. 299. (109)*

« On ne saurait parler du contre-transfert en vérité, dire le vrai sur lui. »²⁷⁰

²⁷⁰ « A partir du contre-transfert : Le mort et le vif entrelacés », *op. cit.*, p. 74. (117)

Bibliographie

- AICHHORN A., 1973, *Jeunesse à l'abandon*, Toulouse, Editions Privat.
- ALERINI P. et alii., 1992, *La clinique de l'autisme*, Paris, Point Hors Ligne.
- ANATHASSIOU C., « Esther Bick : sa conception de la normalité des angoisses primitives et leur rapport avec les phénomènes autistiques », in *Autismes de l'enfance*, *Monographie de la Revue Française de Psychanalyse*, 1994, Paris, PUF, p. 55-67.
- ANZIEU D. et alii, 1987, *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.
- ANZIEU D., 1986, *Une peau pour les pensées*, Paris, Clancier-Guenaud.
- ANZIEU D., 1984, *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod.
- ANZIEU D., « Le transfert paradoxal », in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°12, 1975, p. 49-72.
- ATTIGUI P., 1993, *De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*, Paris, Denoël.
- AUSSILLOUX Ch., et alii, « Handicap, autisme et choix des institutions », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°10, 1993, p. 575-581.
- BARON-COHEN S., LESLIE A., FRITH U., « Does the autistic child have a « theory of mind » ? in *Cognition*, n°21, 1985, p. 37-46.
- BAYLE G., « Les clivages », in *Revue Française de Psychanalyse*, tome LX, PUF, 1996, p. 1315-1547.
- BEAUDRILLARD J., « Fétichisme et idéologie : la réduction sémiologique » in *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°2, 1970, p. 213-224.
- BEGOINJ., GUIGNARD-BEGOIN F., « Psychoses et névroses de l'enfant dans l'œuvre de M. Klein », in *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, tome 2, PUF, p. 973-993.
- BERQUEZ G., 1983, *L'autisme infantile*, Paris, PUF.
- BETTELHEIM B., 1974, *Un lieu où renaître*, Paris, Laffont.
- BETTELHEIM B., 1967, *La forteresse vide*, Paris, Gallimard.
- BIGRAS J., 1986, *La folie en face*, Paris, Editions Robert Laffont.
- BION W.R., 1979, *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.
- BION W. R., 1965, *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF.
- BLEGER J., *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, in *Crise, rupture et dépassement*, Dunod, 1979, p. 255-275.
- BONNET G., 1991, *Le transfert dans la clinique analytique*, Paris, PUF.
- BUTEN H., 1995, *Ces enfants qui ne viennent pas d'une autre planète : les autistes*, Paris, Gallimard.

- CAHN R., « Approche métapsychologique du processus thérapeutique en institution de soins pour jeunes psychotiques », in *Perspective psychiatrique*, n° 26, 1987, p. 153-159.
- CAÏN J., « Contre-transfert et psychosomatique », in *Corps et histoire*, 1985, Paris, Edition « Les Belles Lettres ».
- CHANOIT et alii, « Le contre-transfert institutionnel », in *Revue de psychothérapie institutionnelle*, n°1-2-3, 1966, p. 23-34.
- DEBURGE A., « Un travail sur la différenciation entre contre-attitude et contre-transfert en psychosomatique » in *Revue Française de Psychanalyse*, tome LVIII, numéro spécial congrès, 1994, PUF.
- DECOBERT S., « Hommage à P-Claude Racamier », in *Groupal 4*, p. 5-21.
- DELEUZE G. et GUATTARI F., 1972, *L'anti-oedipe*, Paris, Les éditions de Minuit.
- DELIGNY F. 1980, *Les enfants et le silence*, Paris, Galilée.
- DELIGNY F., 1979, *Les détours de l'agir ou le moindre geste*, Evreux, Hachette.
- DEVEREUX G., 1980, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion.
- DIATKINE R., « La psychanalyse devant l'autisme infantile précoce », in *Topique*, 1985, p35-55.
- DOLTO F., 1984, *L'image inconsciente du corps*, Le Seuil.
- DUREY B., 1995, *Autismes et humanité*, St Maximin, Théétète Editions.
- ENRIQUEZ E., « Le travail de la mort dans les institutions », in *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod, 1988, p. 62-94.
- FELICIAN P., « Entre ennui et activisme : pour une nouvelle approche institutionnelle des psychoses », in *Journal des psychologues*, n° 116, 1994, p. 12-15.
- FELICIAN P., « L'autisme, le temps du silence », in *Le Journal des Psychologues*, n°93, 1992, p. 33-36.
- FEDIDA P., 1992, *Crise et contre-transfert*, Paris, PUF.
- FEDIDA P., « Le contre-transfert en question », in *Psychanalyse à l'Université*, tome 11, n° 41, 1986, p. 19-29.
- FERENCZI S., 1985, *Journal clinique*, janvier-octobre 1932, Paris, Payot.
- FERENCZI S., 1982, *Psychanalyse I*, Oeuvres complètes, Tome I : 1908-1912, Paris, Payot.
- FERENCZI S., 1974, *Psychanalyse III*, Oeuvres complètes, Tome III : 1919-1926, Paris, Payot.
- FERRANT A., « Quel avenir pour l'hôpital de jour ? » in *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 43 (7-8), 1995, p. 320-327.
- FREUD S., (1938), 1985, *Abrégé de psychanalyse*, Paris, P.U.F.
- FREUD S., (1933), 1981, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Paris, Gallimard.
- FREUD S., (1921), « Psychologie des foules et analyse du Moi », in *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 117-217.

- FREUD S., (1919), 1988, *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard.
- FREUD S., (1914), « Pour introduire le narcissisme », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, p. 81-105.
- FREUD S., (1913), 1953, *La technique psychanalytique*, Paris, PUF.
- FREUD S., (1905), 1984, *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF.
- FREUD S., (1895), 1956, *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF.
- FRITH U., « L'autisme », in *Pour la science*, n°190, 1993, p. 66-72.
- FRITH U., 1992, *L'énigme de l'autisme*, Paris, Odile Jacob.
- FUSTIER P., « L'infrastructure imaginaire des institutions. A propos de l'enfance inadaptée », in *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod, 1988, p. 131-156.
- GARRIGUES C., « Le piège du contre-transfert », in HEIMANN P. et alii., *Le contre-transfert*, Bibliothèque des Analytica, Paris, Navarin, 1987, p. 7-16.
- GEISSMANN C., GEISSMANN P., « Quand l'institution devient un asile » in *Perspective Psychiatrique*, n°26, 1987, p. 177-180.
- GILLIBERT J., « Angoisse comme transmission » in *Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*, n°20, 1990, p. 47-62.
- GUATTARI F., 1972, *Psychanalyse et transversalité*, Paris, François Maspero éditeur.
- GUILLAUMIN J., 1996, *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.
- GUILLAUMIN J., « Contre-transferts », in *Revue Française de Psychanalyse*, 40, 3, 1976, p. 455-482.
- GUILLEMOT P., « Approches cognitives de l'autisme », in *Perspectives psy*, volume 35, n°1, 1996, p. 28-31.
- GOLSE B. « L'autisme infantile ; recherche psychanalytique et scientificité » in *La psychiatrie de l'enfant*, vol. XXXVI, 2, 1993, p. 413-432.
- GOLSE B., « L'enfant autiste, sa pensée, son corps et ses images » in *La psychiatrie de l'enfant*, vol. XXXV, 2, 1992, p. 481-515.
- GORTAIS J., 1986, *Contre-transfert et psychose. Recherches et contributions de Harold Searles*, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université Paris VII.
- GROTSTEIN J., 1981, *Splitting and projective identification*, New York, Jason Aronson.
- GREEN A., 1993, *Le travail du négatif*, Paris, Editions de Minuit.
- HAAG G., 1996, « Etudes psychanalytiques concernant l'identification chez l'enfant autiste et la théorie de l'esprit », colloque international « *Théorie de l'esprit et développement de la symbolisation chez l'enfant autiste* », Villeurbanne.
- HAAG G., « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité », in *La psychiatrie de l'enfant*, vol. XXXVIII, 2, 1995, p. 495-527.
- HAAG G., « Autisme infantile précoce et phénomènes autistiques, réflexions psychanalytiques », in *La Psychiatrie de l'enfant*, vol. XXVII, 2, 1984, p. 293-354.
- HALL. T. E., 1971, *La dimension cachée*, Paris, Seuil.
- HEIMANN P. et alii., « A propos du contre-transfert », in *Le contre-transfert*, Bibliothèque des Analytica, Paris, Navarin, 1987, p. 7-23.

- HOCHMANN J., 1997, Pour soigner l'enfant autiste, Paris, Editions Odile Jacob.
- HOCHMANN J., « L'hôpital de jour dépassé ? » in Neuropsychiatrie de l'Enfance, 43 (7-8), 1995, p. 293-297.
- HOCHMANN J., « Cordélia ou le silence des sirènes, une relecture de l'autisme infantile de Kanner », in Autismes de l'enfance, Monographies de la Revue française de Psychanalyse, 1994, PUF.
- HOCHMANN J., 1994, La consolation. Essai sur le soin psychique, Paris, Editions Odile Jacob.
- HOCHMANN J., « Abord institutionnel des enfants psychotiques », in Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, 37210 A10, 1991, 5 p.
- HOCHMANN J., « L'autisme infantile : déficit ou défense ? », in Soigner, éduquer l'enfant autiste ? Paris, Masson, 1990, p. 33-55.
- HOCHMANN J., FERRARI P., 1988, Imitation, identification chez l'enfant autiste, Paris, Bayard.
- HOCHMANN J., « Redonner le goût de penser », in Le Journal des psychologues, 1985, n°24, p. 13-17.
- HOCHMANN J., 1984 (1^{ère} édition), Pour soigner l'enfant autiste. Des contes à dormir debout, Toulouse, Privat.
- HOCHMANN J., « L'institution mentale : du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés », in L'information Psychiatrique, vol. 58, n°8, 1982, p. 987-991.
- HOUZEL D., 1996, « Le défaut de théorie de l'esprit dans l'autisme déficit ou défense », colloque international « Théorie de l'esprit et développement de la symbolisation chez l'enfant autiste », Villeurbanne.
- HOUZEL D., « Nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile », in Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, tome 2, PUF, p. 1226-1254.
- JACQUEY X., 1972, Le deuil assumé ou De l'analyse des phénomènes contre-transférentiels en termes de contre-attitudes dans le champ psychothérapique institutionnel, Thèse de Doctorat en Médecine, Université Paris VI.
- JEAMMET N., « Ebauche d'une méthodologie dans le champ de la recherche clinique », in La psychiatrie de l'enfant, 25, 2, 1982, p. 439-485.
- JOLY F., « Angoisses psychotiques et images du corps » in Neuropsychiatrie de l'enfant et l'adolescent, 44 (11), 1996, p. 581-590.
- KAES R., « Réalité psychique et souffrance dans les institutions », in L'institution et les institutions, Paris, Dunod, 1988, p. 1-43.
- KAES R., 1980, L'idéologie, études psychanalytiques, Paris, Dunod.
- KAES R. et alii, 1979, Crise, rupture et dépassement, Paris Dunod.
- KAES R. et alii, 1975, Fantasme et formation, Paris, Dunod.
- KAES R. « L'archigroupe, puissance et pouvoirs dans les petits groupes » in Nouvelle Revue de Psychanalyse, n°8, 1973, p. 207-221.

- KANNER L., (1943), « Autistic disturbances of affective contact », *Nervous Child*, 2, trad. Fr. in Berquez G., *L'Autisme Infantile*, 1989, Paris, Dunod.
- KATAN-BEAUFILS N., « Le contre-transfert ou l'angoisse de l'analyste », in *Le contre-transfert*, Bibliothèque des Analytica, Paris, Navarin, 1987, p. 16-21.
- KESTEMBERG E., « Quelques remarques sur le contre-transfert dans le traitement des malades psychotiques » in *Le psychanalyste et son patient*, Toulouse, Privat, 1983, p. 213-227.
- KESTEMBERG J., « Institution et psychanalyse » in *Traitements au long cours des états psychotiques*, Toulouse, Privat, 1974, p. 298-302.
- LACAN J., « Intervention sur le transfert », in *Les Ecrits*, Paris, Edition du Seuil, 1966, p. 215-226.
- LACAN J., (1964), 1973, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Editions du Seuil.
- LAPLANCHE J., 1987, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF.
- LAPLANCHE J., 1970, *Vie et mort en psychanalyse*, Paris, Flammarion.
- LAPLANCHE J., J.B. PONTALIS, 1967, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- LAZNIK-PENOT M.C., 1996, « L'image cinématographique comme suppléance à la représentation chez un enfant autiste », colloque international « *Théorie de l'esprit et développement de la symbolisation chez l'enfant autiste* », Villeurbanne.
- LAZNIK-PENOT M.C. « Défenses autistiques et échec de la mise en place de la fonction de représentation » in *La psychanalyse de l'enfant*, n°19, 1996, p. 109-147.
- LAZNIK-PENOT M-C., 1995, *Vers la parole, trois enfants autistes en psychanalyse*, Paris, Denoël.
- LAZNIK-PENOT M-C., « L'enfant psychotique est-il lettre volée ? » in *La psychanalyse de l'enfant*, Que serait aujourd'hui une bonne institution pour les enfants ? 1985, p. 74-97.
- LEFEVRE F., 1995, *Surtout ne me dessine pas un mouton*, Paris, Stock.
- LEFEVRE F., 1991, *Le petit prince cannibale*, Paris, Editions J'ai Lu.
- LITTLE M., « R la réponse totale de l'analyste aux besoins de son patient », in *Le contre-transfert*, Bibliothèque des Analytica, Paris, Navarin, 1987, p. 31-48.
- LOURAU R., 1970, *L'analyse institutionnelle*, Paris, Les éditions de Minuit.
- LUCAS G., 1997, *Folies d'enfance, essai de réflexion sur les soins aux enfants psychotiques et autistes*, Paris, P.U.F.
- MANNONI M., 1976, *Un lieu pour vivre*, Paris, Editions du Seuil.
- MANNONI O., 1990, *Freud*, Bourges, Seuil.
- MARCELLI D., 1986, *Position autistique et naissance de la psyché*, Paris, PUF.
- MELTZER D. et alii, 1980, *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot.
- MORIN E., 1981, *Pour sortir du XXe siècle*, Paris, Nathan.
- NEYRAUT M., 1974, *Le transfert*, Paris, PUF.

- PENOT B., 1989, Figures du déni, En deçà du négatif, Paris, Dunod.
- PONTALIS J.B., « A partir du contre-transfert : le mort et le vif entrelacés », in Nouvelle Revue de psychanalyse , n°12, 1975, p. 73-77.
- RACAMIER P.C, 1970, Le psychanalyste sans divan, Paris, Payot.
- REICH A., « Empathie et contre-transfert », in Le contre-transfert , Bibliothèque des Analytica, Paris, Navarin, 1987, p. 91-101.
- RESWEBER J-P, 1996, Le transfert, Paris, Editions l'Harmattan.
- RIBAS D., « Procédés autocalmants, répétitions et autismes précoces » in Revue française de Psychosomatique , n°4, PUF, 1993, p. 75-85.
- RIBAS D., 1992, Un cri obscur, l'énigme des enfants autistes, Paris, Calmann-Lévy.
- ROUSSILLON R., « Espaces et pratiques institutionnelles, le débarras et l'interstice », in L'institution et les institutions , Paris, Dunod, 1988, p. 157-178.
- RUTTER M., SCHOPLER E., 1978, L'autisme. Une réévaluation des concepts et du traitement, Paris, PUF.
- SEARLES H., « L'effort pour rendre l'autre fou », in Nouvelle Revue de Psychanalyse , « La psyché », n°12, 1975, p. 23-42.
- SERON X., 1993, La neuropsychologie cognitive, Paris, Que Sais-je, PUF.
- SCHAFER R., 1988, L'attitude analytique, Paris, PUF.
- SCHOPLER E., « Naissance du programme TEACCH : Principes, mise en pratique et évaluation », in Parents et professionnels devant l'autisme , CTNERHI Editions, 1997, p.191-204.
- SPIELREIN S., 1981, Entre Freud et Jung, Paris, Aubier Montaigne.
- SWAIN G., 1994, Dialogue avec l'insensé, Paris, Gallimard.
- SYNODINOU C., 1985, Autisme infantile, Paris, Aubier.
- TOWER L., « Le contre-transfert », in Le contre-transfert , Bibliothèque des Analytica, Paris, Navarin, 1987, p. 113-141.
- TUSTIN F., « Validations des découvertes sur l'autisme », in Psychanalyse des psychoses de l'enfant , Journal de la psychanalyse de l'enfant , n°5, Paris, Centurion, 1988, p. 116-137.
- TUSTIN F., 1986, Les états autistiques chez l'enfant, Paris, Seuil.
- TUSTIN F., 1977, Autisme et Psychose de l'enfant, Paris, Seuil.
- URWAND S., 1994, La rêverie institutionnelle : métaphore poétique pour une institution, Thèse de Doctorat en Psychologie, Paris V.
- VACHERET C., 1994, « De l'illusion à la désillusion. L'institution en quête de transitionalité », Institut de Psychologie, Université Lyon II.
- VIDAL J.M, « Cliniques, sciences et éthiques », in Cliniques et Communications , L. Ottavi (Ed.), Presses Universitaires de Rennes ISBN 2-86847-175-9, 1996, p 177-213.
- VIDAL J.P., « Institution et position thérapeutique négative », in Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe , n°13, p. 9-20.

WINNICOTT D. W, (1971),1975, Jeu et réalité. L'espace potentiel, Paris, Gallimard.

WINNICOTT D. W., (1947), « La haine dans le contre-transfert », in De la pédiatrie à la psychanalyse , Paris, Payot, 1969, p. 72-82.

Annexes

Annexe A : Lettre et questionnaire type

La lettre type présentée ci-dessous accompagne le questionnaire. Elle expose le thème de recherche de façon brève et suffisamment explicite.

Le questionnaire est destiné à recueillir des informations sur le fonctionnement des institutions. Il est bâti en deux parties : « l'établissement » et « les enfants autistes ».

307

Tirard Collet Christelle
Hôpital de Jour
Rue Paul Durand
38110 La Tour Du Pin
Tél : 04 74 97 84 72
Fax : 04 74 97 19 43
E-mail : althea@cial-cleanc.com

La Tour Du Pin, le 30 janvier 1997

Monsieur,

Psychologue clinicienne dans un service de psychiatrie infanto-juvénile, j'élabore actuellement une thèse de doctorat intitulée « Autisme Infantile et modalités thérapeutiques ou éducatives » à l'Université Lyon 2, sous la direction du Professeur Jacques HOCHMANN. Je m'intéresse aux divers modes de prises en charge existants, à leurs qualités et inconvénients et à leur mise en œuvre par les professionnels.

Vous trouverez, accompagnant ce courrier, un questionnaire visant à recueillir ces informations. Vous pourriez indiquer également si vous êtes intéressés pour contribuer à la recherche en témoignant de votre expérience avec les enfants autistes.

La collaboration que vous pourriez apporter serait très utile à la réalisation de ce travail.

Je suis à votre disposition pour vous donner plus de détails.

Dans cette attente recevez, Monsieur, mes salutations distinguées.

Christelle Tirard Collet

L'ETABLISSEMENT

Nom :

Adresse :

1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de jour

Autres

Internat

Institut méd.no-éducatif

Classe spécialisée

2. La date de création

Jour : ___ / Mois : ___ / Année : ___ /

3. L'objectif principal

Soins

Education

Scolarisation

4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services. Lesquel(s).....

Suppression de services. Lesquel(s).....

Autres.....

308

5. La population concernée

Description :

6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses

Troubles réactionnels

Troubles à expression somatique

Autres.....

Troubles névrotiques

Déficiences mentales

Variations de la normale

Pathologies de la personnalité

Troubles des fonctions instrumentales

LES ENFANTS AUTISTES

1. Accueillez vous des enfants autistes? Oui Non

Nombre total : / ___ / Nombre de filles : / ___ / Nombre de garçons : / ___ /

Nombre d'enfants par tranche d'âge:

Moins de 3 ans : / ___ / 3 à 12 ans : / ___ / Plus de 12 ans : / ___ /

Capacité « maximale » d'accueil : / ___ /

Aviez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ? Oui Non

2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner : Oui Non

Combien d'enfants ? / ___ / Dont / ___ / sans langage

Autres formes d'autisme infantile : Oui Non

Combien d'enfants ? / ___ / Dont / ___ / sans langage

Syndrome autistique associé à un polyhandicap : Oui Non

Combien d'enfants ? / ___ / Dont / ___ / sans langage

Syndrome autistique dans le cadre d'une « pathologie connue » : Oui Non

Combien d'enfants ? / ___ / Dont / ___ / sans langage

3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour De nuit Les deux

Temps complet Temps séquentiel Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques : Oui Non

Précisez :

En individuel En groupe Les deux

308

Des activités de socialisation		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....		<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe		
Des activités à support corporel		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....		<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe		
Des activités à support plastique et créativité		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....		<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe		
Des activités à support numérique		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....		<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe		
Des rééducations psychomotrices		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....		<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe		
Des rééducations orthophoniques		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....		<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe		
Des psychothérapies		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....		<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe		
Autres.....			

310

4. La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils une scolarité ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les apprentissages scolaires se font en :		
<input type="checkbox"/> Milieu ordinaire	<input type="checkbox"/> Dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Autres
Autres.....		

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non spécifiques	<input type="checkbox"/> Oui, pour une minorité	<input type="checkbox"/> Oui, pour une majorité
Précisez.....			

6. Les principaux partenaires

<input type="checkbox"/> En amont	<input type="checkbox"/> En aval	<input type="checkbox"/> Co-partenaires
<input type="checkbox"/> Entourage	<input type="checkbox"/> Entourage	<input type="checkbox"/> Entourage
<input type="checkbox"/> Prof ^{ts} de santé de l'établissement	<input type="checkbox"/> Prof ^{ts} de santé de l'établissement	<input type="checkbox"/> Prof ^{ts} de santé de l'établissement
<input type="checkbox"/> Autres prof ^{ts} du salarié	<input type="checkbox"/> Autres prof ^{ts} de santé	<input type="checkbox"/> Autres prof ^{ts} de santé
<input type="checkbox"/> Scolaires	<input type="checkbox"/> Scolaires	<input type="checkbox"/> Scolaires
<input type="checkbox"/> Associations	<input type="checkbox"/> Associations	<input type="checkbox"/> Associations
<input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux	<input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux	<input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux
<input type="checkbox"/> Educatifs et médico-éduc.	<input type="checkbox"/> Educatifs et médico-éduc.	<input type="checkbox"/> Educatifs et médico-éduc.
<input type="checkbox"/> Autres, en clair.....	<input type="checkbox"/> Autres, en clair.....	<input type="checkbox"/> Autres, en clair.....

Questionnaire renseigné par :

Nom (facultatif) :
Fonction :

311

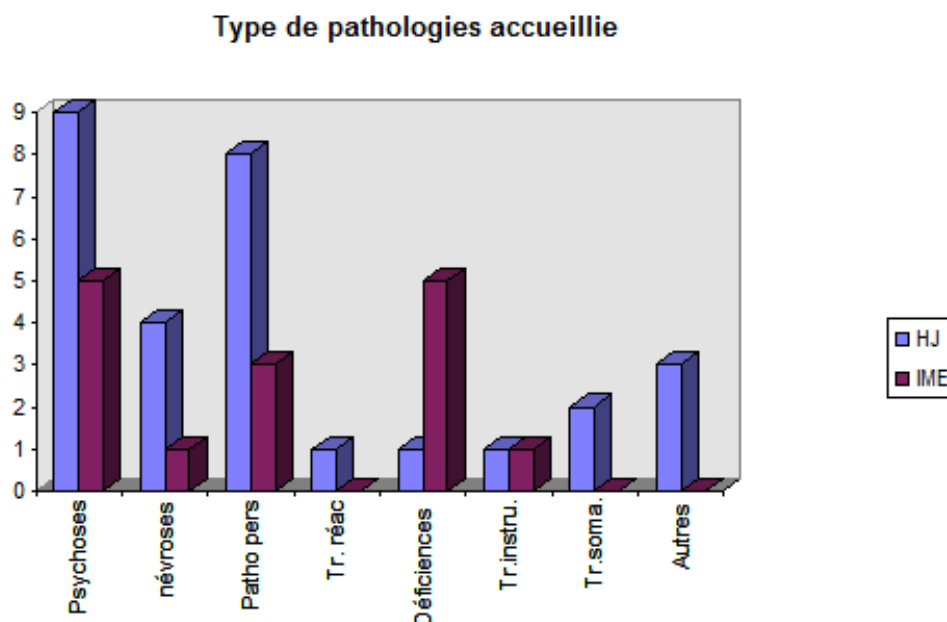
Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ? Oui Non

Annexe B : Les questionnaires recueillis

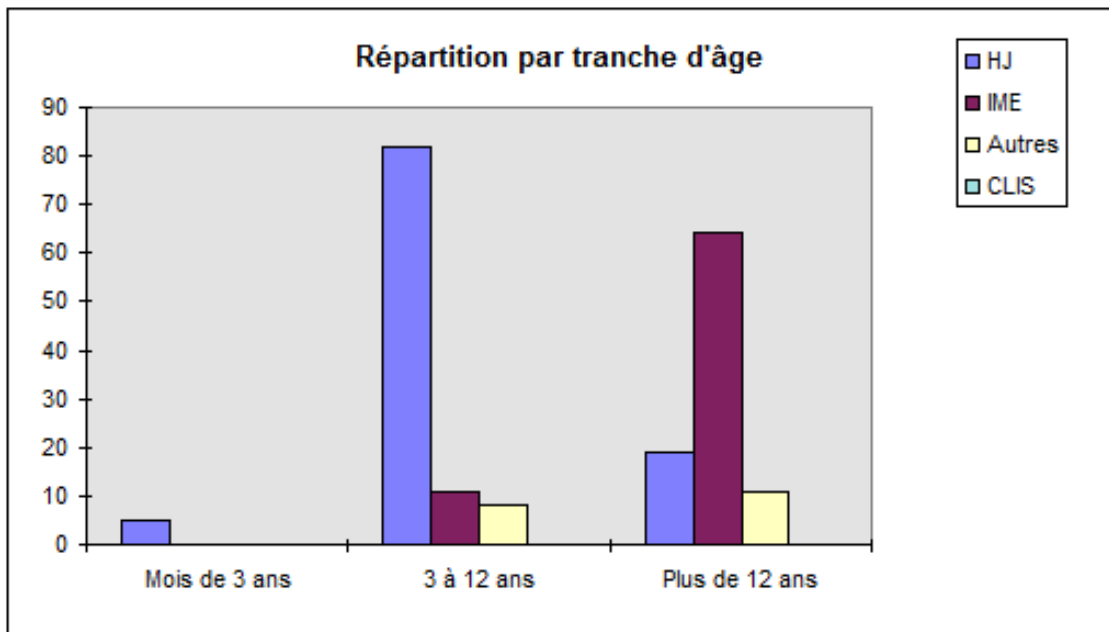
Les questionnaires recueillis sont au nombre de dix-neuf. Les institutions sont nommées et la (ou les personnes) qui a (ont) renseigné le questionnaire est (sont) la plupart du temps mentionnée(s).

[annexe_b.pdf](#)

Annexe C : Les données des questionnaires sous forme graphique

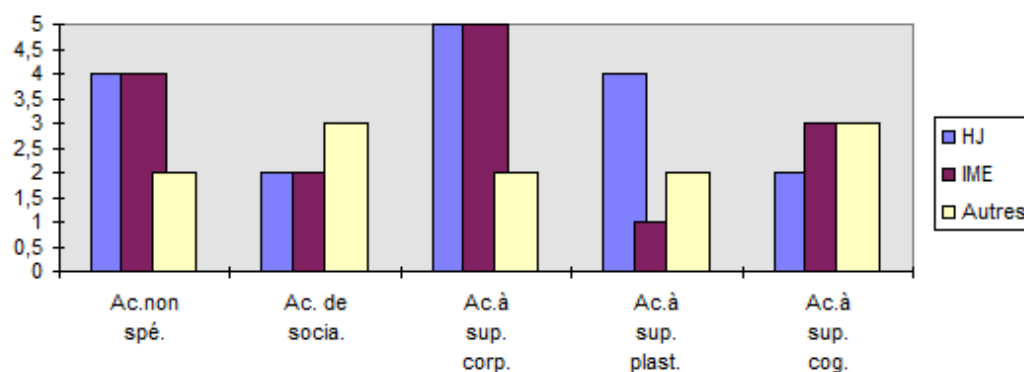


Le graphique ci-dessus permet de représenter la pathologie de la population globale accueillie en hôpital de jour (HJ) et en institut médico-éducatif (IME). Compte tenu du nombre restreint de réponses concernant les autres catégories d'établissement celles-ci ne sont pas représentées.

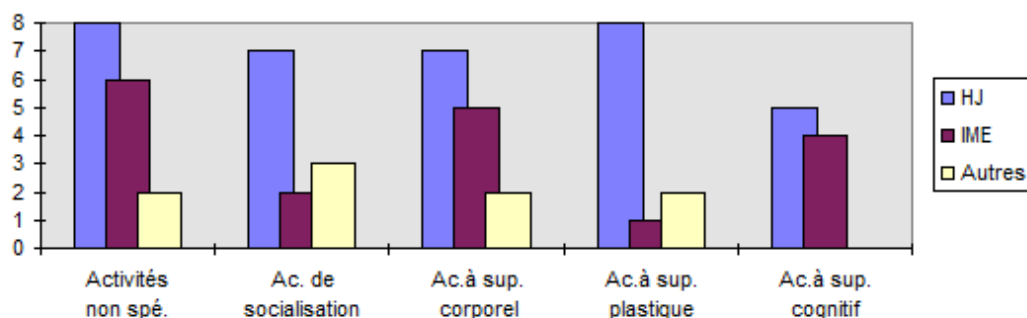


Les modalités de prise en charge des enfants autistes

Types d'activités en individuel



Types d'activités en groupe



Annexe D : Les Interviews

INTERVIEW N° 1 F., éducatrice spécialisée, Hôpital de Jour (mi-temps)

Choses écrites sur un groupe d'expression que j'ai écrit l'année dernière avec deux enfants psychotiques, un enfant autiste et le quatrième, quel est celui que je fais passer à la trappe? deux enfants autistes et deux enfants psychotiques. Dans le cadre de la restructuration de l'hôpital, j'ai repris un travail dans un nouveau cadre avec de nouvelles personnes, un nouveau médecin et un travail avec des gosses autistes. Il faut dire que pendant des années j'en ai peu vus. Alors que j'ai commencé à travailler (éducatrice spécialisée) il y a à peu près vingt ans, tu vois avec des enfants autistes. J'ai fais pas mal de choses et les

enfants autistes il y a eu une grande période où je ne les ai pas vus, je n'ai plus travaillé avec eux si ce n'est que les dernières années que j'ai faites à C..., je voyais une fois tous les quinze jours un enfant autiste dans un groupe d'enfants qui présentaient plutôt des psychoses et des dysharmonies psychotiques mais je me suis rendue compte que c'était assez difficile pour tout le monde parce que ce gosse était un peu parachuté, pour le coup la continuité était vraiment peu suffisante. C'était tellement morcelé dans le temps, les repères étaient fragiles et l'intégration dans le groupe était difficile. Vraiment il faisait encore un peu plus martien, que déjà pour les autres c'était ce qui se passait, ce gamin il arrivait d'une autre planète. Alors là il essayait de retrouver des repères en mettant les chaises dans un certain ordre, tu vois au niveau spatial, ce qui angoissait les autres qui ne pouvaient pas bouger ou alors il déclenchait une crise d'angoisse. Il prenait des repères, c'est un gamin qui dessinait, peignait très très bien, donc qui laissait des dessins dans la pièce notamment qui représentaient des escaliers, ce qui laissait les autres pantois parce qu'ils n'arrivaient pas à le faire. Y'a eu une fois une séance à laquelle il a participé mais tout le reste du temps il était vraiment (soupir) à la périphérie dans une recherche de repères, et puis comme un oiseau sur la branche, n'arrivant pas à se poser. Donc moi j'ai gardé de cette expérience quand même une impression mitigée, alors c'est vrai qu'il avait été dans ce groupe avec l'esprit de décloisonnement de rencontre avec d'autres enfants, c'est ce qui avait présidé à sa venue mais une fois tous les 15 jours, l'accrochage avec lui sur un plan relationnel, pour moi sur un plan contre transférentiel c'était très difficile. C'était trop haché, trop éloigné, pour le coup pour la capacité de le porter de le rêver, c'était très ténu. L'impression d'une discontinuité qui entrave l'investissement et qui ne permet pas de retenir justement l'image de l'enfant et de maintenir une expérience relationnelle qui prenne du sens au fur et à mesure. Quelque chose que je ne souhaiterais pas reproduire. C'est vrai qu'avec d'autres personnes qui le voyaient on faisait quelques liens de temps en temps mais là aussi c'était un petit peu difficile car les autres enfants prenaient le devant de la scène et dans la préoccupation psychique que je pouvais avoir de cet enfant, elle m'a semblé trop légère, trop floue, trop problématique.

Comment tu vois les enfants autistes par rapport aux autres?

Pour le coup, il était dans son monde. Pas tant que ça dans la mesure où il exprimait une inquiétude dans ce contexte, comme l'oiseau sur la branche, je ne peux pas mieux le définir. Mais c'est un enfant qui n'arrivait pas à établir une relation, bon, qui sur le plan aussi de la présence même physique et corporelle était, enfin on arrivait pas à le saisir et une motricité, un rapport aux choses, à l'espace tout à fait particulier. On avait l'impression des fois qu'il volait dans la pièce comme si il essayait de ne pas avoir le contact avec les choses et avec les autres. Si ce n'est par rapport aux objets à figer quelque chose à se maintenir dans quelque chose d'immuable qui ne bouge pas surtout, c'est comme ça qu'il arrivait à endiguer son angoisse et dès que les autres démolissaient cette ordonnance il se mettait à piquer des crises d'angoisse. (je lui fais remarquer qu'il y a un seul enfant autiste).

Quand on a changé de lieu, qu'on est venu à la Motte, ce qui c'est passé c'est qu'un certain nombre d'enfants de ce secteur qui sont passés dans le deuxième intersecteur, et donc on s'est accompagné mutuellement et la règle ça été pour prévenir les angoisses de séparation, d'observer une certaine continuité, et il a été demandé aux gens qui connaissaient ces enfants de continuer à les suivre. Il y en avait deux que je suivais qui étaient dans le groupe (psychotiques) et deux enfants autistes que je ne suivais pas à C... Mais ils me voyaient dans la cour. deux enfants autistes sans langage alors que les autres ont un langage. Là aussi cette année je les ai pris dans un groupe d'expression donc je l'ai présenté au médecin qui ne savait pas trop ce qu'était un groupe d'expression. Le

terme d'expression qui est un terme général justement il a le mérite de laisser une grande liberté aux moyens choisis, une souplesse quant aux objectifs tout en mettant l'accent sur la nécessaire mise en forme pulsionnelle et pour moi c'est un travail qui a vocation à favoriser la constitution d'un espace interne, à permettre à des représentations à se mettre en place, et à développer la capacité de symboliser, de mentaliser et de produire du sens. La médiation principale c'est le jeu qui va du jet de l'objet, (Fédida, l'Absence, notamment le chapitre sur le jeu), au jeu verbal en passant par la mise en scène du corps ainsi que par la mise en scène de matériel figuratif. Il me semble que ça crée un espace de subjectivité, d'intersubjectivité dans un échange entre soi et moi, soi et l'autre, dans l'ici et maintenant, espace de figuration, de transformation entre le monde interne et la réalité, la confrontation avec les règles matérielles. Un peu ce que je définirais comme une aire transitionnelle, il me semble que le travail en groupe peut bien se définir comme ça avec un groupe contenant qui est une surface de projection, un creuset, un support d'identification, un lieu de partage d'émotions, qui est investi énormément sur le plan libidinal, c'est aussi un lieu de relation, de socialisation, de mise en relation et il me semble être un prototype des autres groupes dont l'enfant fait partie (la famille, la fratrie, l'école, l'institution) et puis au delà si on pense à Kaës c'est peut-être la scène sur laquelle jouent les différentes instances de la personnalité. Alors il y a le ou les soignants, un lieu, un temps terminé sont au service de la fonction pare excitation, de la fonction contenante, détoxiquante, qui privilégie une continuité d'expérience dont moi j'énonce la règle telle que la formule G. Haag : "on est ici pour comprendre les choses difficiles qui font peur, on peut raconter avec les objets et on a pas le droit de se faire mal". Et pour conclure, je m'inspirais d'une métaphore de Hochmann qui dit que ce travail de soin aurait à voir avec la création d'un conte.

Groupe que j'ai mené toute seule et qui a été une bonne transition pour ces gosses qui arrivaient dans un milieu nouveau, qui a permis aux enfants psychotiques d'aborder un groupe au niveau supérieur et je pense à se préparer à un travail groupal pour les enfants autistes parce que ces deux enfants dont il est question ils avaient été dans des groupes à C... mais assez brièvement et qui n'en étaient plus tellement, parce que c'était la fin et une certaine déliquescence, bon il y avait déjà des enfants qui étaient partis. Ces deux enfants (autistes) je les ai retrouvés cette année. C'est un groupe qui a lieu deux fois par semaine, un groupe d'expression à géométrie variable dans le sens où une fois avec une collègue on reçoit quatre enfants, là aussi on peut parler de trois enfants autistes dont un est en train d'accéder au langage, et une petite fille qui présente plutôt une psychose symbiotique et qui est en même temps une grosse épileptique et puis la deuxième fois dans la semaine il accueille cinq enfants, avec une troisième soignante. Sachant que je vois deux de ces enfants individuellement dans un, ça c'est quelque chose qui pose un petit peu problème mais je le prends plutôt... on savait pas quoi faire de ces gosses et je les ai accueillis et la consigne était de leur faire faire des choses relatives au pré-apprentissage et chose qui me pose problème, on peut en parler. Moi je me rends compte que c'est plus un temps pour un enfant de transition parce qu'il arrive et doit ensuite rejoindre un groupe où il fait de la graphomotricité. Pour lui c'est un temps de transition, c'est le début de la semaine et il arrive assez en retard, la maman l'amène et il y a tout un rituel, donc que ça le prépare à entrer dans le groupe et à commencer sa semaine et à se séparer de sa mère. Et pour la fillette que je vois après, je vois plutôt ça comme une rencontre où... individuelle ... où ça a pris un aspect de confrontation ludique, c'est une gosse qui c'est énormément ouverte, qui s'est enfin sur le plan intellectuel qui est pas mal déficitaire mais si tu veux la relation a pris beaucoup d'importance pour elle, ça prend un caractère joueur où elle s'oppose et en même temps c'est assez stimulant, même la confrontation (rires), j'ai quelques exigences

et elle joue beaucoup avec ça. Je vois ces enfants là dans un groupe "terre et peinture" qu'on pourrait appeler créativité.

Institution embarrassée par l'arrivée de ces enfants autistes?

Quelques problèmes mais pas que d'eux. On a eu des angoisses liées au fait de laisser les murs de l'hôpital, quand même bien sécurisant, on a eu des fantasmes comme quoi tout allait se briser, bon, qu'on allait pas assez être contenant, et ça se passe pas mal. Pour ces enfants s'est posée récemment la question du cadre dans lequel on mettait ces enfants, du cadre matériel aussi. On fait le groupe dans une salle de jour qui est la salle de tout le monde, en plus ouverte de tous les côtés, il y a des baies vitrées qui s'ouvrent et tu as deux portes. D'ailleurs, au début, la première année que j'ai eu ce groupe, en plus sachant qu'une porte a été rapidement cassée, qui était vraiment sortie de ces gonds donc elle n'existait plus, ouf, j'ai eu vraiment affaire à un vidage, le groupe se répandait, coulait dehors en plus toutes ces angoisses chez les enfants et chez nous mêmes, de ne pas arriver à contenir et ça rencontrait bien sûr l'histoire du cadre matériel. On peut se poser la question de pourquoi ces enfants on les a mis justement dans cette pièce là, c'est vrai que c'était la plus grande et qu'ils ont besoin d'espace, en attendant, ça crée une certaine qualité, maintenant ils sont un peu moins interpellés par le dehors alors je pense qu'ils ont intériorisé une fonction contenant, il y a quand même une constitution d'espace interne qui s'est créée pendant ces deux années. Mais s'il y a la tempête au dehors on voit bien pour certains ça peut être dedans aussi, on voit de l'agitation dans le groupe et c'est un peu d'orage qui rentre dedans, ça c'est des choses qu'on met en mots il faut bien travailler avec. Il y a aussi cette difficulté quand on commence le groupe à faire sortir les autres et faire rentrer ceux du groupe. On a en ce moment un petit garçon qui n'arrête pas de sortir mais je crois que ça pose le problème de son inscription individuelle dans le groupe, des mouvements qu'il y a de notre propre négociation dans l'équipe face au devenir de ces enfants, au fait que se pose la question de l'après, qu'il y a des questions d'orientation, de passage, que peut être la question du tiers se pose. On est que des femmes dans ce groupe, on joue à la fois le rôle masculin et féminin mais ces enfants pourraient avoir accès à des activités avec des hommes. On a du mal à les intégrer dans ce cadre là, on a des questions à se poser, on est toujours guetté par le même, le faire pareil, par exemple le groupe où l'on se retrouve à trois soignantes on s'était dit que ça faisait un peu beaucoup, on va mettre une des trois, à tour de rôle en position d'observateur et de preneur de notes en ayant à l'idée que c'était quelqu'un qui pouvait restituer au groupe ce qui c'était passé, qui était la mémoire du groupe, chose qu'on a eu des difficultés à maintenir, on s'est posé des questions à ce sujet, en se disant cette troisième personne est en position de tiers, est-ce que c'est pas aussi ce qui venait un peu troubler notre fonctionnement en couple thérapeutique? on s'était bien dit qu'on tournerait mais la collègue qui se rajoute, enfin qui se rajoute c'est bien.. normalement elle se rajoute pas mais fait bien partie intégrante du groupe, mais elle a toujours le sentiment d'être en plus, d'être une pièce rapportée et elle disait encore récemment que le fait de ne pas participer le lundi au groupe auquel des enfants du groupe du jeudi participent, elle avait du mal à accrocher, à s'inscrire dans une continuité, à faire des liens mais je pense qu'il y a d'autres explications. En plus, on s'était dit qu'elle pourrait être un lieu de dépôt pour les enfants, elle pouvait être rassurante par sa neutralité puisque les autres on joue. Au début, on a vu des enfants qui allaient se réfugier sous la chaise sur laquelle elle était. Par compte on a eu beaucoup de mal à restituer les grands traits de la séance. Les collègues ont été très surprises par les interactions qu'il y avait dans le groupe, elles pensaient que ça serait extrêmement ennuyeux de se retrouver pendant une heure et demie avec des enfants sans langage et celle qui prenait les notes trouvait ça épuisant parce qu'il y avait des tas de choses et qu'à la sortie elle n'arrivait pas à faire des liens avec tout ce qui se passait, ce

qui maintenant se fait plus facilement. Mais c'est vrai qu'on a toujours un peu de mal à le restituer ou alors ça se fait plus en cours de route.

A quoi renvoient ces enfants autistes, personnellement? qu'est-ce qu'ils font émerger, sentir?

En y pensant hier, si tu veux j'ai eu une image, je ne sais pas ce qu'on peut en penser, moi souvent il me vient à l'esprit, du moins dans les débuts du contact que l'on a avec ces enfants et dans les débuts de leur évolution, parce que j'ai aussi pointé toute une série de questions: comment rentrer en contact? comment communiquer? comment se différencier? comment permettre l'expression et la mise en forme des émotions pour éviter les actings? comment susciter les interactions? favoriser la rencontre avec l'environnement et la réalité et rendre possible une progression, tout l'espoir qu'on a d'un accès au symbolisme et au langage et rendre ces enfants là sujet d'une histoire. C'est vrai que cette rencontre est tout à fait particulière et singulière et qui, bon, convoque les parties archaïques de soi et dans un premier temps c'est quand même assez difficile, et moi j'ai cette image d'un "gant retourné", l'impression... et alors je me suis dit que c'était Freud qui en avait parlé à propos de la féminité, je sais pas pourquoi, ce continent obscur qui était pour lui la féminité, chose chez FREUD qui m'ai...mais bon. Par exemple le gant à l'endroit figurait à l'extérieur la partie visible et socialisée du moi avec une peau externe bien délimitée, souple qui favoriserait les contacts à l'aide d'une doublure, ça pourrait être une sorte de filtre, une interface tandis que l'espace intérieur représenterait le monde interne bien circonscrit et communiquant de façon à doser avec son extérieur en l'occurrence avec le moi. L'enfant autiste moi je le perçois comme un gant retourné c'est à dire qu'il projette son espace interne directement à l'extérieur sans filtre sans barrière et où il se colle, il s'agrippe aux surfaces externes et même dans un premier temps, en exerçant une pression de telle façon à les déformer, à les anéantir, à les vider de leur substance interne et sans que cette opération soit destinée à s'incorporer leurs qualités mais plutôt à les pulvériser, à les annihiler, quand même quelque chose qui a à voir aussi peut être aux poulpes, quelque chose de tentaculaire.

Tu l'as ressenti?

Ouais, ouais!

Tu te souviens de tes débuts?

Différence entre les débuts, quand j'ai connu les enfants autistes je me suis énormément défendue, dans un sens j'ai moins senti ça. Ce sont des choses que j'ai ressenties plus tard, moi même je me suis plus mise à la portée de ces enfants et j'ai plus tenu compte de mes émotions, de mon ressenti, de mon éprouvé, alors que les premières années je me suis vraiment défendue de ce ressenti parce qu'il était extrêmement menaçant et toute la question c'était de tenir, d'ailleurs on bouclait les pièces, on s'enfermait dedans, ce qui choquait beaucoup de personnes mais moi je voyais pas d'autres façons de faire. Pour être contenante il n'y avait que ça, beaucoup de gens dans l'institution critiquaient ça en disant que c'était de la contention, de l'aliénation, toutes ces représentations très dures, très agressives de l'hôpital psychiatrique. Moi je dois dire que ce n'est pas tellement quelque chose qui m'a posé problème parce que je voyais pas d'autres moyens de rencontrer ces enfants. Alors dedans c'était résister à l'éclatement, ça alors, c'était des gosses qui se projetaient sur les murs, s'automutilaient, c'était vraiment très dur. Moi toute mon énergie était concentrée sur le fait de résister en disant il en sortira bien quelque chose, sans ça moi je rétorquais aux gens qui disaient "vous les enfermez" oui qu'est-ce qu'on fait? on peut les laisser aller dans le pré, partir et ils brouteront l'herbe, ils poseront moins de problème mais on ne les rencontrera pas". Il y a eu pas mal d'affrontement surtout que c'était dans

les années 70 c'était l'après 68, c'était un petit peu difficile mais moi avec peu d'expérience j'avais trouvé que cette façon là aussi de les rencontrer et du coup de les rendre un peu plus familiers qu'il y ait un terrain de rencontre et c'est vrai que peu à peu je trouvais des moyens et étant aussi beaucoup aidée par l'encadrement parce qu'on a été pas mal initié à la théorie kleinienne et de Malher et ça nous a donné pas mal d'outils pour contenir ces enfants et jouer autant que faire ce peut le rôle de pare excitation, ce qui a permis après des échanges et une reconnaissance mutuelle. un aspect intéressant, un côté un peu laboratoire, un peu en position d'observer ce qui se passait et de rapporter tout ça et là dessus on théorisait. La théorie nous a beaucoup aidé, on débutait pour beaucoup dans la profession, on avait une vingtaine d'années, donc c'était difficile de faire appel à ses propres ressources qui étaient je dirais assez faibles, la théorie était un étayage important. Après chacun a suivi son chemin et est allé à la rencontre d'autres théories qu'on ne trouvaient pas sur place. A un moment je me suis dit au fait pourquoi est-ce que ces enfants on les met en groupe puisque c'est si difficile pour eux? est-ce que c'est juste un point de vue économique ou une indication, un intérêt à les mettre en groupe? c'était pas très explicite dans l'institution même s'il me semble que c'est une des premières institutions qui a autant travaillé sur le groupal mais c'était pas théorisé. Je me suis posée la question quand je suis sortie des murs, quand je suis allée travailler dans le cadre de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) où j'ai rencontré d'autres enfants qui posaient des problèmes de dysharmonie, ou même de névrose et où là j'ai eu affaire au phénomène de groupe, où je retrouvais des choses que j'avais connues avec les enfants autistes. Peut-être j'étais trop avec dans les murs, j'avais pas la distance nécessaire pour poser cette question là mais chez les enfants que je voyais en CATTP c'était beaucoup plus flagrant qu'il se passait des choses à un niveau groupal qui me mettaient en difficulté et qui me faisaient dire "oh là je ne suis pas bonne" et puis j'avais l'impression de me planter comme des fois quand on veut protéger un enfant qui était bouc émissaire qui m'ont fait dire il faut que j'aille me former. J'ai entamé une formation à l'animation de groupe thérapeutique qui durait trois ans. Ce qui m'a beaucoup aidé à mettre en forme, car à la limite on faisait du groupe mais sans le savoir comme monsieur Jourdain avec sa prose et ça a permis de mieux comprendre ce qui se passait, d'être plus pointu et de mieux aider les enfants, même cette histoire de gant retourné est venu après, j'ai pu mettre des mots, d'abord accepter de ressentir des choses archaïques et de se coltiner avec.

C'est quoi ces choses archaïques?

C'est... ce qui est... (rires) assez indicible, qu'on a du mal à mettre en forme, des choses brutes, ces impressions d'être parfois vidée, aspirée par le groupe, que j'ai connu dans mon expérience personnelle de groupe, à la fois cette image de faire partie d'un corps avec une bouche dévorante, on est tous mêlés, indifférenciés, et dans la rencontre avec l'enfant autiste c'est souvent ça l'impression d'être anéanti, vidé, bouffé, sucé, comme si on allait se vider de sa matière d'être béant et du coup de laisser passer, de voir des choses qui ne sont pas élaborées, justement de ressentir des angoisses très fortes quoi de... d'être mordu, d'avoir envie de mordre, d'avoir aussi de... de bouffer l'autre, de se sentir objet d'une relation et même objet partiel, d'être en morceaux, et puis quand on va dans l'évolution des angoisses de séparation, je retrouve des choses comme ça, y' a des moments même où je vais être mal dans ma peau et je m'explique pas bien et puis jusqu'au moment où je réalise qu'il y a des aspects contre - transférentiels. C'est le cas en ce moment avec ce petit garçon qui n'arrête pas de partir du groupe et j'ai l'impression qu'il y a des affects très douloureux liés à la séparation, des choses que je peux ressentir et traduire somatiquement quoi. Il me faut un temps pour réaliser, j'ai un malaise, des troubles somatiques, je ne digère pas bien, j'ai mal au dos, j'ai des maux de tête, encore maintenant sachant que j'ai quand même une supervision (en groupe) peut-être que j'y trouve pas assez mon compte mais moi je me dis,

j'ai déjà fait un travail personnel mais il faudrait que j'aille encore plus loin, j'ai le sentiment que des fois ça bloque parce que ça convoque chez moi des choses qui sont aussi difficiles, quoi à porter, des moments je bloque, peut-être que je me dis, j'accompagne pas jusqu'où il faudrait parce que moi-même je touche à une limite personnelle. C'est vrai que chaque instant, dans cette rencontre avec ces enfants, il faut se repositionner comme sujet tout le temps et ça demande l'intervention d'un tiers. Dès qu'on travaille avec ces enfants là il faut absolument un moment qu'on dégage un espace personnel pour soi avec un autre, ça me semble d'emblée même si on est pris, justement, encore à plus forte raison dans une relation un peu maternante avec un enfant. Il y a quand même ... cette pulvérisation chez l'enfant autiste au départ du sens, c'est vraiment, on dirait que, enfin, c'est tellement souffrant tout ça pour lui qu'il faut anéantir le sens et nous on est tout le temps en train de chercher du sens, et ça renvoie à des choses existentielles, la quête de nos vies, le sens. Et là bon on est vraiment aussi, il me semble des fois, dans un désespoir originaire avec ces gamins. Dans le même temps, cette histoire de gant retourné dans lequel on a l'impression d'avoir quelque chose de... je sais pas, ça me fait penser aussi, c'est horrible ce que je vais dire, au film "Alien" tout d'un coup il y a quelque chose qui sort et qui te saute dessus. Mais en même temps ça te met en relation avec les éprouvés de ces enfants là et ça me semble assez important. Je dirais que dans un sens, enfin, le mot éprouvé suggère un certain recensement, comment dire autrement? du moins avec ses substances internes, les anciens auraient parlé de fluide, d'humeur, quelque chose qui est très lié au corps, et c'est vrai que ça prend la forme littérale concrète de salive, d'excrément, voire de sang quand il y a automutilation. Quand on se réfère à la théorie est-ce qu'on est dans ce que E. Bick appelle l'identité adhésive, quelque chose comme ça, à partir finalement de quoi c'est un premier contact qui est répulsif mais c'est l'entrée en matière. Alors il me semble que pour travailler avec ces enfants il faut accepter que ses parties archaïques de soi soient convoquées, en capacité de les reconnaître et de faire le tri entre ce qui est projeté par l'enfant et ce qui est de nous. Justement là, il faut un travail à l'extérieur avec un tiers qui va aider à cette différenciation entre soi et l'autre et qui va créer des conditions d'un accès à l'altérité pour l'enfant et la constitution des objets internes et externes, il me semble que si on a pas ça, on se psychotise, on est dans le même, collé à l'autre et il faut être particulièrement vigilant et puis en mesure de recueillir tous ces affects bruts et de les renvoyer déchargés de leur... agressivité. Je pense à G. Haag, elle met merveilleusement les choses en mots, elle et S. Urwand qui travaille avec elle. C'est une femme de terrain, cette histoire d'objet d'arrière plan ça m'a énormément aidée car quand tu es regardée par un enfant, non tu n'es pas regardée, tu es traversée par le regard d'un enfant autiste, tu as l'impression de ne pas avoir de fond, il converge à l'infini. Quand on se réalise ça, on renvoie quelque chose, on devient aussi, on fait une toile de fond finalement pour l'enfant on est particulièrement attentif à être bien fermé de tous les côtés et à lui renvoyer quelque chose. Bon il y a aussi la notion de "holding" chez Winnicott, de "mère suffisamment bonne", il y a quelque chose qui m'a aidée, ce sont les observations de nourrissons et l'interaction entre la mère et l'enfant, ça je trouve que quand on travaille avec les enfants, c'est très précieux et ça permet de tous ces morceaux de la psyché des enfants autistes de les rassembler, de les contenir, de les lier pour obtenir un travail de représentations. C'est vrai qu'il faut aussi tolérer d'être perçu comme un morceau, un objet partiel, et c'est souvent qu'on entend dire "je ne suis pas un objet" ça revient très souvent.

C'est un travail sur la longueur, est-ce que c'est pas décourageant?

C'est sûr mais ce qui est intéressant c'est que c'est à la loupe, c'est tellement gros, c'est un travail qui est très riche d'enseignements. Ce qui est intéressant des fois... comment dire... c'est un travail de défricheur, de découvreur et à la limite la plus petite chose

prend vraiment... le plus petit bout, et ça devient, ça a un côté fascinant, c'est ce que les gens découvrent, l'intérêt pour enregistrer toutes ces petites modifications, ces signes corporels, ces bruits, bon comme quand on a le nez dans l'herbe sur l'infiniment petit qui est aussi l'infiniment grand. Ces enfants nous apportent beaucoup sur un plan personnel et professionnel, c'est très riche de les rencontrer et c'est quelque chose qui donne une promotion dans le travail. Je ne peux pas dire que jusque là je ressentais de l'ennui, bien sûr il y a des moments où l'on se dit "aah!" mais ça on le rencontre avec d'autres enfants mais bon, c'est vrai que des fois on en a marre de voir un enfant vivre dans sa bave, la bave de partout pendant des mois et des mois. Bon en même temps si on fait un travail d'après coup en étant très attentif on se rend compte que ça bouge, c'est vrai qu'il ne faut pas avoir des illusions démesurées, ça aussi j'ai fait un peu le deuil à un moment de certaines illusions qui étaient aussi à un moment des fois gênantes parce que les chutes étaient aussi violentes, enfin je sais pas, on partait un peu dans l'idée, c'était un peu la boutade "partez avec l'idée qu'ils peuvent tous devenir ingénieurs" alors d'un point de vue humain c'était chouette mais en même temps "ah dis donc à l'arrivée pouh! c'était dur!" bon maintenant je n'ai pas l'ambition de guérir des autistes, je l'ai eue, j'ai cru que ça pourrait se faire, maintenant je l'ai plus, ce n'est pas ce que je vise, je pense quand il peut y avoir au niveau structurel des changements, un gamin autiste peut évoluer vers une structure psychotique donc, il y a de quoi faire. Maintenant dire qu'il va être normalisé, ouf! totalement non, je pense qu'il est important qu'il réintègre le monde des humains, là aussi je fais un peu hurler, mais quand même a priori ils ne sont pas tout à fait dans l'ordre humain et ils se situent en deçà ou en dehors, je ne sais pas exactement, or on arrive à établir une communication. C'est vrai qu'il y a un gros travail au niveau de l'accès à la symbolisation et à comprendre, à saisir un langage qui se met en place à côté duquel on peut passer tout à fait à côté, là je pense à un enfant notamment où à force de regarder les choses de près, on s'est dit à un moment il y a un truc avec les couleurs, finalement on a fait l'hypothèse, c'est un enfant qui échangeait tout le temps des balles de couleur, on fait un travail très très fin on a repris séance par séance et essayer de voir comment il se comportait avec les objets et notamment comment il s'en séparait, et bon de quels objets il s'agissait, essayer de relier ces objets, est-ce qu'ils pouvaient avoir un statut d'objet transitionnel, manquant, objets autistiques et ça dans différents endroits où il était vu. Et puis on s'est aperçu qu'il y avait un accrochage à la couleur, un truc, il jouait avec des gobelets de couleurs différentes et pas... pas de façon hasardeuse, et puis jusqu'à ce qu'on fasse l'hypothèse qui paraît assez osée, je veux dire quand on en parle en réunion large c'est vrai que ça fait, des collègues qui des fois se marrent un peu, de façon sympathique et puis ils nous font réfléchir aussi, on s'est dit pour cet enfant le jaune représente la mère, le bleu / le vert le père et le rouge sans doute sa couleur, alors on a un peu déliré, moi par exemple je me suis dit qu'est-ce qu'un enfant voit quand il est dans le ventre de sa mère? on m'a dit "tu es complètement folle, rien du tout, c'est le noir le plus complet mais bon c'est bien c'est toi qui mets du sens à ce qu'il fait". Mais en lisant un livre pour enfant sur la gestation, où il y a des photos superbes, en fait l'enfant il voit bien quand la paroi abdominale est distendue, il y a des couleurs et notamment des couleurs orangées et ça m'a un peu confortée (rire), et puis en lisant G. Haag je me suis dit aussi je ne suis plus tout à fait dans le noir, dans le brouillard, il se passe des choses, c'est pas rien; ça a du sens, et ça les gamins le perçoivent et moi je me suis rendue compte qu'on accompagnait bien mieux l'enfant dans la mesure où on pouvait communiquer avec lui au travers de tout ce qu'il fait et donner du sens. La communication suppose un émetteur et un récepteur et on ne peut pas vraiment dans ces conditions, ça veut dire qu'il me semble qu'il faut déjà établir une communication de soi avec soi. Je me demande parfois si on ne représente pas pour l'enfant à l'extérieur ses objets internes et la relation, enfin, quitte à les conflictualiser, qu'il exporte en nous de ce conflit sur une autre scène, c'est justement le rôle

du moi auxiliaire, des conflits entre des objets internes et donnant petit à petit des limites, un intérieur/un extérieur avec tous ses concepts d'identification projective, d'introjection...

Est-ce que dans l'institution il y a un climat conflictuel autour de ces enfants?

Des fois ça l'est. C'est assez... il y a des crises, on s'aperçoit après que ça correspond à un moment de crise pour l'enfant et tout d'un coup on se met à se disputer autour de lui. Alors, c'est parce qu'on va trouver que une telle est vraiment trop maternante avec l'enfant, et puis ce gosse on le limite pas, non seulement il fait pipi dans le bain et maintenant il fait pipi partout, alors la personne en question dit qu'elle est la seule à le comprendre et même elle se retrouve souvent dans la position aussi de l'enfant et puis bon ça se met à se bagarrer. Dans ces moments là on se prend un temps, on essaie justement de le prendre avec le psychologue ou le médecin et puis on remet les pendules à l'heure, on voit où on en est les uns et les autres, et qu'est-ce qui se pose pour l'enfant comme nouvelles exigences ou qu'est-ce qu'on ne supporte pas suivant dans quelle position on est, relation symbiotique qu'on ne supporte plus sachant bien qu'elle est indispensable pour l'enfant, bon et puis celle qui est dans cette relation là et qui se dit il y a quelque chose qui se passe... bon on a du mal à les lâcher... à l'heure actuelle il se pose d'autres projets pour des enfants du groupe et aussi des projets de quitter ce groupe là, c'est dur, entre autre, je suis arrivée à verbaliser que j'aimerais être là pour accueillir ses premiers mots, on se dit c'est là et peut-être c'est tellement là que j'empêche leur émergence. Au moment des repas je suis particulièrement attentive et "mère poule" et dernièrement j'ai dû dire à un collègue "écoute, viens manger avec nous" et ça se passe mieux avec l'enfant, sans ça il me fait courir dans toute la pièce, il faut que je le nourrisse à la becquée et c'est ce petit qui n'arrête pas de partir, je n'ai qu'une peur c'est qu'il franchisse le portail, ce qu'il a d'ailleurs déjà fait, qu'il se retrouve sur la route, ce qu'il a déjà fait, bon je le piste tout le temps... bon, je pense qu'il y a aussi quelque chose qui a à voir avec une préoccupation maternelle mais un petit peu étouffante.

Quand tu n'es pas là?

Justement, oui, ça se passe.

Tu penses à lui?

C'est un gamin auquel je pense énormément, qui me fait énormément travaillé, dont je peux rêver, j'ai des rêves qui me font penser à lui, à la limite il y a un travail du rêve qui me fait avancer dans le boulot, ça met au clair certains aspects contre transférentiels. Mais là, il faut avoir un tiers, des fois on ne peut pas s'en dégager et puis là aussi il y a les relations avec les parents dont j'ai peu parlé. Pour en finir avec le groupe, moi il me semble qu'avec ces enfants le groupe est intéressant à côté de prises en charge individuelles qui vont représenter un prototype de relation mère / enfant. Il me semble que d'emblée il faut prévoir des prises en charge groupales pour plusieurs raisons. Le groupe, c'est d'abord pour ces enfants de disposer d'espaces et de temps différents, des choses à différencier et qui figurent des relations topographiques, topologiques pour chercher au niveau du sens de ces mots, quelque chose qui représente peut-être les différentes instances de la personnalité, les espaces internes, externes, il faut que tout ça bouge, ça soit articulé. Il y a quand même l'aspect d'étayage qui est drôlement important parce que c'est vrai que dans le groupe on s'y perd, on s'y retrouve, on s'y constitue être social, il y a aussi tous les autres aspects des transferts latéraux qui sont très importants sur les autres enfants et qui dégagent peut-être de cette relation transférentielle qui est dans ses débuts plus une relation d'emprise dans le cadre d'une relation duelle. Là aussi on va rencontrer du même mais du même chez l'autre qui renvoie à soi mais aussi aux différences. Le groupe c'est aussi un tiers, c'est frustrant, c'est très dur pour les enfants, on leur faisait quand même une certaine

violence mais c'est une frustration nécessaire qui augurait du manque, il faut bien s'y coltiner un moment pour advenir à une position de sujet et bon, ça demandait une capacité à se séparer et que bon, on les trouvait là dans l'ici et maintenant, une séparation d'avec une relation proche, fusionnelle. L'enfant il faut qu'il assume la chute de l'enfant idéal de la mère. Ma question est que le groupe peut être le lieu d'accueil de la position dépressive, il y a peut-être un paradoxe dans la mesure où le groupe favorise la régression. Mais peut-être que cette régression permet aussi un accès à la position dépressive et puis le groupe est dépositaire de la souffrance de ces membres mais du coup d'une histoire, d'une mémoire, c'est important parce que c'est aussi le creuset de l'identité. Souvent je l'assimile à la scène du rêve, on trouve aussi ces mécanismes de déplacement, de condensation, de substitution. C'est toujours passionnant de voir que l'histoire d'un groupe ne ressemble jamais à l'histoire d'un autre groupe, c'est toujours un nouveau voyage, il y a aussi un côté croisière. Toute cette question d'enveloppe, de peau commune, de rituels, le maintien de zones adhésives. Je sais qu'il y avait des institutions qui répugnaient à mettre ces enfants en groupe, il y avait un soignant pour un enfant qui l'accompagnait partout et puis l'enfant allait en thérapie mais on lui évitait à certains moments cette violence.

Les questions que je me pose actuellement c'est la position dépressive comment on l'aborde avec le risque d'installation de défense maniaque (G. Haag), comment on négocie ça, on a l'impression qu'il y a une auto-dévalorisation chez l'enfant et chez le soignant. C'est dur et il y a un risque de chuter dans la mélancolie. On se dit "on y arrive pas", cet enfant est triste et il pleure on se dit "on le rend malheureux et qu'est-ce qu'on fait là? finalement..." on a l'impression de lui faire violence, qu'il est à fleur de peau, qu'il ne supporte plus les bruits, l'intrusion des autres alors qu'on avait l'impression que c'était un passé. On se sent un peu tortionnaire et en même temps insuffisant, pas bien, bon, puis qu'est-ce qu'on en fait de ça? il y a une dépression et en même temps on s'aperçoit qu'il y a un remaniement de la relation d'objet, on a l'impression qu'on rencontre quelqu'un en détresse mais une personne totale et pas un morceau d'enfant et puis lui aussi a affaire à d'autres personnes de façon entière. Mais peut-être qu'on perd du côté de la relation avec un enfant, un bébé quoi. Dans ces moments là ça me fait penser à une relation avec les adolescents où on a l'impression qu'ils sont fragiles, que ce sont des êtres hybrides dont on ne sait pas quoi faire, comment les tenir, se situer par rapport à eux. Des fois le dispositif... j'ai lu un article d'un psychologue (A. Ferrant) qui disait que les centres de jour étaient bien faits pour les psychotiques mais assez peu pour les autistes et c'est vrai que le cadre pour moi il est invariant et dans la tête surtout, après il y a à voir avec le dispositif qui doit être souple, malléable, adaptatif, des qualités de plasticité. Or c'est vrai que dans un cadre où il y a d'autres enfants qui présentent d'autres problèmes on a un peu de mal à négocier ça. Là aussi il y a un aspect culpabilisateur, on se dit on va fermer la porte, ces derniers temps avec ce gosse qui part tout le temps, on est pas très content mais on ne voit pas comment faire autrement. Bon, il y a l'histoire du passage avec tout ce que ça suppose comme séparation, renoncement pour accéder à un refoulement originel. Et puis la question des médiateurs, en réponse à l'apprentissage pour les enfants autistes, je pense que ça n'est pas à l'ordre du jour dans un premier temps mais peut-être il faut plus s'axer sur des choses qui relèvent de la créativité, où là aussi c'est une aire transitionnelle où finalement on sollicite quand même le dedans et puis avec des aspects projectifs qui permettent de délimiter un espace physique, psychique donc sur la feuille on laisse sa trace, son empreinte, ils sont un peu peau symbolique avec des possibilités représentatives et puis je reconnais quelque chose de moi dans ces productions. Un échange transitionnel moi / non moi, peut-être dans un trouvé / créé et puis l'échange social je te donne tout ce qui peut servir de lien avec la famille, avec la réalité, un support concret. Alors ça c'est aussi à travailler.

La question où il y a un débat c'est celle de l'accès aux apprentissages. Alors là moi il me semble qu'il faut absolument différencier d'un conditionnement éducatif. C'est là que se poserait la question des parents, on a beaucoup de mal, en règle générale, à rencontrer les parents des enfants autistes. D'emblée c'est chaotique, ça se situe dans l'arrachement, la rivalité. Une maman qui soit ne va pas vraiment pouvoir jouer un rôle maternel, ce gosse il est vraiment trop étrange alors elle se transforme en super éducatrice; soit une maman qui fond en larmes, et puis si on lui dit qu'il fait ça elle dit "ah! bien sûr qu'il fait ça" et pour l'échange la distance nécessaire est difficile à trouver. Et la question se pose à propos des apprentissages "qu'est-ce qu'il va devenir cet enfant?" on est là aussi dans les équipes pris entre ceux qui disent "on est pas là pour ça" et ceux qui disent "il faut y penser, qu'ils soient aptes à vivre en société, il faut penser aux parents, il faut qu'ils sachent lacer leurs chaussures, il faut qu'ils fassent caca dans le pot". Là aussi cette confrontation, ce débat, des fois des engueulades, les uns trouvent qu'on exige pas assez, les autres trop. Moi, un peu par expérience, à C... on a quand même d'emblée posé la question des apprentissages et on avait même cliver les choses, pour éviter le parasitage, il y avait la réalité et l'expression et c'était même sur un plan topographique un grand couloir: les salles de réalité à droite et les salles d'expression à gauche, enfin, un clivage, des personnes différentes et on a fait ça pendant des années. Moi j'ai travaillé dans les deux cadres. C'est vrai, j'ai pu constater que certains gamins apprenaient des choses et que même parfois on était un peu surpris parce que tout d'un coup ils faisaient un puzzle à toute vitesse, ils accédaient à un signe, presque à une lecture symbolique, ouf., ouais, ils savent faire une classification, une sériation, mais après? moi, assez rapidement je n'ai plus souhaité travailler dans ce groupe d'apprentissage parce que j'avais l'impression que ces enfants là remplissaient leur musette, mais seulement ils n'en faisaient rien du tout, ça c'est quelque chose qui me pose problème, et c'est toujours à l'ordre du jour. Alors sauf si tu t'inscris vraiment dans un truc de conditionnement, oui tu vas leur apprendre, pendant un temps ils vont classer, puis quand ils sortent de là qu'est-ce qu'ils en font de la classification? j'avoue que j'ai relativisé ces questions d'apprentissage, d'ailleurs je m'en suis tenue loin, je suis assez peu informée par rapport à toutes ces méthodes, mais je ne dis pas qu'il n'y a pas des choses à y prendre.

INTERVIEW N° 2 A. M., monitrice éducatrice depuis 1978, Hôpital de Jour

Actuellement je ne m'en occupe plus à l'hôpital de jour, j'en ai eu pendant pas mal d'années, à peu près, depuis 78, ça doit faire, jusqu'à l'année dernière j'ai dû m'en occuper. ça fait pas mal d'années quand même, 15 ans à peu près. Avant d'arriver à C... j'avais déjà eu beaucoup d'expériences, j'avais une expérience professionnelle avant d'être diplômée. J'ai travaillé à d'autres endroits sur la Haute Savoie avec des enfants déficitaires, dans un IMP, dans un hôtel maternel et des stages un peu partout.

Ton truc là (en désignant le magnétophone) ça gêne... j'aime pas trop. Devant ses réticences, je propose à Anne Marie d'arrêter l'enregistrement et de prendre des notes manuscrites. Elle me dit qu'elle préfère discuter comme ça, sans tiers ajouterai-je.

Quand j'ai commencé à C..., je ne connaissais pas les enfants autistes, on n'en parlait pas dans la formation. Après coup je me suis rendue compte qu'à l'IMP il y avait des enfants autistes, ce style d'enfant. Là bas on visait surtout le bien être de l'enfant. A C..., j'ai eu tout de suite un groupe d'enfants autistes, au début c'était assez dur. C'était ce qu'on appelait les groupes "réalité", il fallait les (enfants) faire remplir, assembler, construire, mettre ensemble,

donner / recevoir. Je me souviens d'un enfant en particulier, que je tenais beaucoup, il s'automutilait, je débarquais, j'essayais qu'il ne se fasse pas mal. Des moments où ça allait bien. Ce groupe ça a duré pendant un an puis j'ai eu un groupe d'"expression" à C... C'étaient d'autres enfants. Ce qui m'embêtait c'était cet enfant qui s'automutilait, sinon j'étais pas trop mal à l'aise car j'avais travaillé avant avec des enfants en grosses difficultés. J'étais bien aidée, par le psychologue, le médecin, les réunions. Les réunions, c'était par rapport aux activités.

A C... deux, il n'y avait pas que des enfants à temps plein, il y avait aussi des enfants scolarisés. J'ai fait un groupe d'"expression", un groupe "contes". Des moments on était deux soignants par groupe, des fois toute seule avec trois enfants, il y a eu des améliorations en cours de route. Les grands groupes ça n'allait pas, l'idéal c'est deux adultes pour quatre enfants, ou un adulte pour trois enfants. Des moments aussi, c'est important d'être seul avec un enfant... L'idéal c'est trois enfants et deux adultes et la possibilité de pouvoir s'isoler avec un enfant... quatre enfants autistes ensemble, c'est trop pour eux.

Comment tu définirais l'enfant autiste ?

Les difficultés relationnelles, la communication avec l'autre, l'impression de ne pas comprendre ce que l'enfant veut. Le plus difficile c'est quand il ne parle pas, des fois certains disent deux / trois mots, on comprend ce dont il a envie. Ce que nous on comprend, c'est pas forcément ce que le gamin a voulu dire. Des fois on est ensemble, il y a une communication même si elle n'est pas verbale. Je pense qu'ils ont des désirs, comment eux nous perçoivent ? est-ce qu'on est une personne en face d'eux ? est-ce qu'ils savent qu'on est là pour les aider ? est-ce qu'on n'est pas un robot ? les enfants ne parlent pas et nous on parle, on parle, le vide est là. Il y a des enfants qui connaissent notre prénom alors que j'imaginai pas. J'avais l'impression qu'il me reconnaissait et à d'autres moments non. Il évitait le regard, il me venait prendre la main. Un jour alors que je ne le suivais plus depuis deux ans, quelqu'un lui a dit "va donner la pâte à modeler à A-M.", il y avait au moins dix personnes, et il est venu, j'étais vraiment surprise. Quand il y avait des coupures, j'avais l'impression que je n'existais plus. Des fois j'avais des doutes.

J'appellerais ces enfants "mystérieux". J'ai l'impression que je suis loin d'avoir fait le tour, qu'on est toujours en recherche, ils posent question. J'ai eu l'impression de donner un certain nombre de choses mais pas ce qu'il fallait réellement. Choses que l'on satisfait dans l'immédiat, ça ne tient pas, il faut recommencer, il n'y a pas de continuité. Par moments, des flashes, j'avais donné une image à un enfant qui n'arrivait pas à s'exprimer, "quand tu veux le magnétophone, tu me montres avec l'image" et il me montrait, il ne donnait plus de coups de pied dans le placard. A force de ne pas avoir de retour, ils nous mettent dans une position où on attend sans attendre. C'est là qu'on a la surprise, des situations comme ça j'en ai eu souvent... quelle mémoire ils ont ?

Tu penses à eux en dehors de ton travail ?

Je fais un long trajet pour rentrer chez moi car j'habite en Haute Savoie, j'élimine, quelque fois je suis même un peu distraite en voiture ! je réfléchis aux choses qui se sont passées pendant la journée, pendant une demi-heure environ. C'est dur avec ces gosses, ça prend la tête comme on dit. L'idéal, c'est après un groupe avec ces gosses d'avoir un groupe de paroles derrière, de poser les choses. Ils font vivre des choses qu'on a du mal à contrôler. Des fois, dans un groupe tout va bien, il n'y a pas d'enfant angoissé et puis tout d'un coup, un enfant se met à crier, il ne s'est rien passé. Alors je cherche, au bout d'un moment, je me rends compte qu'un avion passait dehors, tant que je n'ai pas pu exprimé ça, le gamin n'a pas arrêté de crier, il faut écouter les moindres bruits. J'ai dit "avion", il

faut toujours parler. Une fois c'était des ouvriers avec un marteau piqueur, des vibrations fortes, il ne voulait pas passer près des ouvriers. Alors on passait de l'autre côté du trottoir. On est étonné de les voir à l'extérieur, ils connaissent la cour par coeur mais si on les amène à l'extérieur! intéressant de les voir partout, de toucher à pas mal d'activités. Si on fait seulement un type d'activité (peinture par exemple ou éducatif) on laisse de côté le reste, on n'arrivera pas à les aider. Les liens entre nous, des gens qui s'occupent de l'enfant, il faut une ligne de conduite... lien qui est dur à faire, parce que, c'est pas le gamin qui va le faire et il faut qu'on soit tous cohérents.

Je demande qu'elles sont les choses difficiles que les enfants font éprouver

Il y a des choses qu'on arrive pas à saisir, on sent qu'ils sont angoissés, on arrive pas toujours à les aider, ça c'est dur à vivre, ce sont des choses répétitives même si on en parle en équipe, on se sent démuni, on veut répondre dans l'immédiat. Un enfant angoissé en face de soi, ça met mal à l'aise, l'angoisse elle va ... si on arrive à récupérer, l'envelopper, le prendre, le tenir, utiliser les choses qu'il aime bien. J'essayais de beaucoup observer le début, qu'est-ce qui avait provoqué, qui fait apparaître l'angoisse. On peut pas se permettre de se laisser aller, on a l'impression qu'ils nous bouffent, on écoute, on observe. Quelqu'un entre, il faut les prévenir, tout expliquer, ça les sécurise beaucoup. Si tu dois échanger avec cette personne, ils ne te laisseront pas cette possibilité là. Pour eux, avec eux, quand on est plus ou moins bien, même cet état là il faut leur parler, j'allais pas être comme d'habitude (fièvre par exemple), un peu malade mais ça n'est pas grave, il faut beaucoup les sécuriser. Si je ne leur disais pas, ça déclenchait des angoisses, c'était pire. Ils n'éclatent pas en permanence mais bon. Ce sont des enfants qui te pompent, ils prennent ton énergie, comme ils ne parlent pas, si on a pas regardé dès le départ ce qui se passait, si on ne les a pas avertis... au début, ou la chose manquait, ou elle n'était pas à sa place habituelle, ils m'ont obligé à aller voir avant, après je leur expliquais, ça allait bien. Le changement, on ne peut pas changer d'un jour à l'autre, les faire déplacer, les faire jouer à d'autres endroits. Une fois j'ai changé un meuble car le bruit qu'il faisait quand l'enfant tapotait dessus ne lui convenait pas. J'ai mis un autre meuble et puis j'ai pu le réintroduire en introduisant des bruits. C'est un travail très long. D'emblée on ne peut pas leur imposer des choses. Les changements c'est important, je faisais le programme de la matinée, ce qu'on allait faire. Je mettais des photos de choses qu'il allait faire, petit panneau personnalisé, pour travailler les changements c'était important. Il y avait un échange verbal qui se produisait et ça passait d'abord par cet intermédiaire (la photo).

Nombre de réunions?

Il y avait des réunions pour eux, des réunions avec l'internat aussi (deux/3). les autres enfants étaient externes, ce qui est le plus difficile c'est de coordonner autour de cet enfant, faire des liens autour d'eux est difficile.

Comment ces enfants étaient-ils perçus dans l'institution?

Les parents sont plus inquiets, ces gamins engendrent des inquiétudes... les réunions étaient plus animées, plus passionnelles.

Formation?

Je me suis formée au groupe d'expression avec une autre éducatrice. J'ai participé aux réunions, à des conférences. J'ai fait la formation TEEACH (une semaine).

Cette année ça me manque de ne pas travailler avec les enfants autistes, c'est toujours une recherche. C'est un travail qui est riche, ces enfants font penser, il y a un mystère qui les entoure, ils te font penser plein de choses, on essaie, ils t'obligent, ils te font avancer dans

ton travail, même si à des moments tu es un peu vide. La formation est là, les conférences, je fais le lien, tout le monde cherche, c'est enrichissant. Aussi les enfants, ils t'amènent quelque chose auquel tu t'attendais pas. Un petit truc, on peut mieux travailler en petite équipe, on peut mieux dire ce qu'on ressent.

INTERVIEW N° 3 F., infirmière psychiatrique depuis douze ans, a travaillé trois ans en internat.

Moi, j'ai travaillé de 1984 à 1990 en service adultes, en pavillon d'entrée. Donc après j'ai fait ma demande pour aller chez les enfants, donc j'ai travaillé un an et demi aux polyhandicapés et donc après, dans cette fameuse unité qui s'appelait le V..., qui était une petite unité de jeunes autistes, donc là j'y ai travaillé jusqu' en 199... je crois que c'est trois ans. Donc c'était mon premier contact avec la maladie mentale, c'est vrai que j'avais très peur, il y avait un poste qui c'était libéré (à C... deux) avant mais j'avais vraiment pas eu le courage d'y aller. Quand il y a eu un poste au V... je me suis dit qu'il était temps. A l'époque c'était le docteur B. qui s'en occupait et quand j'ai commencé il n'y avait pas de psychologue. Donc on avait un roulement traditionnel, matin, après midi, aussi les dimanches et les jours fériés, c'était un internat à temps complet.

La nuit?

La nuit... ben ouais, qui c'est qui faisait les nuits? j'ai l'impression qu'ils doublaient avec... il devait y avoir deux veilleurs aux polyhandicapés, ils faisaient les trois unités, enfin tu vois comme quoi c'est affreux, j'ai un problème de mémoire. Si je regarde les gens qu'on était on faisait des remplacements de nuit l'été.

On n'avait pas que des autistes, un polyhandicapé, enfin oui qui était quand même autiste, il était sorti de son autisme, bien autiste quand il était petit, on avait une épileptique, vers la fin, on avait que des autistes, vraiment pas facile en plus c'était... à la fois il y avait des supers bons côtés mais je dirais qu'à la fois ton identité de soignante, moi je vois vraiment la différence avec ici, c'est vrai on était plus des substituts parentaux, donc c'est vrai que c'était sympa parce qu'on avait, à la fin on devait avoir maximum cinq /six enfants. Je dirais qu'en gros la journée, on en avait quatre ou cinq. C'est vrai que c'était une petite unité, on était une petite équipe, tu bossais toujours plus ou moins avec les mêmes, on s'entendait bien en plus. Les gamins même s'ils étaient difficiles, tu avais toujours le temps de s'en occuper alors qu'au début on en avait huit des fois et huit quand tu es deux pour les bains ça voulait dire que tu en avais deux dans la baignoire, fallait y aller quoi! que là, à la fin c'était vraiment une unité vraiment chouette. Le problème moi je trouve c'est que au niveau du travail c'était... tu étais larguée quoi, t'étais face à la pathologie des enfants, face à ce que ça pouvait te renvoyer à toi et puis t'avais rien... donc on avait demandé, parce qu'on avait reçu une gamine qui était gravement atteinte, et comme l'équipe était en train d'exploser on avait demandé une supervision, donc pendant deux ans on a eu une supervision ce qui nous a permis de tenir le coup quoi mais je dirais que sinon dans la vie de tous les jours on... on levait les enfants, on les habillait, après les enfants partaient sur les groupes, de neuf heures à onze heures et demie on était soit à faire les soins, soit à s'occuper de trucs comme ça. Et l'après midi pareil, entre quatorze heures et seize heures, ils partaient. Donc après nous on les récupérait pour le repas et l'après midi pareil. Donc on les avait après le repas et on les amenait sur les groupes et puis on allait les rechercher, et le soir on faisait tout le temps des balades mais il y avait rien, enfin c'était ... ouais t'étais comme des parents. Les week end il restait deux enfants en règle général et c'était très très lourd parce qu'on bossait seul comme on avait deux enfants. Donc là les week ends c'était vraiment difficile parce que

t'étais vraiment isolé dans ton unité avec ton enfant ou tes deux enfants et huit heures sur huit. Là c'est vrai... suivant qui tu avais comme gamin, parce qu'il y en a avec qui tu pouvais aller n'importe où, t'en as d'autres ... je pense en particulier à une L., moi je ne l'amenais pas partout. L. c'était vraiment une autiste avec toute son angoisse, au début où elle est arrivée, elle avait des plaintes somatiques, elle poussait des hurlements en se tenant le ventre, tu te disais c'est pas possible elle a quelque chose alors qu'elle n'avait rien, donc c'était vraiment quelque chose de l'angoisse, elle se déshabillait, elle se faisait pipi dessus, sans arrêt des stéréotypies mais en très très... c'était fou, elle prenait le papier, elle faisait des boulettes avec sa salive, impressionnant et puis bon c'était pas de l'automutilation mais elle se filait des claques et puis tu sentais le moment où elle était envahie par une angoisse qui était communicative, elle nous faisait vivre des choses vraiment très très fortes. Mais c'est vrai qu'on était face à ça et que moi j'estime qu'on avait pas du tout le soutien qu'on aurait dû avoir parce qu'à la limite quand tu es en groupe, tu sais que bon, les filles étaient deux, elles avaient L. ou les autres enfants, elles l'avaient une heure après elles passaient la main mais nous on l'avait tout le temps et puis quand on en avait ras le bol il n'était pas question de dire moi j'en veux plus je vous la passe, on l'avait et puis... je trouve que c'était vraiment pas pris en compte, à C... ce qui était valorisé c'était les groupes, les gens qui étaient en internat ... d'ailleurs on avait vraiment l'impression on disait d'une manière vulgaire qu'on était bon qu'à nettoyer la merde, que ce soit les polyhandicapés ou non il y avait des choses qui étaient ... donc on était pas reconnu, enfin on ne se sentait pas reconnu et les médecins n'entendaient pas vraiment nos revendications, bon c'est vrai que c'est pas ... après coup je me dis que ça n'a rien à voir le travail que tu peux faire en externat. Tu n'es pas du tout responsabilisé de la même manière, ça m'embête de dire que tu n'es pas reconnu parce quelque part la reconnaissance on se la crée soi même et donc je me dis qu'on... je ne me reconnaissais pas en tant que soignante parce que rares étaient les moments où tu étais vraiment en relation thérapeutique entre guillemets avec un gamin, t'étais toujours en relation avec le gamin alors ça c'était par rapport au service adulte je veux dire il n'était pas question, tu n'étais jamais dans un bureau à pouvoir dire je suis seule ou dans un coin. Le gamin, le bureau était ouvert, pouvait arriver, d'ailleurs c'est vrai qu'au V... vis à vis de C... avait cette image, enfin les soignants avaient une image de mère un peu symbiotique, tu vois, c'était une unité un peu bizarre, vue de l'extérieur parce qu'ailleurs les gens se préservaient un espace à eux et que nous on n'avait pas besoin de se préserver cet espace.

Vous n'en aviez pas besoin?

Les week ends je dirais c'était difficile mais sinon la semaine, on en n'avait pas vraiment besoin parce que l'espace on l'avait dans la mesure où quand les enfants s'en allaient, on se retrouvait donc quand ils étaient là ça ne nous gênait pas qu'ils rentrent ou qu'ils viennent, bon et puis c'était important de les avoir sous les yeux au niveau de la sécurité, mais sans parler de la sécurité c'était, on partageait la même vie quelque part, quand ils étaient là on était ensemble et puis c'est tout. Moi je me dis par exemple on n'avait pas de chambre d'isolement alors qu'à C... ils avaient une chambre d'isolement. Moi je me dis, ce que je crois c'est qu'à partir du moment où tu as une chambre d'isolement c'est aussi la solution de facilité, c'est qu'après tu te dis bon, moi j'ai entendu une collègue il y a pas longtemps qui a bossé à C... deux par rapport à un enfant, un tout petit qui est là maintenant qui dépassait à son avis les limites et qui m'a dit "tu vois là je le verrais bien en chambre d'isolement", moi quand j'ai entendu ça, je me suis dis mais non, ce gamin il a pas besoin de chambre d'isolement, tu peux contenir un gamin autrement qu'en le mettant en chambre d'isolement, et voilà, enfin bon, on change de sujet mais... on passait pour les "mamas" tu vois.

Vous étiez principalement des femmes?

Il y avait un homme, un infirmier DE et C. qui était surveillant. Mais c'est vrai qu'on peut dire qu'on était principalement des femmes, on a eu de gros problèmes avec l'infirmier en question. Donc, en réalité, c'était une image paternelle qui n'existait pas et qui forcément pour l'enfant ne devait pas exister. Il était tellement angoissé par ce type d'enfant qu'il s'est fait rejeté, d'ailleurs au bout d'un moment il est parti. Donc c'était pas une image paternelle qui était valable que ce soit pour nous en tant que soignantes et encore moins pour les gamins. Bon maintenant on peut l'analyser autrement je me dis est-ce que de toute façon on aurait été capable d'accepter un homme? Je n'en sais rien mais sans vouloir nous déculpabiliser il me semble qu'il s'est fait rejeter aussi des polyhandicapés. Donc voilà.

Au début vous n'aviez pas de supervision, comment faisiez vous?

Au début on avait des réunions mais c'était fou d'ailleurs! alors on a hurlé, enfin hurlé pendant des mois sans avoir l'impression d'être entendu. Parce qu'alors au début quand je suis arrivée on avait des réunions avec les enfants, et à l'époque on avait huit enfants, alors t'imagines c'était le seul jour où on voyait le médecin et les enfants étaient autour de nous, alors tu imagines huit enfants autistes, épileptiques... au bout d'un moment on a craqué, on a dit il est hors de question... alors le médecin bien entendu ça l'embêtait puisque c'était le seul moment où il les voyait mais il a quand même accepté et on a quand même réussi à ce moment là on les emmenait à l'accueil comme on disait. On était en conflit avec le médecin, on avait vraiment l'impression qu'on demandait quelque chose, jamais on n'avait une réponse directe, on avait l'impression qu'il lui fallait deux nuits pour réfléchir et arriver à te donner une réponse. On était une équipe bien soudée, il y avait une éduc., une infirmière DE, une infirmière psy. mais d'un certain âge qui avait cinquante ans donc qui était importante aussi pour l'équipe et pour les enfants donc on s'est autorégulé comme ça. Et après la psycho est arrivée et là on a vraiment balancé toute notre ... c'est vrai que ça lui a fait drôle. Et puis on s'est rendu compte que même en balançant tout, ça suffisait pas, c'est là où on a demandé une supervision et en effet ça nous a bien aidé quand même mais bon... s'est (soupir) quand tu vois comment c'est passé la fin de cette unité, ça symbolise tout à fait ce qu'elle était, pas à nos yeux mais aux yeux des médecins, aux yeux de l'administration. C'est une unité donc, moi je suis, je ne sais plus en quelle année c'était, ce devait être en 1994, je suis rentrée de vacances, je suis arrivée dans l'unité du V... et du jour personne n'était prévenu, on s'est retrouvé avec les cinq ou six enfants du T. (autistes un peu plus âgés). Donc on est passé d'une unité de cinq à une unité de dix, donc tu avais des gamins qui allaient de cinq à dix-sept ans avec des gamins qui s'automutilaient enfin bon des trucs, donc ça s'est décidé du jour au lendemain parce qu'il y avait soit disant des travaux au T., alors je sais pas si tu imagines mais il y avait des gamins qui dormaient dans les réfectoires parce qu'ils n'avaient pas de lit, tu en avait un qui nous brassait notre cour qui enlevait les cailloux, qui creusait et tout (!!!) on a vraiment... en réalité si tu veux leur idée administrative c'était de se dire que le V... c'était une unité qui consommait trop de personnels, qui coûtait trop cher puisqu'on était en fait six soignants sur le papier pour le même nombre d'enfants, donc on était en réalité souvent deux, et deux ils trouvaient que c'était inadmissible. On s'est retrouvé à vivre ça pendant trois semaines, ça été l'horreur, surtout les nuits, des gamins dormaient sur un matelas dans le réfectoire, bref! et puis ils se sont demandés comment ils pourraient aménager des locaux pour refaire une unité plus ou moins pour mettre tout le monde, pour que les infirmiers puissent passer d'un endroit à l'autre, économiser un maximum de personnel et puis ils ont pris une décision rapide aussi, les gamins étaient pas prévenus, les infirmiers non plus, là ils ont changé d'optique, ils se sont dit que plutôt de mettre le T. au V..., le V... allait immigrer au T. et donc L., S., des gamins qui avaient passé des années comme ça, un peu dans un cocon, faut pas rêver (hein!) se sont retrouvés au T. sans que ce soit préparé, les infirmiers pareil, voilà comment

ça s'est passé, je veux dire le V... c'était... Le V... a existé six ans, c'est le docteur R. qui l'avait mis en place et apparemment au début c'était un truc intéressant où en effet il y avait des discussions, il y avait une réflexion au niveau de la prise en charge des gamins que vers la fin il n'y avait plus. Pour moi ça été vraiment un scandale ce qui s'est passé, moi j'ai pas suivi au T., j'ai atterri chez les adolescents, donc j'ai pas vécu ça, mais si tu veux ma collègue qui s'était investie mais à un point phénoménal par rapport à cette petite L., moi je me dis mais c'est un coup à te casser, et à te dire "c'est pas la peine que je me casse la tête" parce qu'elle à bossé trois ans avec cette gamine à faire des VAD dans la famille d'accueil et du jour au lendemain, la gamine paf ! elle part et puis toi tu restes là et puis voilà. Le problème dans ces internats c'est qu'est-ce qu'on fait? quels moyens on leur donne? la vitrine c'est l'externat, c'est les centres de jour, les CATTP, à l'époque c'étaient les groupes. Vis à vis des parents c'était qu'est-ce que vous apprenez à mon enfant? après pour le médecin aussi, la psychologue venait rarement au V.... L'internat tu as l'impression que tu fais rien.

Il n'y avait pas d'activités, c'était basé sur le maternage?

Le maternage je pense que ça peut être aussi très important mais tout dépend aussi comment c'est repris, parce que là on faisait du coup par coup on a vraiment travaillé avec nos tripes et puis sans rien d'autre, donc à partir de là...

A quoi est-ce que ça te renvoyait toi de bosser avec ces enfants?

... ça... ça varie suivant les gamins, il y a... c'est vrai que j'ai le souvenir de L., où elle m'a fait vivre des choses atroces et ça m'a renvoyé à moi d'une manière pas très agréable. C'est vrai j'ai failli faire une supervision individuelle. Je ne sais pas à quoi ça m'a renvoyé.

Plus concrètement, quelles impressions, en dehors du travail?

Envahie complètement en effet, je me souviens de l'avant supervision en groupe, elle m'envahissait complètement, j'ai des souvenirs de coups de téléphone donnés à une amie où je parlais de L. parce qu'elle me faisait vivre des choses que je n'ai jamais, que j'avais jamais détectées en moi si tu veux et c'est vrai que c'était abominable et puis bon c'était une époque où ça on n'en parlait pas beaucoup parce que c'était de la violence, enfin en l'occurrence qu'elle me faisait vivre, moi j'en parlais très peu...

Elle était comment?

C'était une gamine qui tout d'un coup hurlait et c'était un hurlement qui te pénétrait complètement et tu avais l'impression d'exploser avec elle. Elle explosait tu vois, elle se secouait comme ça et une espèce... moi j'ai le souvenir d'un jour où je suis rentrée dans sa chambre, c'était un week-end sûrement et je l'ai trouvée sur le lit comme s'apprêtant à faire le poirier, donc les mains posées en bas, un pied et un pied levé, donc elle était comme ça et elle avait la tête sur le côté et tu vois elle était dans un état absolument abominable et je me suis assise à côté d'elle, je suis restée comme ça mais j'avais l'impression d'avoir le diable en face de moi, vraiment! elle avait une espèce, elle se métamorphosait au niveau du visage et moi, je suis pas la seule après on en a beaucoup parlé, et toutes on avait cette impression d'espèce de chant démoniaque, et il y avait plein d'images qui venaient, moi j'ai des copines, des collègues qui à des moments disaient "vadé rétro satanas" quand on a pu éjecter tout ce qu'on avait à éjecter on avait des images euh de chouette clouée, ça faisait vraiment la sorcellerie, enfin ce n'était pas une sorcière c'était le diable en personne tu vois, c'est impressionnant parce que je n'ai jamais vu d'enfant comme ça et donc quand j'ai pu en parler je me suis rendue compte que toutes, il y avait des moments où on avait envie de la prendre et de la décalquer contre le mur, c'était... et là je me suis dit face à cette gamine je comprends que des parents puissent tuer leurs enfants, tu vois, c'était fort hein. Je me suis dit en effet, toi tu es soignant tu essayes, tu te dis, tu ne peux pas passer à l'acte, tu

essayes d'en parler, tu n'es pas seule, mais moi je me dis des parents confrontés à ça il y a de quoi la passer par la fenêtre. A côté de ça t'avais des moments de... même avec L., il y avait des moments où elle était adorable moi jamais j'ai pu complètement oublier, aller dans l'autre extrême, il y en a qui à la fois ça les rendait folles mais qui étaient, qui pouvaient aller de l'autre côté, plonger avec elle dans la tendresse, moi je n'ai jamais pu je veux dire. Par compte il y en a d'autres que j'ai beaucoup aimés. c'est vrai que tu as un lien que tu n'as forcément pas autrement quand tu donnes le bain à un gamin, bon on privilégie vachement les temps de repas, on restait plus d'une heure au repas avec eux et c'est des gamins qui maintenant à C... restent deux minutes, ils peuvent plus rester à table. C'était fou, on discutait, ils étaient là, même quand on avait fini de manger, bon on restait autour de la table, les gamins ne s'en allaient pas, ils n'avaient pas envie d'aller dans leur piaule, de vadrouiller quoi. C'est très dommage quand on voit ce que ces gamins sont devenus. On faisait un boulot au niveau des parents, il y avait des VAD ...

Tu allais à des conférences? des lectures?

A l'époque pas du tout. Non je crois vraiment que ça correspond à cette impression de non identité professionnelle parce que j'ai commencé cette année, quelque part ça été... il y a eu l'avant le V... et il y a eu l'après. Les conférences, j'ai commencé depuis que je travaille ici, parce que quelque part je me sens impliquée, responsable de ce que je fais parce t'es seule ou deux dans un groupe ou carrément en individuel avec un gosse, je me dis il ne faut pas plaisanter, je suis supervisée en individuel, j'ai fait une supervision de groupe, je ...

Au V... ça t'arrivait d'être seule avec un enfant?

Ouais mais c'était, il n'y avait pas cette implication. C'est L. qui à un moment donné m'a fait penser à une supervision, sinon les autres enfants ne me dérangaient pas. Ils étaient dans une relation relativement symbiotique, c'étaient des autistes mais bon, aucun parlait mais bon ...

Ce que tu as dit au début je me sentais pas soignante

Tu te sens une mère, enfin je ne sais pas si je me suis vraiment sentie mère mais tu te sens dans la relation affective, voilà, je crois que c'est ça et puis bon voilà tu te laisses un peu bercer, moi je dis en effet le berc... le V..., beau lapsus, c'était ça, c'était une espèce de berceau pour tout le monde. C'est vrai que moi j'ai eu la chance quelque part et c'est peut-être ça qui m'a permis de passer le cap, c'est que la dernière année du V... moi j'avais complètement décroché, que je vivais des trucs à l'extérieur et dans ma tête je m'étais dit "de toute façon tu ne pourras pas faire les deux" parce qu'on s'impliquait quand même souvent dans des réunions, je veux dire le V... nous prenait beaucoup de temps, on faisait plus que nos heures et donc moi la dernière année naturellement j'ai désinvesti, donc c'est vrai que quand il y a eu cette rupture brutale où le V... s'est retrouvé éjecté au T. je dirais que moi mon deuil je l'avais fait quelque part, c'était déjà fait mais j'ai des collègues qui continuent à y aller, qui continuent à aller voir les enfants, qui ont beaucoup de mal, une en particulier, à gérer ça quoi. Pour moi, c'était déjà fait donc ... pour moi il y a pas eu traumatisme et ... c'était ouais, ça pouvait être un grand utérus pour nous le V... Ouais, le problème que justement je pense que ça aurait pu être super intéressant, parce que moi il y a des choses qui me faisaient bondir dans les relations que pouvaient avoir certaines personnes avec des gamins, et je me disais mais là on délire, mais bon le problème c'est que tu n'avais pas ce que tu as ici.

Quelles relations peut-on avoir avec des enfants autistes qui ne parlent pas?

Ah! ben c'est le corps mais le corps oui justement attention je veux dire... le corps il n'y a pas de distance, moi je trouvais qu'il y en avait qui allaient trop dans ce genre de relations maternantes.

C'était un peu fusionnel?

Oui, moi il me semble, ça allait quand même loin... mais c'est vrai que je suis ... c'est ma personnalité bon, ou c'est une peur, je sais pas, moi je fais vachement gaffe à ça, de pas trop plonger dans un truc fusionnel et qui ... n'est pas forcément bon pour l'enfant. On ne se posait pas la question en ces termes que ici, si toi tu te poses pas la question, les autres te la font poser, ça se dit, ça se disait aussi au V... mais comme on se sent plus impliqué, je dirais qu'ici quand on te dit "ouais, ouais c'est ton enfant hein?" tu te dis mais qu'est-ce qu'il est en train de me dire?

Au V..., il y avait des affinités particulières entre enfants et adultes?

Il y avait des affinités mais moi je réfléchis et je me dis que, enfin, moi personnellement j'aimais bien tous les enfants, j'avais ma chouchoute, il y en avait une que j'adorais mais souvent dans ces cas là c'était d'elle dont tu t'occupais au bain, des choses comme ça. Mais il y avait pas de laissé pour compte, ça j'ai jamais, au début il y en avait beaucoup et c'était très difficile, il y en avait huit et c'était un peu la cohue, on ne savait pas où on habitait, ouh!, les liens ne s'étaient pas non plus vraiment créés mais quand le nombre d'enfants a baissé comme chacune avait plus ou moins son petit préféré mais ça se ressentait pas forcément. Il y avait pas de laissé pour compte. J'ai vraiment l'impression qu'avec ces gamins là, quand tu te donnes la peine de les connaître, forcément t'es attirée par eux, il me semble que je l'ai vécu ici, moi j'ai commencé à m'occuper d'un gamin, du coup c'est vrai les autres t'es moins en relation avec eux donc tu les vois pas. Puis quand le hasard ou la nécessité fait que tu te confrontes à eux des gamins qui a priori tu te disais qu'est-ce qu'ils sont pénibles, ils ne m'intéressent pas, ça passe, c'est ça qui est rigolo, pour les petits, les grands je sais pas j'ai pas testé, ça me paraît peut-être moins évident. Il me semble qu'il y a une capacité d'accueil, peut-être que les grands c'est pareil, je sais pas... ouais...

Est-ce que tu aurais une image de ces enfants?

Au V..., une image non ? c'est pas évident parce qu'il y a l'image que j'ai plus ou moins gardée d'eux et l'image que je retrouve de ce qu'ils sont devenus.

Un sacré changement de passer du service adulte à celui là?

C'est pour ça que j'ai eu besoin de la transition polyhandicapés. Déjà j'ai été l'une des rares personnes à avoir demandé à passer en service enfants, parce que d'habitude tout le monde voulait en partir et moi j'avais bien signifié en premier choix polyhandicapés parce que j'avais besoin de cette transition. Mon but c'était les autistes, enfin les psychotiques, en tout cas les autistes je n'y pensais pas vraiment et donc je me suis dis "on va d'abord se confronter à la souffrance physique et puis après on verra la souffrance mentale". Mais bon ça été un bon tremplin quelque part, parce qu'alors au niveau, les polyhandicapés au niveau maternelle il n'y a que ça, c'est...

Entre les expériences?

Ben... moi ça savait pas ... je réfléchis, parce que t'as pas le contact l'air de rien, c'est que du maternage mais du maternage indirect. T'as pas le contact du corps comme tu peux l'avoir avec un gamin comme ici où tu peux le prendre dans tes bras. Parce que les polyhandicapés ce sont des gamins qui sont dans des coques, qui sont dans des chariots, si le seul moment où tu l'as contre toi c'est quand, encore contre toi, tu le sors de sa coque et tu te dépêches de le mettre sur le bain douche parce qu'il est lourd. Le seul moment où avec une collègue on avait prévu des massages pour un enfant moins atteint que les autres, le médecin a refusé. Donc c'était du maternage... ça ressemble plus à des morceaux de bois, par contre moi j'ai trouvé qu'il se passait beaucoup de choses au niveau du regard.

J'ai eu, il y a eu des rencontres avec des enfants, bon et là tu te contentes d'un regard, donc c'était une bonne approche par rapport aux autistes dans ce sens là et que souvent avec les autistes ça passe par le regard c'est des petits riens et quelque part ces petits riens je les ai peut-être appris au niveau des polyhandicapés, tu vois tu t'attends pas à ce qu'ils te tendent les bras parce que les bras sont coincés mais bon c'est ton visage qui s'approche de son visage où tu es obligée d'accentuer les mimiques pour déclencher un petit truc.

Et c'était moins angoissant?

Pour moi c'était moins angoissant, ça ne m'a pas... c'était épuisant par contre, physiquement, parce qu'il y en a qui étaient lourds parce que l'on n'était pas nombreux, parce qu'il fallait quarante minutes pour qu'il y en ait un qui mange, on chronométrait alors je vais te dire quand tu en avais trois! Et puis c'était pas pareil ces polyhandicapés ces enfants, c'est peut-être dur à dire mais à un moment donné tu les mets devant la télé et toi tu peux t'en aller. Je sais pas si pour eux c'était supportable mais en tout cas on pouvait se donner l'autorisation, les filles elles, je veux dire nous, j'étais là aussi, les gamins après le goûter on les mettait devant la télé et nous on pouvait prendre notre thé ensemble net, tu parlais et tu en avais pas un qui te titillait. Au V... on était pas fatigué physiquement, on n'avait pas les soucis (roulements, trucs). On était très envié au V..., avec les polyhandicapés il y avait une espèce de rivalité souvent les filles des polyhandicapés disaient qu'on ne foutait rien par contre il y en a jamais une qui a voulu venir bosser avec nous, on était privilégié mais bon on ne voulait pas de notre privilège car c'était aussi de bosser seul, d'avoir des gamines comme L. et 24 h / 24, c'est rigolo il y a toujours des clivages mais ouais les polys... je pense que c'est une unité qui est intéressante. Là c'est pareil, des psychos t'en voyait pas. Tu voyais que le pédiatre, je me dis mais quelque part il y a des gamins qui sont décédés, on n'en parlait pas. Tu as l'impression que la souffrance des soignants mais elle existe, il n'y a que dans des unités comme ici qu'on peut en parler un peu. Tu vois à l'internat il ne faut pas en parler, c'est je sais pas, ce n'est pas reçu, même maintenant. Quand tu vois, je dirais que quelque part c'est le summum, c'est le T., actuellement. C'est une équipe qui souffre depuis des mois si ce n'est des années, je veux dire dans le T. je n'aurais jamais pu bosser, c'est une équipe qui est larguée, le médecin a démissionné, qui n'a plus de psycho, qui n'a plus d'orthophoniste, ils ont une souffrance abominable et on en parle pas. Mais c'est tabou, je crois que quelque part, les rares fois où j'ai dit des trucs, j'ai l'impression qu'on doit pas parler avec ses émotions alors que pour moi c'est l'inverse. Tu peux pas demander à un soignant de pas avoir d'émotions. Tout le monde non plus n'y va pas là dedans mais qu'en tu y vas, tu prends des risques, tu découvres des choses, tu acceptes à un moment de te regarder, c'est pas forcément toujours le pied donc mais les médecins... l'image que j'ai en tête c'est un médecin qui avait peur, quand on osait dire des choses tu sentais que vraiment... Et moi non plus... c'est vrai que je...

Là, tu ne dévoiles pas trop ce qu'ils ont pu te faire vivre

Je peux pas en parler trop parce quelque part j'ai fui, j'ai pas fait de supervision. Donc à partir de là, il me reste des espèces de sensations comme ça de moments de côté positif, de moments de bonheur avec certains enfants, ouais je peux dire que j'ai adorée cette gamine en particulier, elle est plus là mais je la revois bien, cette violence par rapport à L. de ... cette violence phénoménale, ce désarroi des trucs très douloureux mais c'est vrai, de mettre des mots dessus car c'était vraiment le corps qui parlait et ça a pas dépassé le corps parce que j'ai pas fait le travail.

Tu avais des somatisations?

Non, je n'ai pas somatisé par contre il y en a qui ont eu des accidents, je me dis que c'est pas rien non plus, j'ai une collègue qui est passée par dessus le vélo d'une gamine du V..., il y a quand même eu des traumatismes et là c'était ... bon je crois que ma porte de sortie c'est qu'à un moment donné j'ai décroché du V... Bon, ouais, je peux pas en dire bien plus, j'ai pas saisi l'opportunité.... mais il s'est passé plein de choses, je réfléchis, mais ce qui était fou, ce qui me rendait, ce qui m'aurait fait hurler c'était à la fois ce que j'ai ressenti en moi et surtout me rendre compte qu'il se jouait plein de choses. On était tous quelque part ces enfants ; ils nous faisaient jouer des rôles surtout L. et ce qui me semble qu'il s'est passé c'est qu'on était deux référantes et il a un truc qui s'est instauré entre nous, le truc vraiment démentiel quoi! et ce qui me rendait folle c'est de me rendre compte qu'on était en train de jouer vis à vis de cette gamine quelque chose de son histoire et qu'à aucun moment ça pu être dit. Et pourtant j'ai essayé d'en parler mais c'était douloureux, ça me renvoyait à moi, à une image maternelle, c'était un imbroglio complètement démentiel et je me disais quelque part c'est l'enfant qui en fait les frais.

Vous étiez quoi?

Il y avait cette histoire de mère idéale, qui elle, acceptait tout de L., une espèce de patience d'ange,... d'une tolérance extrême et moi qui du coup devenais la mauvaise mère parce qu'à des moments L. me faisait exploser et en plus cette impression de mère idéale qu'elle voulait bien nous présenter à toute l'équipe, elle (la soignante) était pas si idéale que ça mais on arrivait pas à lui enlever son masque. Je crois que les gens ne se retrouvent pas dans un lieu par hasard et je crois en effet qu'on avait toute plus ou moins à vivre quelque chose par rapport à cette image maternelle et que cette femme, cette soignante, cette collègue, elle nous a renvoyé l'image qu'on avait bien envie qu'elle nous renvoie inconsciemment. Donc il y avait une espèce de merdier, moi je crois, au niveau de ces images maternelles, après le père aussi, qu'est-ce que faisait ce pauvre père là qui était pas à la hauteur et qui s'est fait éjecter, enfin éjecter, on était quand même relativement tolérante, on a vraiment fait ce qu'on a pu mais quelque part c'était une image qui n'existait pas, on l'a ...

Un peu comme si le tiers n'existait pas?

C. lui-même qui était mon surveillant au V... et que j'ai fait chier (rires) et il y avait une année où il nous a carrément dit "je ne veux plus m'occuper de vous", même lui, est parti, il faudrait lui demander pourquoi il est parti, il nous a lâchées, le médecin nous a lâchées, C. nous a lâchées, l'homme qu'on nous a amené parce qu'ils l'ont pris des handicapés, le pauvre, lui il a somatisé à mort, par contre, c'est quelqu'un qui avait de gros problèmes, il était dans un "trip" somatique et psychique, des moments on a cru pour sa vie dans l'état où il était, il s'est fait des accidents, il se coinçait au niveau cérébral non vertébral. Donc c'était une unité bien particulière, au niveau fantasmatique, projections et c'était vachement riche et on en a rien fait enfin si, la supervision c'était quand même... mais on a été frustré au niveau de la supervision, par rapport à cette image de la mère idéale, on s'est dit, enfin on va savoir si elle déconne, on a tenté que le masque tombe et le masque est jamais tombé, on avait l'impression que même la « nana » qui faisait la supervision la protégeait, alors on se disait, soit c'est vraiment la mère idéale et à ce moment ça rend fou, tu te sentais face à une soignante idéale, soit on s'est dit elle est vraiment trop fragile. Nous on attendait une supervision groupale, parler de ce qu'on vivait, à des moments ce n'était pas vraiment les enfants mais ce qui se passait entre nous. Il y a vraiment eu des trucs fous quand même! tu vois d'une image idéale, j'en arrive à une image un peu moins...

INTERVIEW N° 4 I., infirmière psychiatrique depuis 1984, expérience d'internat pendant trois ans.

Juste après mon diplôme, je suis arrivée à C..., ce qui était en ligne directe. J'ai connu des unités où c'étaient des grands dortoirs, il y avait une trentaine d'enfants tous mélangés quelque soient leur pathologie, des énormes équipes où on était dix à onze. Il y avait des dortoirs avec vraiment des cas lourds. J'ai l'impression qu'on voit moins des cas comme ça, des enfants qu'on prend en charge plus tôt.

C'étaient qui les cas lourds?

Des polyhandicapés, des gros déficits, il y en avait même c'étaient pas des autistes mais des maladies psychiatriques comme des syndromes de ... il y a beaucoup d'épileptiques et moi ma première prise en charge cela a été une autiste d'ailleurs, F. Elle était vraiment très enfermée sur elle-même... Est-ce que vous avez une trame de questions?

je réponds que je poserais des questions au fur et à mesure de l'entretien.

Par exemple, comment vous pourriez définir les enfants autistes?

Alors ça c'est toujours... (rires) il y en a tellement de niveaux différents, j'en ai connus d'autres sur ma route qui avaient un niveau supérieur à elle et puis de tout niveau quoi. Moi je pourrais dire que c'est l'impression que j'avais c'est que ce sont des enfants vraiment pris dans leur monde, pas faciles à accéder et qui souvent nous laissent complètement en désarroi, bon au bout de dix ans de diplôme j'en suis là. C'est vrai qu'on a pas de réponse, c'est toujours à adapter, à réfléchir, veiller à pas perdre le contact avec eux. C'est vrai qu'une fois le contact établi, c'est pas évident de ne pas se fondre dedans, je trouve qu'à un moment donné ils nous entraînent dans leur système. Comme F. elle ne parlait pas, elle était remplie de stéréotypies, elle passait sa journée à faire le pont sur la barrière de son lit, sur nos genoux, elle se renversait, elle passait son temps à ça, à sauter comme un cabris et à poser ses vêtements. Donc moi, j'ai passé trois ans avec elle (l'internat c'était 6 h / 14 h et 13 h / 21 h), je la levais le matin, quand on était référante d'un enfant, on s'en occupait plus, par exemple le matin quand j'étais là, c'est moi qui allais la lever, lui faire prendre son bain, l'habiller, la faire manger. Je l'emmenais sur les groupes où je ne la suivais pas. Par contre certains jours, je la sortais des groupes pour lui faire faire des choses plus spécifiques, du maternage quoi, un bain thérapeutique. L'eau c'était son élément et il y avait des choses qui se passaient mais j'avais toujours l'impression que c'était extérieur à moi. C'était ça d'être référant d'un enfant à l'internat, la prendre en charge dans le quotidien, à midi elle mangeait à côté de moi, elle me suivait. On avait plusieurs enfants, moi j'adaptais ma prise en charge suivant l'enfant que j'avais. C'était être présente à côté d'elle, parce que faire des choses avec elle c'était pas évident, la socialiser, la sortir dans les magasins, on essayait à des moments, c'est vrai que c'était pas le problème, ça l'intéressait pas. La toucher c'était pas évident parce que c'était loin d'être facile avec elle pour accéder à des massages, j'y arrivais par le biais du bain. J'arrivais à lui froter le dos, à avoir un semblant de contact avec elle, ça en fait, j'ai toujours cru et j'ai reçu ma première leçon avec elle, j'ai toujours cru qu'elle ne ressentait rien, que quand j'étais là, elle ne voyait pas, que quand je rentrais dans la cour ou que j'allais la lever le matin, c'était vraiment la grande indifférence, moi ou une autre c'était pas important. Et le jour où j'ai changé d'unité, j'étais en train de l'habiller et elle se sauvait sans arrêt, alors je lui mettais ses chaussures, il fallait que je lui cours après et là elle m'avait vraiment énervée, déjà j'étais mal à l'aise parce que je la laissais, en plus elle m'en faisait voir et je me souviens qu'à un moment donné je l'ai attrapée, je l'ai assise sur le lit en lui disant "écoute l'année prochaine je ne suis plus là, je change d'unité donc c'est quelqu'un d'autre qui s'en occupera et heureusement parce que là franchement j'en

ai marre!" donc j'étais en train de lui mettre ses chaussures et quand j'ai levé la tête F. elle pleurait à gros sanglots, elle avait des larmes et j'ai dit bon ben ... ça m'est toujours resté parce que je me suis dit qu'en fait on pense ne jamais être là et en fait il y a un lien qui existe et qui n'est pas le nôtre. Alors après j'ai fait autrement, je m'en suis comment dire ... tous les enfants dont je me suis occupés après j'ai toujours essayé même s'ils montraient pas de, avec notre système à nous, de me dire eux il y a quelque chose qui se passe c'est pas dans notre monde à nous mais il faut en tenir compte pour essayer de respecter leurs moyens d'expression. Donc après F. j'ai fait la nuit alors là c'était différent parce que j'avais pas de prise en charge particulière mais j'avais droit à des enfants qui ne dormaient pas en fait et qui passent leur nuit à se balancer sur leur lit, à crier de temps en temps, c'est vrai que la nuit ... la nuit je n'ai jamais eu de prise en charge particulière, si ce n'est des enfants qui s'angoissent trop alors j'ai toujours trouvé que l'eau était assez... passer par le biais d'un soin corporel soit le changer, soit lui faire prendre une douche d'eau chaude ou lui donner à boire, l'eau dans plusieurs expressions, carrément laisser tremper dans un bain parce que c'est là où il se retrouve. Donc l'eau m'a sauvée souvent.

C'était comment quand ils s'angoissaient trop?

Souvent c'était des mutilations, c'était hurler et on peut pas permettre parce qu'il y a les autres et puis si il y a un dortoir qui se réveille c'est la catastrophe. Donc c'était déjà l'ennui du dortoir mais bon, et puis bon essayer le bain, le changer, des fois c'est un truc matériel et puis ils n'arrivent pas à nous le dire, il y a une lumière qui gêne ou j'ai oublié d'éteindre la veilleuse, des détails, ou une sonnerie de téléphone, ça peut réveiller, ça peut angoisser, c'est vrai qu'il y a plus de bruits, j'étais toute seule. Toutes les conditions changent, essayer de passer par un truc, quelques fois des massages mais c'est très dur.

Toi tu n'étais pas trop angoissée de te retrouver seule la nuit?

Jamais, j'étais angoissée par d'autres choses. Quand on veillait le week end, t'étais toute seule dans tout le pavillon, ce qui veut dire que si il y avait un truc qui t'arrivait en admettant que tu puisses accéder au téléphone, t'étais vraiment toute seule. J'ai jamais eu d'angoisse par rapport à un enfant qui faisait une crise, ni, non, non, après avec les ados c'était plus dur.

Et puis après j'ai connu S. elle avait 18 mois. On avait mis en place avec le docteur L. des H.A.D (hospitalisation à domicile). Cette petite fille n'arrivait pas à marcher, elle avait 18 mois, elle tenait pas assise. Tous les examens somatiques qu'elle a pu avoir étaient normaux, donc j'y suis allée pendant deux ans, deux fois par semaine, pendant que je faisais mes nuits et là j'ai trouvé une petite fille bien enfermée sur elle-même, qui était perdue dans la relation avec sa mère, qui arrivait pas à la lâcher. C'était assez fantastique car si S. pleurait, la mère savait exactement pourquoi elle pleurait et qu'est-ce qu'il fallait faire pour arrêter les pleurs et il y avait une fusion entre elles deux qui était assez, c'était lourd, on arrivait, elles étaient collées l'une à l'autre. Mais S. on s'est toujours demandé car elle a un coefficient très bas, il y a aussi une histoire de débilité. Moi quand je l'ai connue elle me faisait penser à ces autistes que je voyais à C..., une petite fille complètement apathique à part le regard vers sa mère il n'y avait rien qui existait autour, les frères et soeurs étaient là mais à la limite le regard les transperçaient, disons qu'on ne la saisissait pas. Donc j'ai beaucoup parlé avec la maman, j'ai fait des massages avec elle, j'ai beaucoup joué et puis à montrer d'autres gestes à la maman, à montrer que quand on jouait avec sa fille, que la mère perdait pas sa fille, qu'un lien pouvait s'établir avec une tierce personne. Petit à petit l'équipe est arrivée à la faire lever mais S. c'est pas... et puis après j'étais chez les ados et c'était autre chose...

Depuis le début de ton travail il y avait des réunions, des supervisions?

A l'internat il y avait une réunion une fois par semaine sur une heure / une heure et demie, bon c'étaient des réunions où l'on parlait à la fois des enfants, à la fois de l'organisation alors quelques fois on avait du mal, alors quand vraiment un enfant nous posait un problème on en parlait plus. Par contre une fois par an et c'était pas beaucoup, les enfants étaient passés en synthèse avec tous ceux qui s'occupaient d'eux, donc là c'était vraiment plus ce qui c'était passé, le projet qu'on pouvait avoir, que là on a quand même des réunions deux fois par semaine, on a des synthèses régulières et avec ces réunions régulières on arrive à faire ressortir beaucoup plus les enfants.

Tu avais une supervision à l'époque?

Moi j'ai toujours eu une supervision, à part la première année. Les nuits je n'étais pas supervisée mais j'ai fait un travail de mon côté qui a duré quand même cinq ans mais je ne peux pas appeler ça une supervision. Disons que quand j'ai commencé à bosser avec ces enfants là je n'avais pas de supervision propre rattachée à mon travail mais j'étais en cours de ... je suivais un psycho depuis deux ans, j'ai fini ce travail avec ce psycho, ensuite j'ai tout de suite vu qu'il fallait parler plus précisément de ces enfants, c'est vrai qu'il y avait tellement de choses. Là j'ai demandé un travail de supervision avec un psycho de l'hôpital et pour ceux qui voulaient, mais moi je n'y suis jamais allée, il y avait une supervision d'équipe. Après les nuits, j'ai recommencé un travail, autre chose, c'était de la sophrologie, disons forcément au bout d'un moment on est obligé de ...j'ai fait de la sophrologie, j'ai travaillé un an chez les ados et j'ai redemandé une supervision mais c'était plus confus parce que moi je redébarquais de jour, puis bon ce n'était pas régulier, c'était pas, ça ne m'a pas apporté ce que j'attendais mais c'est peut-être moi.

Pour les H.A.D c'était un travail expérimental et dans le contrat on devait être supervisé. Je parlais que de S., de ce qui se passait dans la famille.

Et des enfants de la nuit tu en parlais pas?

Non.

Tu as dis que ça avait réveillé des choses, qu'est-ce qui était difficile pour toi?

Surtout au niveau des ados parce que avec ces enfants moi je me suis rendue compte qu'il fallait beaucoup de temps, il fallait pas s'affoler pour ... comment dire, il fallait déjà que moi, je présente quelque chose de calme auquel ils puissent se raccrocher quand ils font leur crise. La nuit souvent les enfants qui se mutilent, ça provoque, c'est pas facile à vivre et je me suis toujours dit que si moi je commençais à lui sauter dessus, à lui prendre la tête et à lui dire "mon pauvre vieux tape toi pas!", à m'affoler, à lui montrer que moi je rentrais dans son affolement à lui, là, parce que ça c'est passé deux ou trois fois alors là c'était pire quoi, c'était l'excitation et de ton côté et du sien et je n'arrivais pas à le ramener au calme, que si à la limite moi j'arrivais à être sereine, à ne pas prendre son angoisse à lui, l'enfant arrivait à se raccrocher à quelque chose, l'enfant arrivait petit à petit à se tirer de ce ... puis parler doucement, et puis moi je reparle de l'eau parce que je m'en suis beaucoup servie. Des fois de l'eau qui coule, des fois de l'eau qui coule sur sa main, puis toujours rester à .. enfin, physiquement être présente.

En fait tu trouvais des moyens de contenir l'angoisse

Voilà, quelques fois s'affoler c'est pire, j'essayais d'enlever ce qui pouvait le blesser.

Pas trop désespérée face à eux, est-ce que tu as une image par rapport à ces enfants?

Une image pouh! c'est pas franchement une image c'est plus un ressenti. J'ai toujours l'impression que c'est le monde du silence, c'est vrai qu'il y a ces enfants là au milieu comme une bulle voilà avec un enfant qui pleure au milieu, voilà j'ai cette impression là, comme s'ils étaient, c'est pas du brouillard parce qu'on les voit bien comme si il y avait une espèce de masse transparente entre nous et eux. Et moi je me suis... l'impression que si on réagissait en contrecarrant, en se mettant franchement devant eux, ça leur ferait plus de mal qu'autre chose, je ne sais pas comment... pour moi, j'ai l'impression que c'est des enfants qui n'ont pas de défense, qui sortent de nos normes, à ce moment là on a plus rien à leur imposer. Chez les ados, il faut leur mettre des normes, il faut être costaud. Avec un enfant autiste on a pas des normes à mettre, tous nos repères à nous tombent, à ce moment là est-ce que j'ai le droit d'imposer à un enfant de ne pas baver ou la mutilation c'est peut-être autre chose. Mais c'est vrai que je les prends plus par le biais, je n'ai jamais eu l'impression de les affronter en face. J'ai toujours l'impression qu'il faut se mettre à côté et puis après il y a un accompagnement, les enfants qu'on reçoit ici ça fait peut-être plus cette impression parce que déjà on les a toute la journée. Les groupes qu'on a là, moi j'ai plus l'impression qu'il faut un espace où ils puissent s'exprimer comme ils veulent et comme ils peuvent, pas évident, mais il n'y a pas de jugements à avoir, il n'y a pas d'interdits à poser parce que c'est dans nos normes à nous, c'est essayer de leur laisser une liberté mais en même temps il faut quand même qu'il y ait une certaine régularité dans ce qu'on fait pour que eux ils puissent se repérer par rapport à ça. C'est vrai que dans les groupes du mardi, il y a un rituel qui est fait, on rentre, on dit bonjour, le jeudi matin on vient dans cette pièce, on va se laver les mains, il y a une norme qui est établie c'est que S. elle n'a plus le droit de mettre sa main dans sa bouche car les jeux ce sont ceux de l'orthophoniste, il y a une réalité qui est là, il y a le choix d'un jeu, après on joue à ce jeu, il y a tout un rite. S. quand elle arrive, elle déambule, elle va vers le bureau. Et puis bon des fois c'est aussi pénible parce qu'il faut, on sait pas ce qu'il veut nous dire alors on se trouve vraiment démuni quoi.

Enfants qui t'ont préoccupés en dehors du travail?

Oh oui! (rires) j'ai un gros défaut à ce niveau là, je les ai souvent emmenés chez moi ces gamins... des fois des choses où je sais plus ce qu'il faut faire. Comme ce groupe du jeudi, je les avais en début d'année et puis vers Noël ben j'avais l'impression de devenir comme eux, je sais pas comment dire, je rentrais dans mon truc, hop je sortais un jeu je ne me demandais même pas pourquoi puis j'avais pas de résultat et je me disais qu'est-ce que je fous là? et je les supportais plus, à un moment donné ils étaient trop là, ils étaient trop collés. Et je voyais plus ce que je faisais.

Comment tu as fait?

Je suis supervisée sur Annecy avec un psychologue libéral une fois tous les quinze jours, il m'a fait prendre conscience que je rentrais dans les normes et que je voulais des résultats, j'étais là, je fais de l'éducatif, donc il fallait des résultats, fallait que S. tienne un crayon, fallait que J. sache je sais pas quoi, je voulais du concret j'en avais marre de bosser comme ça dans le vide. A partir du moment où je veux des résultats ça ne peut plus faire, les résultats je ne les aurais jamais. Donc à partir de là, après les vacances, c'est reparti, j'ai lâché prise, c'est un peu ça, pour moi, j'ai l'impression que chaque fois qu'on décide qu'on irait là et pas ailleurs, c'était foutu, c'était pas possible, ça se passait tout le contraire, moi je bute et puis l'enfant est mal et puis tout le monde est mal, ça part tout...

A l'internat ça pouvait arriver?

C'était pareil mais c'était plus dans le concret. Un enfant à l'internat c'était plus qu'il apprenne à manger tout seul, plus au niveau de l'autonomie, qu'il puisse s'habiller tout seul,

qu'il puisse avoir une vie sociale entre guillemets. C'était plus une vie au quotidien. Alors avec F. qui passait son temps à se déshabiller et moi qui passait mon temps à vouloir qu'elle mette ses chaussures, ça n'allait pas quoi! en même temps, ne pas mettre de chaussures dans le pavillon ce n'est pas grave, quand on sort c'est plus embêtant. Je pensais souvent à F. en plus là c'était... car j'étais jeune diplômée, à ce moment là célibataire sans enfant, j'avais tout mon temps, que là j'ai quand même ma vie de famille qui me rappelle à l'ordre quand je sors d'ici il y en a deux autres qui me montrent qu'ils sont bien là. ça m'aide aussi à ... F. était très particulière pour moi, c'était très affectif mais bon je dis ça mais quand je parle de S., J. ou d'autres qui sont là la semaine c'est vrai que je me laisserais facilement envahir par ces enfants donc c'est pour ça qu'un travail avec quelqu'un d'autre c'est obligatoire sinon moi je... je

Envahir comment?

Je ... j'arrive jamais à rester neutre, je m'emballe très vite. C'est vrai que les autres pour ça ne me loupent pas, je suis très ...

Quand tu dis je m'emballe très vite?

Je ne sais pas comment dire. Il y a des moments peut-être, je ne suis plus professionnelle, je sors de mes limites, comment dire...

ça se traduit comment?

Pour S. par exemple, il y a une suite à prévoir, elle arrive à sept ans, on la connaît depuis très longtemps, je crois qu'on a fait un travail moi et les autres, on arrive au bout de ce qu'on peut lui proposer parce qu'elle a besoin de thérapeutique et aussi d'éducatif. Et de l'éducatif ici elle en a très peu, l'éducatif ça veut dire être autonome, utiliser les peu de ressources qu'elle a. On a essayé de la mettre dans un IME ce qui n'a pas du tout marché, il n'y a pas de place. Mais là je vais voir les parents, j'ai pris rendez vous dans les établissements, j'ai accompagné les parents, voir l'établissement, l'assistante sociale j'étais là à dire toutes les semaines qu'est-ce qu'on peut faire pour que les choses marchent, c'est peut-être là où je deviens envahissante pour les autres. Il y a des moments où ce n'est plus mon rôle.

Surtout avec ces enfants là?

Non tous les enfants. J'ai du mal à laisser tomber à laisser choir, à ne pas prendre en compte le tout, c'est à dire ... là on a un petit garçon de trois ans qui est rentré Q. Lui c'est pouh! c'est vrai que ouh! il est arrivé là il y a quinze jours en arrière, il a assisté à deux journées et je l'ai vu la première fois avec le docteur C... mais je me sentais les bras qui tombent, je me disais mais qu'est-ce que je vais faire avec lui? c'est vraiment l'enfant bulle, (sifflement) les limites il connaît pas, la parole il connaît pas, tout ce qui est imposé, tout ce qui règles de vie il ne connaît pas. Le père m'avait avertie "vous allez voir il va passer huit heures à pleurer parce qu'il n'a jamais été séparé". Le père n'avait pas franchi la porte que le gamin était fermé, j'aurais bien aimé qu'il pleure. Le premier jour il s'est récupéré dans les escaliers, du moment qu'il a découvert que la maison avait des escaliers ça été fini, mais heureux! le sourire! Le regard qui traverse c'est vraiment un regard bleu ciel qui ne nous voit pas, il n'y a rien qui fait qu'on est là. Mardi dernier ça été l'inverse j'ai passé mon temps à le contrecarrer, il a passé son temps à m' hurler après, à se rouler par terre mais ça fait rien, il y a du répondant, moi je suis là et après on va trouver un autre biais. Le premier jour je me suis dit "mais qu'est-ce que je vais faire? c'est trop je n'en veux pas, j'ai commencé à tâter si je ne peux pas le mettre ailleurs plutôt qu'ici" bon ça se passe. ça va, il y a quelque chose qui s'est enclenché maintenant, il s'agit de construire autour. Il faudrait un lieu idéal où il n'y ait pas de contraintes d'horaires, où il n'y ait pas trop de règles à respecter, que les enfants d'eux mêmes viennent vers nous.

INTERVIEW N° 5 Fr., infirmier psychiatrique depuis six ans, Hôpital de Jour, une expérience d'internat (deux ans).

J'ai travaillé au T... Les enfants avaient de sept ans à quinze / seize ans logiquement. Mais les familles ne voulant pas que les enfants s'en aillent en service adultes. On avait maximum six enfants pour deux adultes. Moi je préférais travailler le week end et puis le soir. On s'occupait du lever des enfants jusqu'à neuf heures, après on ouvrait les portes, ils revenaient pour manger, ils repartaient pour 14 heures et ils revenaient à seize heures pour goûter et puis ceux qui étaient externes rentraient chez eux et les autres restaient.

Comment tu définirais l'autisme?

C'est un peu compliqué l'autisme, et puis après tu en as toute une palette où aucun enfant autiste ne se ressemble. Chacun a des comportements, des attitudes. Moi je resterais vraiment à un problème au niveau de la communication, en rajoutant que pour moi ils sont hors de notre temps, de notre réel. Donc le notre qui a été établi avec les jours de la semaine, avec les temps, les machins tout ça. Où ils sont je ne sais pas, j'étais référent d'un gamin qui déchirait en lambeaux les feuilles, il se plantait les dents dans les bras et puis il arrache laa! il tirait avec les dents, donc ses bras c'est des cicatrices et puis ses genoux puisqu'il se balançait avec des couvertures dessus suivant les périodes deux couvertures, trois couvertures même en plein été sous son machin, à se chanter des airs très musicaux, très lancinants. Je l'ai regardé quand il rentrait en crise et je me disais est-ce que c'est quelque chose d'extérieur qui fait que tout d'un coup il va se mutiler? il est là est-ce qu'il y a une guêpe qui passe, est-ce que quelqu'un rentre dans la pièce et le gêne dans un truc? mais des fois tout d'un coup le gamin se met à hurler (aaah!), à gueuler, à gueuler, à commencer à sortir et puis à se mordre et s'arracher les bouts de biftecks (là! là! là!). Donc différentes attitudes des soignants face à ça, tu as ceux qui ne supportent pas, l'agressivité les renvoie à leur propre agressivité et puis c'est vachement dur donc ils branchent les gamins et disent "tu vas arrêter! c'est du cinéma" et puis t'as les gens qui s'en occupent pas du tout, ceux qui ne vont rien pouvoir faire, ceux qui vont être plus calmes, c'était un peu mon attitude. Avec lui, je venais en face de lui et je lui prenais les mains, je lui parlais tranquillement et puis, bon des fois t'es obligé de le maintenir pour pas qu'il s'automutile trop mais je faisais ça en souplesse, en restant calme et puis en attendant qu'il respire tranquillement. En général ça marche, mais c'est vrai aussi que ce gamin s'en sert dans les moments où il n'a pas envie de faire un truc. Les repas avec lui étaient problématiques, si ça ne lui plaisait pas, il se barrait. Tu lui demandais "tu débarrasses ton assiette avant de partir", parce que c'est un gamin à qui j'ai parlé normalement pendant tout le temps, il comprend normalement les choses (imite le cri: il se mord) alors suivant qui est là on lui "va dans ta chambre" moi je lui disais "tu vas ranger ton assiette" pas très content de le faire. Il faut toujours être clair sur ce que tu leur dis et ce que tu vas faire. Si tu leur dis des choses comme c'est souvent le cas malheureusement dans les familles, que tu dis des trucs et que tu ne le fais pas, il sait que la prochaine fois tu vas dire un truc mais tu risques de ne pas le faire non plus, de toute façon t'as pas de parole. Avec eux je pense que c'est une population qui est plus sensible à plein de choses. S'il y a des trucs un peu somatiques qui ont été mis en évidence pour certains enfants, des problèmes d'oreilles, ils entendraient pour certains beaucoup plus fort, au niveau des yeux aussi pour voir si c'est le cerveau. Toute une période américaine, c'est les parents qui demandent ça et les médecins qui font ça pour se décharger: cariotype, potentiels auditifs, visuels, sensitifs aussi qui est un peu plus barbare que les autres puisque c'est une petite décharge électrique, légère mais bon. Il y a eu toute cette période là avec l'apport de la méthode TEACH puisque le Dr L. est parti aux Etats Unis suivre des stages. Cet outil là est arrivé, le problème c'est que ça devient

vite la panacée, on a fonctionné avec le système TEACH, les cartes, les sets de table. Je l'utilisais avec certains enfants ça fonctionne bien, avec d'autres ça fonctionne moins bien. Après c'est ça qu'il faut arriver à faire, c'est qu'on s'en sert comme un outil parmi les autres. Pour certains gamins, entre autre un qui avait beaucoup d'agressivité ça a réglé pas mal de choses. Si le gamin te demande quelque chose et que tu comprends pas ce qu'il te demande et celui là il se mettait à jeter les choses par terre. Le set du repas après c'était du conditionnement, le jour où il y a plus eu le set, il montrait avec son doigt sur la table là où logiquement il aurait dû y avoir le set. Si c'est pour arriver à ça, ça ne sert à rien, mais bon. Mais quand ils ont soif comment veux tu qu'ils te disent qu'ils ont soif? tout est fermé à clef sinon ils vont ouvrir les robinets, ils vont tout foutre en l'air. La plupart n'a pas la parole (un sur six). Au T..., il y avait les enfants qui ne pouvaient pas être ailleurs puisqu'il n'existe que cet internat pour la Savoie et la Haute Savoie. La population qui est ici et celle qui est à C... ce n'est pas la même. C'est une population d'enfants qui est vachement intéressante, ce n'est pas facile de les cerner. Je me sers de la musique et de la guitare, je chante et avec eux c'était vachement sympa. Il y a des gamins qui ne venaient pas spécialement écouter, t'en as d'autres qui s'installaient et qui ne bougeaient plus, t'en as un autre qui était très régressif, il venait prendre le bout de la guitare pour sentir la vibration. Un musicothérapeute venait faire des percussions, il y a vraiment des choses qui sont sympas avec ces mômes. Tous ensemble ils sont difficiles, ça potentialise et ça éclate sans arrêt parce que c'est vrai ils se renvoient tellement de choses les uns les autres.

Quels effets de passer d'un service adulte à un service enfants autistes?

J'ai toujours travaillé avec des gamins, t'as qu'à voir, effectivement ils sont tordus mais c'est des mômes donc et puis moi j'ai trois gamins donc c'est les temps le matin, on fait la toilette, on va s'habiller. Alors tu en as certains soit tu les habilles, pour aller vite, tu fais plein de trucs à leur place, alors après on avait un peu relâché, s'ils sont pas prêts à neuf heures sur les groupes... des fois tu les réveilles le matin, comme tu réveilles tes gamins pour aller à l'école. Alors là, ils ont déjà des rythmes d'enfer, on prenait un peu le temps et des fois ça durait une demi heure pour qu'ils s'habillent. Je n'ai pas été apeuré, inquiet, angoissé ou quoi ce soit, en plus j'avais demandé à venir. Quand je suis arrivé c'était compliqué car l'équipe avait presque complètement changée, six ou sept personnes, le temps de retrouver les marques, pratiquement personne ne connaissait les enfants, bon.

ça te renvoyait à quoi de travailler avec ces enfants?

... d'une manière générale il n'y a pas eu particulièrement de problème alors il y a certains enfants avec qui j'ai plus accroché. Entre autre un, qui tape toute la journée sur les portes, les poignées ont été coupées pour plus qu'il les fasse claquer, il y en a un qui se sauve, un qui mange sa merde, des fois tu retrouvais de la merde partout sur les murs, dans les dents, sous les ongles. Celui-ci je m'en occupais mais pas plus que ça et puis un jour je me suis dit mais il est pas aussi con qu'il paraît parce que pour moi il était vraiment ailleurs, il ne comprenait rien, il était inaccessible. Et puis du jour où je me suis dit cette chose là, je l'ai regardé différemment, lui aussi s'en est rendu compte et ça a complètement changé les relations et il comprenait plein de choses mais ça l'a pas empêché de continuer à manger sa merde mais j'ai jamais été dégoûté ça ne me dérange pas mais t'arrives, tu l'attrapes par derrière le cou et tu lui dis "viens voir par là, ne me touches pas!" tu prends des gants et puis... ça pue, c'est vrai que ça pue. Mais quand je l'ai vu différemment ça a changé le regard des deux et puis c'est une autre relation qui s'est installée. Je m'étais déjà dit avant, il faudrait que je fasse un truc avec lui car j'arrive pas trop à accrocher. F. disait ça c'est intéressant de voir vers quels adultes ils accrochent parce que c'est toujours pareil,

ils savent déjà, ils pressentent un petit peu déjà, selon vers qui il va avoir de tel truc ou tel truc. Autrement, des exemples comme ça sinon...

Dans l'équipe?

ça se passait bien, l'équipe était récente, tout le monde n'avait pas choisi d'être là, c'est vrai que c'était, c'est vraiment une période où les gens s'entendaient bien, on ne se prenait pas la tête. Avoir une télé, c'était rien du tout une télé, mais pour qu'elle ne soit pas cassée au bout de deux heures c'est compliqué. Moi je mettais un peu de musique le matin, le soir, puis en tant que mec c'était un peu différent. J'étais le seul mec, c'est pas les mêmes relations qui s'installent avec les gamins et au début j'étais un peu le flic même tout le temps. Je voulais pas être spécialement le flic mais t'es bien obligé car quand l'autre il pique sa crise et toi tu dis "arrête" et il se calme, alors que si c'est une nana il continue à jeter les tables sur la gueule donc, t'es obligé d'avoir ce rôle là.

J'étais épuisé au début d'être avec les enfants autistes, ils te pompent ton énergie, ils t'agressent toute la journée par des bruits. Au début que je suis arrivé j'étais nase quand je rentrais. Il faut tout le temps être là ou alors... ils ne rentraient pas dans le bureau ou alors ils arrachaient toutes les feuilles ou ils piquaient tout, il faut vraiment mettre des limites sans arrêt. Quand on était dans le bureau les gamins étaient derrière la vitre, pas tout le temps, mais quand tu ne les vois pas, tu as intérêt d'aller voir ce qui se passe, tu ne peux pas te poser cinq minutes, enfin si tu peux rester une demi heure à lire, à écrire quelque chose, à discuter avec le collègue mais je ne suis jamais resté assis à faire que ça. J'ai évité qu'il se passe n'importe quoi, tu te relèves, tu fais un petit tour pour voir où ils sont. Des fois t'en as un qui se barre par dessus la barrière, surtout quand il voit passer les gens. C'est le même gamin quand tu te promènes en forêt, si un groupe passe dans l'autre sens, il repart avec les autres. Une fois, un soir on s'arrête dans un petit coin, on se pose et il faisait déjà nuit, il y en a un hop on le voit plus, on l'a retrouvé tout de suite il était derrière un camion mais c'est à ce moment là je me suis dit si jamais il est parti dans un sens comment on va faire pour le retrouver? c'est la nuit on ne va rien voir. Il y a plein de notions qui sont à intégrer, il faut vraiment avoir bien l'oeil sur eux en les laissant faire leur vie tout seul parce qu'il ne se passe pas grand chose entre eux.

Moi ça m'a beaucoup apporté du point de vue personnel, faut aussi vachement être cadré toi dans ta tête sur ce que tu veux leur demander, moi j'ai toujours été au boulot même si des fois t'es fatigué, content d'y aller.

Est-ce qu'ils te préoccupaient ces enfants, en dehors du travail?

Des fois mais vraiment pas souvent.

C'est du nursing qu'on faisait, l'habillage, la toilette et tout ça... il y a plein d'autres choses que j'aurais pu faire mais c'était pas possible alors je me suis dit de toute façon c'est pas avec ce cadre là que je pourrais faire d'autres choses parce que j'aurais pas le temps. Alors il y en a qui ont essayé de faire des choses comme ça, poney par exemple, ça veut dire que quand elles étaient en repos fallait venir, heureusement ça leur tirait un petit truc positif parce qu'il y en avait qui avait l'impression de faire un travail de merde, d'être là pour torcher des culs, parce que tu as les autres des hôpitaux de jour, c'est pas qu'ils viennent pas t'aider à changer les couches des gamins mais toi tu fais ça et eux ils font ça et jamais ça changera. On s'occupait de tout ce qui était de la vie quotidienne et puis c'était très bien, content, et quand il y avait des synthèses à préparer je me suis toujours débrouillé pour les faire sur mon temps de travail. On a pas eu trop de gens malades. Ils pompent ton énergie puis bon, ils te vampirisent, il faut rester calme s'il se mutile ou s'il fait ça, il a aussi peut-être ses bonnes raisons et puis à côté de ça on avait pas

tellement de travail, on avait une réunion institutionnelle une fois par semaine, une réunion de fonctionnement interne sur le fonctionnement de l'équipe et une réunion institutionnelle où il n'y avait jamais rien d'intéressant parce que c'était la seule réunion et il y avait une demi heure d'informations diverses. Les synthèses c'était une fois par an, en plus tu avais toutes les personnes des hôpitaux de jour pour les réunions. L'internat a beaucoup plus pris de place dans les synthèses, les gens qui travaillent à la journée avaient presque pas le temps de dire ce qui se passait dans leur groupe parce que nous on a vachement développer la partie internat, comment ça se passait alors qu'avant ça devait aller beaucoup plus vite côté internat, c'est une manière d'avoir de la reconnaissance parce qu'on a pas beaucoup de reconnaissance, le mot guérison n'existe pas en psychiatrie.

Tu avais une supervision?

Non, ça été installé après par un médecin, j'ai dû y aller une fois ou deux. C'était pas vraiment une supervision, c'était plus un temps de parole, c'était avec un psychologue du service, c'était la demande de certaines personnes de l'équipe, pourquoi pas mais...

Conférences, formations?

J'ai fait des formations. Dr L. se débrouillait pour que tous les ans il y ait trois journées de formation internes à C.... C'était les équipes qui choisissaient le thème. A l'internat on avait un peu de la difficulté à y aller car on avait les enfants à garder. Les gens qui les avaient à la journée ne se sentant pas concernés ce jour là, on se relayait entre nous. J'ai fait une formation initiation et découverte de la musicothérapie, je n'ai pas pu appliquer où j'étais là bas mais bon, j'ai eu cette formation là.

Je n'ai jamais voulu rentrer, j'ai même pas, si j'ai mes trucs de l'école qui me restent mais je n'ai pas lu de livres, j'ai lu des romans pas des bouquins techniques. Plus pour rester, par ce que je pouvais connaître de l'enfance, par mon passé de travail avec l'enfance dite normale, ce qui s'est passé avec mes enfants à moi, trois garçons assez rapprochés donc quand je faisais les cours je faisais correspondre des choses et puis ce que je peux penser de la vie à un niveau personnel, un amalgame de tout ça pour vivre avec ces enfants là et je n'ai pas théorisé dessus, je n'ai pas amené de machins, de trucmuches. Pour moi l'autiste est un peu bloqué, et après il y a les comportements autistiques. Je vois plus l'autiste pur comme un gamin qui comprend tout ce que tu lui dis, qui a une évolution physique normale, qui s'habille, qui mange etc... mais qui est perturbé par des trucs comme les gamins qui s'automutilent, comme les deux enfants qui sont ici qui font des trucs de bave, de regard qui fuit après il y en a d'autres qui ont des comportements autistiques, ils sont en retrait par rapport aux autres, ils ne supportent pas qu'on les touche, mais le reste ils ne sont pas du tout autistes, un peu une grande valise. Moi c'est plus avec cette population là que je sens quelque chose passer pour travailler avec eux. Tu te demandes ce qui se passe, tu te demandes pourquoi, parce qu'il est comme les autres, normal, joli, il présente bien mais il est autiste. Et alors là le pourquoi, on peut s'en aller dans plein de directions, on ne sait pas si on aura raison et à quoi ça servira de toute façon. L'autisme c'est carré.

Ce serait l'image que tu en aurais?

Ouais, ouais. Il peut aussi être pas très joli et à quinze ans avoir des couches, manger comme un porc. Ce n'est pas parce qu'il va savoir s'habiller, c'est un registre, tu sens qu'il a l'intelligence qu'il comprend tout ce qui se passe, qu'il est là et qu'il est pas là en même temps, il y en a un des gamins je n'ai jamais croisé son regard bleu presque transparent, tu le regardes tu ne le vois pas et il ne te voit pas, la voie d'accès directe au cerveau et à la personnalité tu ne l'as pas. Donc un jour il s'est fait mal, il saignait et là il est venu et vraiment il m'a regardé, c'était vraiment "au secours fais quelque chose" il y avait une marre

de sang derrière, depuis ce jour nos regards se croisaient de temps en temps mais il n'était plus vide son regard, il y avait quelque chose qui s'était passé.

Ces enfants ont des comportements complètement différents suivants avec qui ils sont. Le gamin qui s'automutile il ne peut pas sortir, il ne supporte pas de sortir, le ciel lui tombe sur la tête. Il ne peut pas ou alors c'est avec ses couvertures, etc et quand le moniteur de sport l'emmène promener il sort sans rien, juste un manteau. Ils sortaient une demi heure donc c'est complexe comme histoire, tellement complexe que personne ne comprend rien. Il y en a qui aimeraient bien que ça passe pour un handicap, ça rassurait les familles et tout le monde tandis que là on sait vraiment pas d'où ça vient et à mon avis il faudrait réfléchir beaucoup plus loin.

INTERVIEW N°6 Mme S., institutrice spécialisée dans une CLIS depuis vingt deux ans.

J'accepte de recevoir les gens et de remettre en cause mon travail, c'est comme ça que je le prends et c'est comme ça que je pense que je peux avancer par rapport à ces enfants qui auraient une tendance à nous bétonner et à nous coincer dans une pratique, des répétitions et moi je reçois des stagiaires, du monde dans la classe, j'ai l'impression que je fais entrer le tiers. Tout le temps ça été ma préoccupation principale dès lors que j'ai fonctionné avec eux.

Donc on va reprendre l'histoire du fonctionnement. Il y a 25 ans j'étais là, j'ai été nommée dans une classe de perfectionnement qui était une classe avec un profil d'enfants difficiles, scolairement compliqués et il y avait dans ce groupe d'enfants une petite fille complètement hurlante du matin au soir et qui m'a mis le pied à l'étrier ; c'est à dire elle détruisait systématiquement tout ce que je faisais et bon c'était insupportable mais cette petite était attachante et j'ai toujours ressenti qu'elle avait quelque chose à la fois d'horrible et d'aimable. Voilà ! alors quand c'était l'horrible elle passait dans le couloir. On avait donc avec cette petite fille des relations que je peux analyser maintenant mais elle avait une idée c'était de détruire ce que j'apportais dans la classe, systématiquement ça lui était insupportable et elle hurlait, elle aurait pu me faire devenir folle au sens où elle détruisait les marionnettes que j'avais confectionnées le dimanche, elle avait une stratégie de mise au pas, enfin je ne sais comment. Ce qui a de sûr c'est que là j'ai commencé à penser que je pouvais hurler contre cette enfant, c'était impossible, je pouvais la frapper, c'était pas possible et elle cherchait tout ça et donc elle m'a interpellée très profondément, très immédiatement. J'ai commencé à ouvrir la porte de la classe, donc je fonctionne depuis 25 ans avec la porte ouverte. C'est cette enfant là qui m'a fait penser que j'allais devenir folle et que j'allais être "dégénérée" si je n'avais pas quelque chose dans la pièce qui fasse la séparation et pour moi ça été la porte ouverte. Et comme elle hurlait trop là, je la mettais dehors et je fermais la porte et paradoxalement elle restait accrochée dans le couloir, elle ne fuguait pas et elle commençait à se taire et elle était attentive à ce qui se passait dedans. Et alors dès qu'elle était plus calme, j'avais pas encore trouvé de stratégie, je la faisais rentrer et de nouveau c'était la guerre, c'était l'horreur et elle passait son temps dans le couloir. On a eu une année comme ça et puis elle était très intéressée par ce qui se passait dans la classe et petit à petit elle a supporté de ne pas détruire, de ne pas hurler et au bout d'une année c'était bien à tel point qu'il y avait un placement envisagé et qu'elle est restée dans l'école. J'étais encore... c'était la première enfant problématique, alors à la suite de cela, la psychologue scolaire m'en a amenées d'autres, voilà, c'est comme ça qu'au bout de 5 ans c'est devenu une classe avec des pathologies très très lourdes. Je ne savais pas à l'époque ce qu'était un enfant psychotique, un enfant autiste, je ne savais rien du tout de ça, mais j'avais été

sensibilisée parce que j'avais fait mon stage de formation à l'hôpital. Un des stages, je l'avais fait au Val des Prés, c'était le service pour enfants qui était un service fermé, qui était un service horrible, il y a 26 ans, c'était un service horrible parce que c'était la psychiatrie à cette époque là. Mais c'était un service où l'on faisait beaucoup de travail sur le son de la voix de la mère à travers l'eau et avec des enfants extrêmement handicapés qui restaient dans le lit, qui étaient des monstres. J'ai assisté à ces expériences du rapport de la voix de la mère et de l'émotion de l'enfant et j'ai été bouleversée. C'est peut-être là que j'ai pensé que c'était très important qu'on parle aux enfants. Et le visage de ces monstres, parce que c'était vraiment dur, s'illuminaient et il y avait quelque chose de l'ordre de la magie. Moi j'ai été très bouleversée par cette expérience et très bouleversée par l'enfermement, voilà. J'ai vu des enfants attachés aux radiateurs, on pouvait pas faire autrement. On sort de la vie, on débarque dans ce monde là, on est très interpellé quelque part, c'est très douloureux et c'est tombé dans la période où il y a eu tous les anti psychiatres qui disaient des choses qui ont de la valeur et bon ils sont peut-être très extrémistes mais ils ont eu de la valeur pour moi à ce moment et peut-être que la première enfant qui est venue dans cette classe s'est trouvée conjuguée avec ça et je pense qu'il y a eu quelque chose de très enraciné là et ce qui faisait renoncer B. à ses hurlements c'était la parole, c'était ce qu'elle entendait de la voix de quelqu'un. ça se ré-entend toujours actuellement car c'est devenu une méthode de travail, une pratique pédagogique, je mets les enfants dans le couloir quand ils disjonctent parce que c'est la maison des enfants et ici ce n'est pas la "follerie" donc on ne peut pas faire le fou, "si tu ne peux pas faire autrement tu vas dans le couloir, je ferme la porte, et si tu veux rentrer dans la maison des enfants, tu frappes et tu dis, j'ai décidé d'être un enfant". même les enfants qui ne parlent pas, on demande de toquer. et c'est nous, je travaille avec une dame qui m'aide, et c'est nous qui sommes derrière la porte et bon quand ça toque on ouvre et on dit "est-ce que je peux comprendre que tu as décidé d'être un enfant?" et quelques fois c'est "non mais" donc on referme la porte et ça peut durer un jour et demi pour un enfant qui parlait, qui parlait et qui disait je veux mon bureau, je veux mon cartable, mon crayon, on rappelle "tu sais ce qu'il faut dire si tu frappes" c'est que tu veux rentrer travailler, c'est donc que tu as décidé d'être un enfant, il faut le dire et on est dans des résistances, on attend. et cet enfant est resté là. Alors après la porte a été analysée autrement, c'est le seuil, c'est le dedans, le dehors, c'est des notions qui n'appartiennent pas à ces enfants et puis c'est le seuil pour les familles qui n'ont aucunement le droit d'entrer dans la classe quand les enfants sont là. Ils attendent dehors, ils frappent à la porte et ils attendent et quand ils rentrent je les mets dehors, voilà, c'est vraiment le lieu des enfants. Alors après cette rencontre avec cette petite fille, la classe s'est emplie d'enfants difficiles et ça été dur parce que je n'avais pas de connaissances théoriques de la maladie mentale mais en fait peut-être je pense que personnellement j'ai une certaine tranquillité qui fait que même quand c'est le bazar je ne me sauve pas et je suis toujours un petit peu en dessus des enfants. ce qui fait que je crois qu'il y a quelque chose sur lequel ils s'appuient, une sorte d'appui même si c'est difficile et ils savent que je ne m'en vais pas et ça ils le savent d'entrée de jeu. la première rencontre avec un enfant, l'enfant part et il y a quelque chose qui s'est déposée là. alors c'est la dessus que j'ai travaillé après.

Combien y a-t-il d'enfants dans la classe?

Entre douze ou quatorze. Le manque de moyens fait que l'on est pas beaucoup et qu'ils sont bien obligés de lâcher un peu les verrous, c'est ce que je constate. La pénurie de personnel, on est deux avec l'assistante maternelle pour gérer vingt six heures par semaine avec quatorze enfants, ça fait peu, ça fait un seul projet par contre, c'est moi qui suis garante du projet et qui l'élabore et la dame vient travailler dans ce projet c'est à dire qu'elle donne ses deux mains, ses deux pieds puis son corps pour contenir et voilà et puis elle assume

bien dans la journée. Mais il n'y a pas une multiplication des règles dans ce lieu là, c'est à dire que c'est toujours le même règlement, on se heurte toujours au même cadre, c'est là dessus que les enfants vont buter, c'est là dessus qu'ils vont renoncer en gros parce qu'effectivement le projet c'est quand même "si tu veux t'approprier de la langue il faut que tu renonces à ton petit cinéma personnel, celui qui t'empêches de rentrer dans la culture" voilà en gros.

Quelles sont les pathologies des quatorze enfants?

Il y avait six enfants autistes, en gros hein, il y en avait quatre sans langage, des enfants qui sont sortis de l'autisme dans la classe petit à petit et qui sont arrivés pour une à la lecture. Et des enfants psychotiques, et est-ce qu'il y avait un enfant trisomique, je ne sais plus, je vais regarder dans ma liste de noms, j'ai oublié (rires) j'ai pas tout à fait oublié parce que j'ai quand même rêvé à eux (rires). Je rêve à eux en fin d'année et c'est terrifiant. J'ai des rêves monstrueux par rapport à mes élèves et toujours ... et là je repère tout ce qu'ils demandent de contention et de renoncement pour le maître parce que c'est vrai que j'ai des rêves d'une violence! je les tue, je les noie. Et alors ça ne se dit pas pendant l'année, ça se dit pendant le premier mois des vacances, très régulièrement. Je pense qu'il y avait un enfant trisomique, il y avait une petite fille qui avait des problèmes qui a une maladie de Bourneville (un problème de prolifération de cellules dans le coeur), à la naissance ils ont beaucoup de mal à vivre et au sixième mois ils deviennent épileptiques, donc avec tous les problèmes psychologiques que ça peut entraîner mais ce n'est pas un enfant psychotique ou autiste.

Les enfants restent longtemps dans la classe, moi je préfère qu'ils rentrent quand ils sont très jeunes, ce qui fait que effectivement les présupposés que j'avais sur le langage quand on les met en pratique, quand on décide de parler à ces enfants, ce que j'ai constaté comme si c'était des enfants qui comprenaient tout parce que je sais qu'ils comprennent tout, j'en suis persuadée maintenant eh bien le langage à un moment ça bascule, à un moment il y a quelque chose de l'ordre.. eh bien le désir parce que ces enfants ont du désir même si ça se voit pas, je le sais maintenant et ces enfants arrivent un jour, on ne sait pas comment ça se passe mais ça se passe. Alors c'est vrai ce sont tous des enfants qui ont tous des thérapeutes. Pas n'importe quels thérapeutes, je crois que ça c'est aussi important, ce sont des gens qui sont vraiment dans l'archaïque du sujet, qui entendent des choses de l'archaïque du sujet et qui peuvent faire des nouages. Ce qui fait que ces petits enfants retrouvent du sens. Et les thérapies ne sont pas longues et c'est là où je suis en opposition avec l'hôpital de jour, les thérapies sont d'une demi heure deux fois par semaine et c'est tout.

Les enfants sont en général heureux de venir dans la classe, sauf un petit garçon qui est rentré dans la classe hurlant et qui parle maintenant, qui est capable de demander tout ce qu'il veut, il veut emporter des jeux de la classe chez lui, il ne peut les obtenir que s'il les nomme et il s'est conformé à la règle. Y'a tout à fait cette stratégie d'une mise en place "d'accord mais tu rentres dans le langage, tu rentres dans l'humain, tu es un enfant humain" c'est peut-être le principe de la classe, c'est à dire que j'ai été bouleversée par les expériences de Deligny et tout ça, ça m'a touchée mais je ne peux pas m'inscrire moi en tant qu'enseignante dans ce type de démarche par rapport à ces enfants, il me faut, bon pour moi c'est la lecture, enfin la parole, les contes, on travaille beaucoup avec ce qui peut faire sens, sans ce que je sache vraiment ce qui fait sens dans le mystère du sujet, on ne sait pas mais voilà plutôt que de rouler des P.s. Parce que fondamentalement on ne peut pas se soustraire au destin qu'on a, on est pas des enfants de lapin ou de chat, on est nécessairement dans le langage même si on veut pas l'utiliser pour X raisons et ça c'est pas mon problème, je leur dis, c'est ici que votre père a choisi l'école parce que ça se fait au choix, les parents choisissent la pédagogie donc je peux leur dire tout à fait sans mentir

"vos parents ont choisi ça, ils sont responsables de vous, c'est comme ça qu'ils veulent que vous grandissiez, si vous n'êtes pas d'accord avec ce projet vous en parlez avec votre père, moi je suis payée pour vous faire travailler et avancer" et ça ils l'entendent très bien et après on construit la classe pour qu'elle soit accueillante, pour qu'il y ait un intérêt, pour que ce soit un espace heureux, vous voyez?

Il faut les attirer.

Oui. Il y a toute la séduction qui va rentrer, voilà. Mais la séduction des contenus, c'est à dire faire en sorte que l'enfant rencontre son intelligence qui est souvent pertinente et que cette intelligence se risque à perdre les stéréotypes et puis à aller un peu plus loin. Et vérifier, on est toujours dans la vérification quand en laissant tomber on ne tombe pas, laisser tomber quelque chose ce n'est pas soi-même être dans la chute. Et du coup on met en place la lecture parce qu'à l'école on s'occupe de la lecture, des mathématiques, alors un emploi du temps extrêmement classique. Le matin on rentre, c'est du travail obligatoire, les enfants n'ont pas le choix. Donc, ils ont de la poésie en entrant, ça fait un espace de langage, je choisis de la comptine aux poèmes compliqués. Je relis ces poèmes quatre à huit fois, soit un poème dure, enfin je choisis une série il y en a qui durent quinze jours scolaires et certains quatre matinées seulement. Là je répète, c'est un moment où l'on demande même aux enfants hurlants de se taire. Vous voyez quand ils rentrent... mais maintenant ça va mieux les rentrées mais je vous dirais aussi que maintenant ça a changé, c'est à dire que je recevais des enfants très sauvages, jamais soignés qui avaient échappés ou qui étaient passés par les écoles maternelles, c'était l'horreur et qui arrivaient hurlants dans la classe et il n'y avait pas eu de diagnostic, il n'y avait rien eu, des enfants sauvages! c'était très compliqué mais on faisait taire, donc la dame qui travaille avec moi se met près de celui qui hurle, l'entoure, ce qui fait que ces 10 minutes arrivent à être très tolérables. Ensuite on s'occupe de l'emploi du temps, on met la date, donc chaque enfant à chaque niveau a des moyens pour mettre la date. Ils gèrent un calendrier du temps donc on a ce panneau réservé, jour, le numéro du jour, le mois, la saison; il y a aussi une partie qui est numérique donc on le dix huit juillet 1996 pour les enfants qui ont un niveau plus élevé, et pour les petits il y a seulement le jour. ça prend 10 minutes tous les jours. On a un emploi du temps affiché donc il peut changer tous les jours et il y a un enfant qui est chargé de déplacer le curseur dans la journée,. et du coup s'il est marqué mathématiques on a pas le droit de faire de la lecture, a la fois pour les enfants c'est un cadre et pour moi c'est un contrôle, ça m'oblige à sortir, à faire mon travail d'institutrice.

Chaque enfant à tour de rôle déplace le curseur?

Pas à tour de rôle, quand il est capable, quand il a assez vu, parce que les enfants autistes arrivent et qu'ils se bouchent les oreilles et les yeux, bon ils sont capables de rien du tout mais ça n'a pas d'importance, ce sont les plus grands dans la classe qui assurent les tâches matérielles et petit à petit ceux qui se bouchent les oreilles regardent et font et deviennent un peu les maîtres de la classe et ils font tourner la maison. Comme ils gèrent le téléphone.

Ah, bon?

ça sonne il y a un enfant de service et son service dure un mois. Je dois dire "Bonjour, à qui voulez vous parler, voilà je vous la passe", ça ce sont les mots du code. Mais il y a certains enfants qui en rajoutent ou qui ne peuvent pas. Mais c'est une obligation, et comme c'est pour faire tourner la classe même s'ils font la tête, ils y vont et puis ça se passe pas si mal que ça. On s'occupe du calendrier du temps et après on travaille sur la lecture alors là... cette année ça été très difficile parce que je pense que la lecture c'est un espace de

sens mais qu'il faut se coller avec une technique et cette année la technique on en a pas beaucoup fait parce que les enfants étaient complètement résistants. C'était très compliqué de faire de la décomposition, du travail avec les syllabes. Par contre, on écrit des histoires. J'écris beaucoup et je leur demande de déchiffrer au fur et à mesure et c'est comme ça qu'ils apprennent à lire. Parce que dès qu'on met en place des stratégies de lecture très ordinaire, il y a un refus, un blocage, ils ne peuvent pas regarder leur cahier, ils ne peuvent pas regarder le tableau. Une petite fille a appris à lire sur le cahier de son voisin, à l'envers. Elle regardait pas son cahier, je pense que c'est un objet phobique, je ne la force pas, elle en a un, elle doit l'emporter chez elle au cas où elle veut lire donc elle l'a mais pour apprendre à lire... quand j'ai compris, j'ai donné des textes compliqués au voisin. Je me suis dit elle voit tout à l'envers c'est pas bien donc je me suis décidée à les mettre côte à côte ça marchait moins bien alors je l'ai remise à l'envers en me disant c'est elle qui apprend à lire c'est pas moi, elle se débrouillera bien. Aussi ça fait renoncer chez l'enseignant à des stratégies qu'il peut penser bonnes. Les enfants montrent qu'il y a d'autres façons de faire donc voilà. Cette petite fille lit bien maintenant et de très grands empans et elle saute tout ce qu'elle sait lire et elle lit fort ce qu'elle n'arrive pas à lire, alors ça laisserait supposer qu'elle ne lit pas, or, elle est capable de répondre au questionnaire. Voilà! En lecture on se heurte à toute la problématique de l'enfant psychotique qui ne peut pas laisser tomber les choses, qui ne peut pas découper. C'est vraiment très problématique mais je me sers justement, on fait beaucoup de travail avec ceux qui lisent, de phrases toutes accrochées où je demande de faire des césures, c'est infernal mais on a tous les jours un exercice comme ça. En fait, je ne travaille pas dans ce qu'ils savent faire mais dans ce qui les embête, les empêche et on va apprivoiser ça, on va essayer de voir comment on peut faire et on va se laisser aller à faire et c'est très dur. Mais ils ont cette capacité de laisser, d'abandonner et peut-être aussi c'est ce qui fait la richesse de ce lieu parce qu'ils sont très contents de venir à l'école même si c'est très dur ; je pense qu'ils sont capables de et du coup ce sont les enfants les plus heureux de revenir à l'école après les vacances, je peux vous dire dans toute l'école! c'est un lieu tendre, je ne suis pas affectueuse avec les enfants, je ne suis pas "bisouille", on ne se fait pas de bise, il y a des distances, on n'a pas le droit de toucher le corps de son voisin, c'est pas dans la fusion, je pense que c'est dans le culturel(*). Après la lecture, on met en place, selon ce qu'ils ont, le petit P. avait un truc très répétitif de mots, enfin il avait trouvé tennis, son père avait des tennis mais ça a duré! et au bout d'un moment j'en ai marre d'entendre ce mot, alors je dis mais tu sais pour marcher il n'y a pas que des tennis, tu vois Mme Untel elle a des escarpins, des bottines et on prend le catalogue des trois Suisses et on découpe les bottines et on colle sur le cahier et on écrit des bottines. Bon on a mis tous les noms des chaussures, après c'était la casquette et à partir de ce mot on a enrichi le vocabulaire. Donc, chaque enfant selon ce qu'il est, on monte un livre de vocabulaire et on arrive à des phrases "P. ou le papa de P. a des tennis ou une casquette ou son papy n'en a pas" donc on fait fonctionner la langue et ce sont des cahiers qu'ils emportent, qui sont à eux, leur objet. La lecture ça va du mot ou de l'intérêt à des livres du CM1 ou du CM2.

Pour les enfants qui ne parlent pas?

Je présuppose que ce que font les autres les intéresse. C'est une hypothèse mais je crois qu'elle peut être vérifiée. Dès lors qu'il y a du calme et puis des choses intéressantes qui ont du sens, ils sont portés par la philosophie aussi, ils ont le sens des affects la vie, la mort, on parle beaucoup de ces choses là, eh bien ça les intéresse. J'ai beaucoup lu les contes de Grimm et j'ai commencé avec un enfant dans le texte et j'ai lu des histoires qui duraient trois quarts d'heure, c'était un enfant hurlant, je pense qu'il passait une période de rêve, il avait un rapport avec la mort qui était phénoménal cet enfant, il fallait bien désamorcer et j'ai lu des histoires de rêves, de cauchemars, de dévoration de l'autre et au

bout de trois quarts d'heure moi j'étais épuisée mais l'enfant était complètement serein. Donc c'est des expériences qui ont fait que j'ai construit la classe et comme je n'ai pas rencontré toutes les pathologies, je partirai et il y aura encore à construire (rires). C'est beaucoup à partir des affects qui sont en eux et qui les empêchent de grandir parce que je pense que ce n'est pas l'enfant, je pense que c'est refoulé d'une façon tellement formidable mais que le fait d'en parler à tous, et c'est aussi la différence avec une thérapie parce qu'ici on fait pas de thérapie par contre c'est thérapeutique mais on ne fait pas de thérapie. Mais je parle à tous les enfants de tout, quand il y en a un qui pose problème je parle de son problème devant tous et ça fait... la petite E. je vais vous dire ce qu'elle a fait, elle a passé 6 six ans ici, c'est donc très dur pour elle, la séparation est dure, on a choisi un collègue à F., on a fait tout ce qu'il fallait, elle sait qu'on pourra se réécrire et malgré ça c'est difficile. Et un matin, elle avait un stage de présélection dans un autre établissement parce qu'on n'était pas sûr que la solution du collègue fonctionnerait cette année, elle est revenue, elle n'a rien dit du stage mais elle a beaucoup pleuré, elle a été dans l'impossibilité de se mettre au travail dans la semaine qui a suivie, j'ai pensé que c'était dur pour elle. Et le vendredi, je l'ai secouée ça faisait le quatrième jour, en lecture ça n'avancait pas alors je la secoue et je lui dis "tu es ici pour travailler, je veux que tu travailles!" alors je ne pense pas qu'elle se soit levée mais moi je l'ai vue se lever et je crois qu'elle est restée assise, elle a dit "je sais bien que je ne vauds rien". J'étais complètement bouleversée car d'abord c'était mon intention d'éveiller ça, alors je lui dis "pourquoi dis tu ça?" elle me dit "je sais pas mais je sais bien que je ne vauds rien" je lui dis "tu vauds bien quelque chose puisque tu viens à l'école... tu le dis peut-être par rapport à ton frère et à ta soeur, elle a un frère et une soeur qui sont brillants", elle me dit "oui c'est ça, c'est ça" "peut-être bien que tu ne vauds rien par rapport à eux mais ils n'ont pas été malades comme tu l'as été, ils n'ont pas le courage que tu as eu pour te battre comme tu t'es battue pour apprendre à lire comme tu sais lire, alors effectivement c'est vrai mais tu n'as pas à avoir honte de ce que tu es". J'ai pensé qu'elle s'était rassise mais elle a dû recommencer à lire et on y est pas arrivé pour autant. L'après midi je ne suis pas là, je suis à l'académie et la dame qui travaille reste avec eux et la petite recommence à pleurer. La dame lui dit "tu en parleras à Mme S. lundi quand elle reviendra, rappelle-t-en bien" et puis le lundi on avait pas fait un quart d'heure de classe qu'elle recommence mais pour rien, elle s'est effondrée et là je lui ai dit "peut-être tu as tellement de chagrin que tu penses que tes parents ne t'aiment pas? parce que tu es trop handicapée et qu'ils ne t'aiment pas?", elle m'a dit oui, je lui ai dit "écoute, je crois pas parce qu'ils n'auraient pas choisi cette école s'ils ne t'aimaient pas". J'ai téléphoné à sa thérapeute à midi, parce qu'elle y allait le soir, et je lui ai dit elle est dépressive, ça va pas, elle est rentrée en thérapie et elle a dit "ah, je suis heureuse!". Je pense que ce que j'ai dit ça a servi pour tous les autres et ça c'est dit devant tout le monde. Si c'est le problème de l'enfant, il le prend, si c'est pas son problème il le laisse. Donc ça c'est une philosophie de la classe et après ça, moi je construis des textes avec des histoires tous ces peut-être si ou ça et ce sont des textes du sentiment. Choses qu'on peut écrire sans danger et on n'en meurt pas puisqu'ils vont jouer à la récréation, donc ils vérifient et je pense qu'ils sont soulagés... on peut travailler avec les ciseaux "colère" et voilà.

Après on descend en récréation, je prends vingt bonnes minutes parce que j'ai besoin, je suis avec eux en bas mais je bois mon thé, je regarde, je suis là mais je ne m'en occupe pas et ils vivent avec les autres enfants. Je suis là aussi pour les faire respecter parce que pour d'autres enfants ce serait facilement des têtes de turc, ils soulèvent des choses tellement violentes, et on le comprend, donc ils sont dans la cour et essaient d'avoir des relations. C'est pas toujours facile surtout quand les stéréotypies sont marquées, c'est effrayant pour les autres. Bon, ça s'atténue comme ils vont mieux et le regard des autres

devient différent. Ils ont un bon espace de vie dans l'école, des relations sociales, à tel point que cette année les CM2 ont décidé... là vous voyez c'est aussi un autre aspect du manque de moyens, on va au festival du conte, on est inscrit toutes les années et la dame qui travaille avec moi, le jour du spectacle n'est pas là et moi je vais voir le directeur et je lui dis "je ne peux pas sortir je suis toute seule". Il me dit: "je vais voir avec mes élèves si on peut t'accompagner". Il y a eu cinq enfants qui sont venus chercher un ou deux élèves de la classe, ils étaient responsables, ils se sont mis ensemble et ils sont venus me dire à la fin du spectacle : la petite S. elle a dit "ai peur" c'était une petite fille qui ne parlait pas au début de l'année. Et après ces grands m'ont interviewée sur qu'est-ce que c'est que ces enfants. Y'a des choses qui se passent dans la tête de ces enfants. Je pense qu'il y aura plusieurs enfants qui seront psychologues ou médecins des âmes parce qu'il y a plusieurs enfants qui ont montré de l'intérêt.

Après la récréation il y a mathématiques. Et alors c'est la "galère" mais on en fait quand même. Alors là, j'ai trouvé des stratégies, ça m'a fait travailler sur les mathématiques qui étaient une matière que je n'aimais pas beaucoup quand j'étais étudiante, et j'ai développé là, tout un travail de recherche sur les manipulations, sur la mise en place de jeux et en fait, on fait quand même une heure de maths par jour. On arrive à construire le nombre, pour certains la retenue, des petits problèmes. On a un atelier de mathématiques permanent où il y a sur la table toutes sortes de choses, chaque enfant va à son rythme et je sais ce qu'on va faire pour lui, ce qu'on va mettre en place mais ça je n'ai pas le temps d'écrire, c'est pour ça qu'il ne faut pas être malade dans cette classe, je n'ai pas le temps d'écrire tous les programmes des enfants et comment il faut s'y prendre. Moi je sais, la dame qui travaille avec moi commence à bien savoir et c'est vrai qu'il faudrait cinq heures après pour rédiger tout ce qu'on a fait, on a pas le temps, je passe beaucoup de temps à préparer dans la classe, donc je n'ai pas de temps d'écriture, je le regrette, mais comme je ne suis pas dans la recherche. Donc après on va manger avec les enfants. Je mange à la cantine avec les enfants, ils ne sont pas mélangés tout de suite quelques fois ils ne le sont pas du tout, et cette année on a terminé l'année avec moi j'ai récupéré les enfants sots de la cantine et en échange certains de mes élèves sont allés manger ailleurs en se tenant tout à fait bien. C'est vrai que le repas est problématique parce qu'il y a des petits qui ne savent pas manger, il y a des petits qui engloutissent, donc il y a ... c'est difficile, à ce moment là, nous sommes deux, la dame qui travaille avec moi prend une pose à midi et c'est une jeune employée municipale et c'est pas toujours bien, on est deux pour douze enfants et c'est athlétique quand même. Alors pour certains enfants, je pense à P. qui n'avait jamais mangé, à part du lait jusqu'à six ans à qui il a fallu donner à manger à la fourchette tout de suite le premier jour. Et au bout d'une semaine il mangeait, la mère n'en revenait pas. Sans serviette, car pour les parents c'est certainement très difficile d'avoir un enfant comme ça et il fait ce qu'il veut et mettre une serviette pour lui! et ça c'est aussi, un aspect où l'on parle de la jouissance de l'enfant, que c'est bien quand on enquiquine tout le monde et ici c'est pas possible et que si on veut pas manger avec la serviette à la maison c'est pas mon affaire mais ici c'est comme ça et bien sinon on vient pas à l'école et du coup, et là je sens le désir et moi je travaille là dessus, que je sens chez tous les enfants de la classe très fort aussi fort que dans une autre classe. Les premiers points de résistance que j'ai eus avec les enfants il y a très longtemps, c'était un enfant qui était livide, il était blanc et ne mangeait que ce que sa mère lui donnait, c'était le début où je commençais à réfléchir là dessus et j'avais demandé un entretien avec un médecin de l'hôpital qui m'avait répondu : il faut le laisser ne pas manger, et moi je n'étais pas tout à fait d'accord là dessus, j'ai dit je vais réfléchir et puis on est parti en classe verte et à la suite de cette classe verte j'avais dit je ferais le bras de force. Je lui ai dit "nous on a très faim, très envie de manger, je sais que tu n'as pas envie,

que ça te déplaît complètement alors je vais te proposer une chose, tu vas rester dehors et nous on mange, je te verrais à travers la fenêtre mais je ne veux pas que tu rentres au réfectoire, c'est non" et là il a cessé de taper et a voulu rentrer alors je l'ai mis à table, bien entendu il n'a pas mangé, je l'ai donc remis dehors, "on est à table c'est pour manger, alors si tu frappes à la porte, moi je comprends que tu viens manger". Au bout des trois semaines de classe verte il a mangé mais ça été l'enfer et alors il s'est produit un miracle parce que vraiment il y a une dame de service qui n'était pas là dedans, il était rentré dans le sas du côté de la cuisine ; elle lui dit "pour manger c'est dans la salle à manger, ici tu ne peux pas venir alors tu sors!" Alors ça a concouru. Il a continué de manger, le thérapeute a beaucoup repris ça et c'est là où je suis différente de l'hôpital où on laissera ne pas manger un enfant qui ne veut pas manger, je sais pas, mais moi je peux pas parce que c'est pas l'hôpital, c'est un lieu de rencontre où les enfants mangent. C'est comme ça que je fonctionne en pédagogie, c'est toujours "tu es capable de, il suffit de te pousser, tu vas voir" et puis quand on a des problèmes, on a quelqu'un à qui en parler, c'est pour ça je pense qu'il faut être très très relié et pas nécessairement un hôpital de jour parce que ces enfants ont besoin de paroles et c'est là que ça va s'articuler.

Les thérapeutes vous les rencontrez?

C'est pas institutionnalisé, quand je coince, je téléphone, quand je suis en manque d'imagination pour un enfant je téléphone au thérapeute je dis "je suis au bout, j'ai besoin de vous le dire" et quand j'ai pratiqué ça, ça débloque les choses mais j'ai besoin de le dire au thérapeute, j'ai l'impression qu'on est tellement sur la même galère, voilà, les thérapeutes mais je crois que c'est réciproque parce qu'on a des relations d'égalité en quelque sorte, on est à des places différentes mais à des moments... quand j'ai eu une thérapeute qui disait heureusement que vous continuez parce que moi je suis au bout et on sent que c'est un relais qu'on se passe, du coup on a pas besoin de beaucoup se voir. On s'en parle beaucoup au début et ensuite c'est quelque chose qui va, sauf quand il y a des problèmes de mort, quand je sens qu'un enfant appelle la mort (quand un enfant se remet à se manger les doigts) je dis la mort parce que elle est revenue des vacances, c'est terrible les vacances pour elle, c'est une enfant que j'épaule même pendant les vacances, c'est la seule enfant pour le moment qui ait mon téléphone sinon ils ont le téléphone après quand ils sont partis de l'école mais jamais pendant qu'on fonctionne à l'école sauf pour cette petite fille qui quand elle est à bout d'être sur son lit, de balancer les pieds, c'est sa seule activité des vacances, elle est tellement terrorisante, rien ne peut s'organiser, elle arrive elle a tous les doigts mangés à l'os. Voilà, par exemple au bout d'un moment c'est infernal et cette année j'ai mis un sens interdit avec un marqueur indélébile sur les deux mains, sans rien dire du tout parce que je lui ai dit qu'on pouvait pas atteindre à son corps, ça porte pas donc je me suis dit, on va à l'élémentaire de l'interdit et chez nous c'est un sens interdit et j'ai eu besoin de téléphoner à la thérapeute pour savoir si j'avais pas fait une bourde et non, ça lui permet de ne pas se manger. Donc le mardi soir elle part avec ces deux machins et le vendredi soir aussi et ça résiste au bain et ça la tient, bon alors tant qu'à faire même si c'est pas bien joli, même si c'est un peu fou (rires) pour moi si elle ne se mord pas c'est l'essentiel, donc voilà quand je contacte la thérapeute parce que je me dis là (rires) ... c'est insupportable de mort pour moi cette enfant puisqu'elle peut se laisser mourir, bon ça me renvoie à des prises de position extravagantes parce que je ne sais si à l'école un instituteur amène l'idée de ça. Donc en fonction de ma position d'institutrice, c'est quand même quelque chose qui me questionne.

Donc voilà, si on peut pas écrire, on ne peut pas mais on va quand même essayer. Alors là aussi comme il n'y a pas de matériel pédagogique pour ces enfants et puis somme toute j'ai beaucoup d'enfants comme ça, on retrouve des traits communs mais ils sont tous

très différents, donc il faut construire avec l'enfant le matériel qui lui convient. Et c'est vrai que je me suis même aperçue qu'il faut construire si on veut faire un tableau à double entrée, il faut le construire devant lui pour qu'il y rentre sinon ça fait partie d'un objet très volant qu'il n'investit pas. Donc, on construit un tas de choses qui ne sont valables qu'une année, que pour un enfant et puis je suis pas exigeante pour le travail "ça viendra, on a le temps", par contre dans le comportement je suis intraitable dès lors qu'il y a le moindre dysfonctionnement "c'est non" "c'est comme ça, tu ne peux pas" et c'est notre travail le plus fatigant. C'est le travail auquel on consacre 80 % de notre énergie, construire la classe c'est quelque chose mais alors ce travail de repérer un dysfonctionnement, quand les enfants recommencent à être dans leur système et tout, il y en a beaucoup, donc il faut repérer pour chacun. J'ai fait une formation l'année dernière et on m'interrogeait sur le plus difficile du travail, c'est de donner son appareil psychique aux enfants, de laisser cette latence en ayant dans le conscient qu'il faut travailler, avancer parce qu'on est pas là pour faire autre chose, parce qu'on pourrait s'endormir, ronronner avec les enfants, donc ça c'est non, c'est aussi l'intérêt d'une classe dans l'école, puisque moi je suis portée par mes collègues, c'est l'école elles avancent, quand on discute dans la cour, elles avancent un programme et puis moi je suis obligée d'avancer le mien, je peux pas faire autrement donc j'ai besoin de mes collègues pour me tenir là dedans, et puis le plus difficile c'est d'avoir ce clivage entre un appareil conscient et inconscient, cette partie qu'il faut laisser complètement flottante et mobile pour repérer les dysfonctionnements et puis les états de souffrance et les choses comme ça, pour que nous sur le plan scolaire on puisse récrire un mot, faire un jeu avec des étiquettes avec ces mots là, chercher sur le dictionnaire, c'est ce travail le plus difficile. Mais c'est aussi un travail qui ne demande pas qu'on soit beaucoup d'adultes, au contraire en étant beaucoup on serait plus dans du faire, du remplissage, ce qui fait je pense que pour les CLIS si on veut qu'elles fonctionnent, il faudrait qu'il y ait six enfants, pas plus, pour qu'on ne multiplie pas les intervenants dans la classe mais qu'on laisse le maître, maître d'oeuvre de son projet. Je ne sais pas si l'administration est capable d'entendre qu'il faut cet espace de flottement dans la tête, c'est pas un espace de paresse mais au contraire quelque chose qu'il faut bagarrer pour obtenir et il faut pas être sans projet mais il faut être aussi ailleurs. Une classe de douze enfants c'est difficile à gérer pour une jeune maîtresse parce qu'elle est mise personnellement à l'épreuve, elle est débordée et il faut accepter qu'elle soit débordée si on veut qu'elle tire de son fonctionnement les enseignements pour aller de l'avant. Il faut bien laisser les gens tâtonner mais pas se casser la figure, c'est pour ça qu'il faut les former, mais tout ce qui du mystère de la personne, que ce soit du côté de l'enfant ou du côté du maître, on est chacun dans son mystérieux, donc il faut bien voir comment ça fonctionne ce mystérieux quand on est dans la classe.

Vous avez eu l'impression que vous pouviez vous casser la figure ?

Quelques fois et même il n'y a pas si longtemps et même l'année dernière, il y avait un enfant qui a mis à l'épreuve tout un département, qui m'a mise à l'épreuve et j'avais décidé que ce serait lui qui avancerait et pas moi! que c'était moi la maîtresse ici mais j'ai ... il a fallu, on dit que j'ai de la bouteille mais moi je dis qu'il a fallu de la bouteille avec un "s" pour tenir, cet enfant qui montait sur la fenêtre, qui faisait du chantage au suicide, "je saute", et qui a été, enfin bon et qui était dans une demande de soin extrême, que les parents ne voulaient pas faire soigner, on se heurte aussi à tout ça. Qu'est-ce que vous faites avec un enfant comme ça? vous allez encore l'exclure d'une classe, le laisser encore dans cette jouissance? moi ça me pose question là, donc j'ai décidé que c'était moi le patron là. Alors ça été dur parce que c'était tous les jours, au point que je rentrais j'étais dans un état de fatigue que je peux vous dire ; on est parti à Paris avec douze enfants, notre voyage scolaire c'est constitué comme ça: un jour de février c'était tellement difficile de venir travailler que

je ... il nous en avait fait! mais à tous! il mordait les enfants, il donnait des coups de ... il avait toujours des clous, des choses pour faire mal aux autres, il me crachait dessus, je crois que c'est intolérable et j'avais, il nous mettait tellement à l'épreuve, il rentrait dans la classe et il faisait "sss!sss! ", le matin 8 h25. Et j'ai dit "si on partait à Paris ? qu'est-ce que vous en diriez? ça vous ferait plaisir?" "Oh oui!" "bon on va demander aux parents s'ils sont d'accord" et on construit ce voyage à partir d'un moment d'impossibilité, moi je pouvais plus venir en classe. Donc c'est un projet fou, emmener douze enfants fous à Paris, sans argent, sans rien mais c'était une folie contre une autre et il y avait quelque chose dans cette folie de construction qui nous faisait du bien, alors que l'autre nous mettait au tapis. Et on a fait notre voyage, et cet enfant a eu des soins. C'était un très bon voyage. Mais c'était un enfant qui aurait pu me faire disjoncter, réellement parce que c'était horrible, alors que vous donnez beaucoup. Il avait des têtes de turc, il fermait les enfants dans les W-C et il les tabassait jusqu'à ce que ce soit pas possible, jusqu'à les tuer! donc là j'ai pris le bâton mais là ça été dur, une épreuve extrême mais sa jouissance n'est pas sortie victorieuse, c'est lui qui est sorti victorieux d'avoir mis le pas sur le tigre. Je lui ai expliqué qu'il avait certainement un tigre dans le corps et que ce tigre avait vraiment un désir de puissance extrême, que c'était à lui de montrer qu'il était le patron de cet animal là. Et ça été le projet avec cet enfant et je peux vous dire qu'on l'a payé, mais lui c'était bien, mais ça été dur. Là, vous construisez votre travail, vous êtes embêtés tout le temps, vous pouvez pas mener une action avec un autre enfant. Par dessus le marché il était d'une jalousie! Chaque fois que vous étiez à côté d'un autre, il cassait le travail, c'était l'enfer.

Cet enfant n'avait pas de thérapeute?

Il en avait eu, ça c'était arrêté parce que les parents tiraient des quatre pieds. Si on a besoin, on remobilise. Dès que j'ai ressenti ça, on est arrivé au bout de trois mois alors que c'était dans l'urgence. Cet enfant dérapait mais comme il avait tellement évolué, on pensait que c'était gagné, or c'est jamais gagné avec ces enfants, c'est aussi ce que j'ai appris, il y a des moments où il faut reprendre, se ressourcer, refaire des choses. Il faut toujours être très vigilant, pointu, pas perdre son exigence par rapport à eux, pas perdre le regard qu'on a sur eux et déceler le moindre dysfonctionnement sans attendre. Parce que cet enfant avait une souffrance! moi je ne peux pas demander qu'on évacue un enfant de ma classe pour le mettre ailleurs alors que je sais que c'est pas le scolaire qui doit répondre là, que c'est ailleurs.

L'école a, à sa portée, le dictionnaire qui est pour moi l'outil le plus merveilleux, le médicament le plus merveilleux pour un enfant. Je vais vous raconter l'histoire de M. C'est aussi un enfant sur le départ, je le gronde en maths, et il me dit : "Mme S., tu ne me laisseras pas me désintégrer" et c'est un enfant qui était en constellation, on aurait dit un météore, il était toujours dans les planètes, très intéressé. Je suis bouleversée et je lui dis "mais non M. tu sais bien, si tes parents ont choisi la classe, c'est qu'ils ont confiance, ils t'ont donné à quelqu'un qui va t'aider donc je te laisserai pas te désintégrer" . Il a pleuré, pleuré, il est descendu en récréation, il a pleuré toute la récréation, personne n'a pu le consoler, et alors on a pris le dictionnaire et je lui dis : "on va regarder ce qui est marqué au mot larme". Et on a lu et ça été terminé. C'était formidable et c'est le dictionnaire là, j'étais désappointée, je ne savais pas quoi faire, j'ai dit bon je suis à l'école, mais je me le dis pas, ça vient comme ça, j'ai pris le dictionnaire, on ouvre et ça désamorçe, donc c'est bien le lieu où on fait ce travail là. Alors c'est sûr que c'est pas méthodique. Souvent je cherche mon point de référence pour ne pas basculer, on est quand même à l'école, c'est le langage, un instituteur c'est quelqu'un qui institue l'humanité, comment faire ça ailleurs qu'à l'école avec des enfants psychotiques ou autistes? on a perdu ça quand on est au C.P., quand on est parent. Quand

on mélange les soins, l'école, dans les institutions ça va pas. Moi j'ai besoin d'aller au primitif du sens, c'est quand on le donne aux enfants qu'ils le prennent.

Vous disiez tout à l'heure qu'ils vous envahissaient, le week-end aussi?

Oui, pour moi au début de l'année, le premier trimestre c'est l'enfer, je peux vous dire, j'ai même eu un enfant, un petit P., qui était en hôpital de jour et dont on ne savait pas quoi faire. On a donné un diagnostic d'autiste et il y avait pas pu avoir de projet pour cet enfant. Quand la famille est arrivée à Grenoble, ils sont venus me voir, l'enfant avait trois ans. J'ai dit que je ne pouvais pas recevoir ce petit garçon parce qu'il n'avait pas six ans, j'ai expliqué comment on travaillait. Elle me dit "ça serait bien si mon mari pouvait venir est-ce que vous nous recevriez ?". Donc je les reçois et ils viennent avec ce petit garçon qui me monte après les jambes et ça m'est insupportable, c'est peut-être là, la butée de mon métier c'est que je peux pas supporter, j'ai besoin de mon espace. Je lui dis : "tu sais ici je suis Mme S., c'est l'école et je ne dis pas bonjour aux enfants en les embrassant, on se tend la main". On a parlé trois heures, j'ai donné des légos à cet enfant qui n'avait pas fermé le bec depuis la naissance, il est allé s'asseoir il a écouté tout ce qui se disait, il a joué pendant trois heures et ces parents m'ont dit "c'est la première fois de notre vie avec lui qu'il est comme ça". J'ai pensé à une thérapeute quand il est parti et qu'il m'a tendu la main. Mais il n'était pas du secteur et il n'y a pas de travail qui a été entrepris. Il est revenu à six ans. Ce petit enfant est rentré dans la classe hurlant, dans une colère, je l'avais pas revu depuis ses trois ans, il n'avait pas grandi beaucoup, il était dans une colère phénoménale, il tapait tout. Je me suis dit "cet enfant a du désir, il a de quoi!" et alors petit à petit ... au bout du premier mois il disait "pin! pin!" et il hurlait et cassait tout, et mon bureau notamment où il y a un sens interdit et où on ne peut pas aller. Et il a voulu un cartable, les parents ont été réticents pour lui donner un cartable, ça été une affaire d'état. En fait la maman l'a emmené à Carrefour, elle lui a choisi un cartable parce qu'il voulait un cartable coloré, elle a pas voulu, elle lui a acheté un triste cartable. Il a quand même dormi quinze jours avec ce cartable, où on a mis le classeur. Il avait trouvé le bruit des anneaux, c'était infernal, je mettais le classeur sur un meuble, il prenait la chaise, il allait le chercher. Eh bien cet enfant, je suis descendue en ville, au bout d'un mois et demi, j'ai oublié mon cartable dans le car, il avait hurlé toute la journée, il m'avait vidée. Pour qu'on tienne les autres en dehors de ça, garder une enveloppe pour les autres, pour que lui puisse exprimer son bazar et que je comprenne des choses, je peux vous dire voilà! mais le premier trimestre il faut monter sa classe, répondre aux inquiétudes scolaires des parents. Je ne vais jamais chez les parents pendant que les enfants sont à l'école, après ils peuvent m'inviter autant qu'ils veulent, j'y vais. Et la seule transgression ça été pour la petite P., j'ai été atterrée, j'aurais mieux fait de ne pas y aller mais ça m'a permis de comprendre d'autres choses et de l'aider autrement.

Souvent le sentiment d'être vidée?

Vidée mais alors comment vous dire. Vidée du point de vue de la fatigue, du point de vue de la tête non. Ces enfants ne me créent pas de vide, au contraire ça me donne envie de lire et c'est eux qui me tiennent dans cette démarche là. Ce qui fait que je suis bientôt à la retraite et que je trouve que je n'ai pas travaillé beaucoup. J'avais pris une technique, comme je leur demande de laisser leurs affaires aux porte-manteaux, tout un temps j'ai porté une blouse, c'était une blouse très symbolique, le soir quand j'enlevais ma blouse, je disais je laisse tout ça ici.

Par rapport aux choses violentes?

La violence je l'ai ressentie d'une façon vraiment phénoménale quand il y a très longtemps, il y avait dans la classe une grande fille et une toute petite fille et donc on a les

lavabos au bout du couloir. Et K. avait emmené M. au lavabo, l'avait prise sous le bras et lui mettait de l'eau bouillante dans les narines et l'autre elle faisait rien. Et je sais pas comment je suis allée voir et j'ai eu une vision de tête fracassée contre le lavabo, une vision de sang. Et ça m'a tellement impressionnée qu'à 11 h 30 j'ai téléphoné au médecin chef des V... et je lui ai dit il faut que vous me receviez, alors je ne le connaissais ni d'Eve ni d'Adam, et il m'a rassurée sur ce qui n'était qu'un fantasme en fait. Là, j'ai eu vraiment l'idée que je pouvais tuer un enfant et que c'était de l'ordre du possible et quelque part cette vision ça n'a jamais disparu, c'est à dire, c'est vrai qu'après le travail théorique de la construction de l'autre, ça aide à supporter l'insupportable et je pense aussi que la formation des instituteurs ne doit pas être qu'une formation didactique, ça doit être une formation sur la pathologie, qu'est-ce que c'est que l'autre puisqu'on est toujours interpellé dans cette place là. Est-ce que l'autre existe chez un psychotique quand il nous dit "enculé", quand on sait ça, les choses passent à côté et on peut dire à l'enfant c'est toi que tu insultes, tu te fais mal, tu te considères mal, on peut les faire réfléchir alors qu'on est pris de panique quand on se fait insulter par un enfant quand on est un instituteur c'est terrible! et un instituteur ordinaire, il ne peut pas arrêter et ça c'est un fait de formation c'est pas inné. Il y en a peut-être un sur dix qui arrêtera mais quand on sait la formation elle est là pour ça. Donc moi j'ai fait appel aux thérapeutes des enfants pour moi c'est à dire à un certain moment c'était sauvage donc je me suis mis en place des circuits et j'ai beaucoup fréquenté la psychanalyse parce c'était des gens qui étaient de ce côté là, qui m'ont reçue en tant qu'institutrice souffrante alors que certaines personnes étaient très dans le théorique et moi je n'en avais rien à faire. Vous avez besoin de quelqu'un qui vous accepte comme ça, criminelle en puissance, il faut quand même pouvoir le dire à quelqu'un et même un directeur d'école on peut pas lui dire ça, il va dire : "mais non, mais non", donc on remet les choses bien dessus et vous partez avec... c'est quelque chose que j'ai gérée d'emblée très vite parce que j'ai ressenti très vite la difficulté d'être avec ces enfants. Je l'ai ressentie avec B. quand elle cassait les marionnettes que j'avais fait le dimanche, que je m'étais privée de mes propres enfants, que ça m'avait coûté quelques fois une conjugalité difficile parce que je faisais mes marionnettes au lieu de sortir et que cette enfant cassait tout. J'ai eu les premières visions rouges de mon métier et je pense que tout métier qui a un rapport avec l'humain, si on a pas ces visions, je n'y crois pas, ça se gère en partie dans la formation initiale et en partie dans la formation personnelle.

Ces enfants là emmènent très loin

C'est vrai que je leur ai dit que j'avais décidé que c'est moi qui étais ... ce qui fait que j'ai appris à ne jamais être en colère. Je ne suis jamais en colère, "ça suffit" suffit pour mettre... c'est vrai que j'ai beaucoup travaillé ce mot là, pour qu'il fasse tomber et d'un côté chez moi, ça suffit et chez l'enfant aussi, qu'il soit une séparation et c'est vraiment un mot, c'est simple mais j'ai mis longtemps à trouver le ton. La voix est très importante avec ces enfants, je suis en train de lire le livre de Mme Laznik Penot dans lequel elle parle de la voix. C'est quelque chose que j'ai trouvé très vite, plus on parle fort, moins ils entendent, plus ça les enferme. Et le son de la voix, donc j'ai travaillé le son de ma voix plutôt "soft", tranquille. Et je dis : "je suis en colère, veux tu que je fasse les yeux de dragon vert?" Toujours sur le même ton, ça été très difficile, je suis passée par ne plus manger de viande tout un temps, du riz complet pour ne pas avoir d'agressivité parce que j'en avais... je me faisais raboter les pieds, "toncher" de toutes parts, c'était l'insupportable, c'était la classe des fous. Non seulement, maintenant l'école a changé et l'école s'ouvre quand même mais c'était des vieilles institutrices qui étaient terrorisées par ces enfants, je ne comprenais pas que ces enfants portaient la terreur parce que j'étais pas tout à fait terrorisée, vous voyez, il a fallu longtemps pour que je comprenne, il a fallu des stagiaires qui aient beaucoup de diplômes et qui s'en aillent en disant : "je ne peux pas travailler là" et que je crois leur parole pour

me poser la question "qu'est-ce qui se passe?" pour moi ça n'a pas été aussi violent que ça, mais je sais que quand un instituteur sort en cour de récréation et qu'il dit : "celui là je l'étranglerais", moi je crois qu'il a eu le fantasme de l'étranglement, ça passe dans la banalité du vocabulaire mais je crois que c'est pas par hasard qu'il dit ce mot et qu'il a été dans ça donc c'est pas banal ou banal. Mais ce qui était difficile c'était d'installer, c'est là où j'ai été plus violente mais pas contre les enfants, contre mes collègues qui étaient hostiles, que le champ de travail n'était pas facile et c'était pas une hostilité... bon il y a eu une collègue qui était rééducatrice qui travaillait à l'étage, quand je mettais un certain enfant dans le couloir et qu'il se mettait à hurler, elle sortait de sa pièce et elle disait : "tu te tais, tu me déranges" et je sentais qu'elle s'adressait à l'enfant et pas à moi. Or quand ça dysfonctionnait pour l'enfant, c'était le total cette classe, vous savez comme on dit les "arabes", les "juifs", et ça je ne supporte pas. J'avais expliqué pourquoi je les mettais à la porte mais ça faisait partie de la pédagogie moderne, elle pensait que c'était pas bien, de toute façon on pouvait pas discuter et puis elle disait "il faudrait nous les envoyer parce que vous verriez". Et puis j'ai fait une fois et puis c'était pas mieux, à tel point que la directrice s'est faite battre par un enfant donc c'était pas bien du tout. Après c'était encore plus conflictuel mais c'est sûr que ces enfants font naître un espace de violence, ils font toucher à l'individu son espace de violence que l'on refoule d'une façon éducative, qui sont sûrement la cause de maux et d'autres violences mais moi je suis pas mécontente d'avoir fait ce chemin avec ma propre violence, ce qui fait qu'on peut tout à fait parler de la guerre avec les enfants et c'est entendu de part et d'autre et c'est pas du langage de bois. On est capable de donner une image sereine de la violence d'un enfant. ça leur parle tellement de ce qu'ils vivent au quotidien, je pense qu'ils vivent dans la violence parce que être paisible ça les effraie, c'est vraiment l'ambiguïté, ils la craignent mais ils l'adorent, ils sont dans ce piège là, mais même le fait de refuser de parler c'est une violence très passive. La violence c'est pas uniquement de hurler ou de se taper la tête par terre, être violent contre soi c'est quand on a décidé de ne pas dire un mot et d'être dans une passivité extraordinaire, pour moi c'est plus violent, voyez, c'est quelque chose alors là, c'est le blanc, quand il y a la violence active, vous voyez quelque chose du sujet, j'ai plus de peine à travailler avec des enfants qui sont lisses qu'avec des enfants qui font toutes les bêtises du monde, c'est mal dit mais il y a des choses là dedans, il y a de quoi travailler, de quoi retrousser les manches et on va monter quelque chose, un enfant qui est lisse comment vous faites? un enfant qui donne à voir il est dans des béances, il ouvre la coque mais quand vous êtes comme ça au nom de quoi? même si vous vous situez en tant que professionnel comme un maillon d'une humanisation que les parents veulent, moi je prête ce service, alors là, mais ça m'est jamais arrivé d'avoir un élève lisse, lisse mais ça pourrait arriver, mais de quel droit? s'il y a pas le moindre désir de sa part (silence) et moi j'ai plutôt des élèves turbulents et un enfant psychotique qui a un désir, c'est aux gens qui sont en face d'aider, de décrypter.

Est-ce que vous avez une image des enfants?

Je peux vous donner une couleur le bleu, une image c'est tout à fait le rêve et c'est tout à fait un paysage, un plan d'eau avec une légère brume dessus, tout à fait l'idée que ces enfants et c'est peut-être ce qui me tient, ils me donnent beaucoup d'images très poétiques alors c'est fou parce que ce sont des enfants malheureux, enfin, peut-être pas, mais malheureux par rapport au standard de la société puisqu'ils sont enfermés, qu'ils ne profitent pas, ils ne participent pas, ils ont peut être un bonheur total mais ce n'est pas un bonheur humain, ce serait un bonheur divin, je ne sais pas. Bon ce sont des enfants qui sont bon c'est vrai que dans le signifiant ils disent des choses tellement poétiques qu'on ne peut être qu'interpellé, émerveillé de la façon dont ils happent les mots et qu'ils se font un sens, bon alors c'est triste parce qu'ils ne peuvent pas avoir plusieurs registres, c'est

là le drame mais c'est vrai que ce sont pour moi des enfants qui évoquent une certaine douceur, une certaine (silence) le rêve quand même, l'impressionnisme enfin un certain ... et pas la violence. La violence ce sont tout à fait les enfants sur la marge entre psychose et normalité. Pour moi c'est le boeuf écorché de Soutine, ces enfants qui sont dans une beauté extraordinaire de la pensée mais c'est insoutenable alors que l'autisme pour moi ça se soutient, je peux, je peux avec les autres mais c'est pas le même genre de travail. Et avec les enfants autistes, il y a quelque chose de la tendresse, je communique sur le mode de la tendresse, il y a quelque chose qui me fait penser qu'ils sont de porcelaine, des objets très très fragiles, à ménager avec précaution... (silence) je les titille au sujet parce que je me suis posée la question de la perversité, parce qu'on peut être très pervers, ça pose ce problème là, là je suis à peu près rassurée et je sais que je ne vais pas enfoncer quelqu'un qui ne peut pas, je vais titiller le sujet là où je suis sûre qu'il y a du répondant, là où j'ai envie qu'ils me disent "merde! tu vois je peux!" voilà, tant qu'on en est pas là je ne titille rien, rien du tout, je laisse, je ne veux pas toucher cette porcelaine qui n'a pas, c'est pas possible. Je monte au créneau quand je sens que c'est là et alors je peux dire que tant que je ne me sens pas les capacités du foie, parce que je suis hépatique, de me mettre en guerre avec un enfant, de tenir, parce que quand j'ai dit "c'est moi qui tient", je tiens et que je ne veux pas déséquilibrer mon foie, donc que je garde la foi dans mon travail et que je ne perde pas le foie, je l'annonce, je ne tiens pas pour tous en même temps, je dis "ça y est aujourd'hui on commence" parce que je parle beaucoup avec la dame avec qui je travaille, je parle beaucoup comment je ferais, je lui demande son avis, j'essaie de me faire une religion sur comment s'y prendre avec un enfant, donc ça n'est pas d'emblée.

Il est important d'avoir une autre personne dans la classe ?

C'est indispensable pour empêcher le passage à l'acte, on sent des garde-fous extraordinaires.

...

Cas d'un enfant qui se rend à sa psychothérapie, le CMP est à cinq minutes de la classe. Il était dans le refus du paiement, donc on a le téléphone, la thérapeute me disait : "il n'est pas encore arrivé" et moi je disais : "il est parti" ;, on laissait faire, jusqu'au jour où il n'avait plus que deux minutes de thérapie parce qu'il avait pris son temps autrement mais c'était très constructif. Je pense que le trajet pour aller en thérapie est important, quand on a fait une démarche personnelle on sait très bien que ce temps concourt à la construction de la personne alors je crois qu'il faut que les espaces soient très articulés, et le téléphone à la fois c'était un contenant pour cet enfant, il savait qu'on se téléphonait, il savait qu'il était contenu même s'il montait sur le mur et jetait des cailloux, ça nous est arrivé, des parents sont venus nous dire, on leur a dit, c'est la confiance qu'on lui fait et c'est peut-être à ce prix-là qu'il s'en sortira alors ils étaient plutôt bienveillants. On savait tout mais ça faisait partie du risque et aussi je vais vous dire, ça me fait enchaîner sur le risque, j'ai l'impression qu'avec ces enfants il faut prendre des risques, qu'il semble que leur vie vaut quelque chose dans la prise de risque des adultes c'est encore la question de la mort qu'ils posent.

C'est un espace de travail pratique, on est là en train d'étayer des enfants, pas théoriquement mais dans la cité. Forcément il y a des apports théoriques et c'est là aussi où avec les thérapeutes j'ai des relais. Je vais à des formations. Je vais à toutes sortes de groupes dès lors que c'est dans mon questionnement. Maintenant je me questionne sur la perversion, s'il y a quelque chose je vais.

Formations particulières?

J'ai eu une formation de maître pour les classes de perfectionnement et ensuite je me suis formée sur le tas. Je lis beaucoup mais de façon solitaire alors au bout d'un moment ça n'allait pas. Donc je vais à des groupes de lecture, des conférences, c'est une formation comme ça qui n'est pas une formation universitaire.

INTERVIEW N°7 IME. - Ch. et C., éducatrices spécialisées

Ch. : moi j'ai eu une petite fille que l'on a rentrée à cinq ans et demi, une enfant un peu renfermée dans son monde, une enfant qui nous a été présentée comme intelligente mais enfermée dans sa maladie. Elle a été orientée par le secteur psychiatrique, un CMP, et la maman qui nous a amené l'enfant pour la présenter était démunie par ce que sa petite fille était refusée partout : en maternelle ils la toléraient une ou deux matinées par semaine, les centres de jour qui normalement sont faits pour ça n'en voulaient pas car ils la trouvaient trop difficile et en fait il y avait eu un essai ici. On la prise en stage pendant trois jours, alors c'est vrai que le premier et le deuxième jour se sont très mal passés, elle criait, elle nous balançait tout dans la classe, elle ne répondait pas aux consignes, elle déstabilisait le groupe d'enfants que j'avais et elle était même agressive avec les autres et je me suis dit « si c'est comme ça c'est pas possible à gérer » et en fait le troisième jour, ça c'était tellement mal passé, c'était pas sa place, nous on est un IME avec des projets d'apprentissage, avec des exigences, là ça remettait tout en cause le programme et puis... comment dire, au niveau des autres enfants qui étaient dans un autre processus, ce sont des enfants qui sont psychotiques mais qui sont capables d'évolution, au niveau du comportement en tout cas, ça les déstabilisait par rapport à leur fragilité, ça les perturbait. Et le troisième jour, je me suis dit on va pas passer une journée comme ça. Quand la maman m'a amené P. je l'ai prise et je lui ai dit : « tu vas aller t'asseoir avec les autres ». A l'accueil du matin, ils allaient tous s'asseoir autour de la table c'était un moment comme ça, je ne voulais pas d'éparpillement dans la classe, je voulais qu'ils se retrouvent, qu'ils créent des liens entre eux qu'ils échangent avant qu'on parte sur une autre activité. P. a eu du mal à s'asseoir donc je l'ai prise un peu fermement, elle s'est relevée en criant un peu et je lui ai dit : « P. tu peux crier tant que tu veux si tu n'es pas contente c'est ton droit, par contre tu vas t'asseoir comme les autres car ça je l'exige ». Elle s'est assise avec les autres interloquée, elle avait bien compris ce que j'avais dit, je l'ai inscrite comme ça dans le cadre. Elle a accepté les règles. J'ai pris P. dans la mesure où elle pouvait s'inscrire dans le cadre et où elle pouvait ne pas déstabiliser le groupe et après je l'ai gardée pendant sept ans parce qu'après personne n'en voulait. Mais il n'y aura pas une deuxième comme ça ! je l'ai fait une fois pas deux. Elle est restée là longtemps et le fait de l'avoir cadrée, elle était vivable, elle a pu avoir un peu des relations avec les autres, ils l'ont acceptée mais elle est pas sortie de son autisme. C'était pas son lieu ici, il lui aurait fallu un lieu de vie parce que... alors ce que je faisais le matin c'est de lui demander un petit moment de rester avec nous autour de la table et après elle pouvait faire un petit peu si j'exigeais sinon elle balançait tout. Pendant sept ans j'ai fait que ça avec elle. Il y a eu une proposition de thérapie qui n'a pas abouti car la maman a ... il y avait un lien fusionnel avec la mère et la thérapie c'était avec l'enfant et la maman n'a pas supporté. C'était compliqué il aurait fallu faire un gros travail avec la famille. Moi mon point de vue, si on avait voulu faire évoluer cette enfant, c'était une famille adorable, très compréhensive mais en même temps il y avait un besoin de faire un travail avec elle pour un peu couper ce lien. C'est une enfant qui bouffait sa mère, nous on l'a eue en camp elle refusait de dormir toute seule, la première année elle était entre nous, elle se levait, elle venait dans mon lit, je refusais, elle hurlait dès que je me levais. La deuxième année on avait eu la possibilité de la mettre seule dans une chambre et en fait on la fermait dans la chambre pour qu'elle accepte de venir seule

et ça durait deux jours. Elle ne s'est jamais mise en danger dans la chambre. Des fois pour soulager, elle allait dormir dans le lit de son frère. Mais c'était mettre le frère en difficulté.

C. : Et une fois, cette mère avait raconté que son fils avait rendu une copie, il n'avait jamais voulu mettre son nom, c'est pas anodin.

Ch. : la famille tournait autour de cette petite et était tributaire de ça, la mère ne laissait pas sa place au frère. Moi j'avais réussi à cadrer mais c'était difficile, à des moments ça me donnait une image très dure.

C. : on avait l'impression qu'elle était existante mais avec nous

Ch. : et puis elle était très bien, elle me suivait de partout. Elle ne parlait pas juste « ma,ma, ma », elle en avait la possibilité. Il y avait un petit garçon qu'elle avait bien investi, elle arrivait à dire son nom. Elle avait des attitudes intelligentes, moi je l'ai fait participer à des attitudes de déplacement, elle était la seule à ne pas suivre les autres, à trouver par exemple la solution, elle était vive.

C'est la seule enfant comme elle que vous ayez eu ?

Là, j'ai un petit garçon K. qui en sort. L'année dernière il allait encore un jour et demi en centre de jour, il avait gardé son image d'autiste, il ne parlait pas, et ici il nous répétait des poésies, il parlait. Ils sont forts, ici quand il a vu qu'on lui demandait de s'inscrire dans quelque chose, il s'est inscrit là dedans.

Les enfants autistes sont attachants, moi j'ai travaillé pendant trois ans avec une école analytique de Grenoble où j'allais à des réunions. J'adhère assez à l'idée qu'il faut les inscrire dans quelque chose, avoir un cadre. J'ai assisté à une conférence du docteur P., et à ce que peuvent dire ces gens, le cadre est sécurisant, ça les aide à se construire et ne pas les laisser s'enfoncer dans la folie car l'angoisse les rend encore plus fous. A l'IME j'ai un groupe de sept enfants, à des moments je suis doublée mais pas toujours, je peux pas faire de l'individuel. Ce dont je me suis rendue compte avec l'expérience c'est que moi je suis là pour les aider à sortir de leurs difficultés et je fais ça avec ce que je peux.

C. : surtout aussi qu'on est là pour travailler sur la réalité, je suis éducatrice aussi et notre formation au départ c'est surtout ça. Ça ne fait que onze mois que je travaille sur le groupe de polyhandicapés et avant j'ai travaillé trois ans sur un groupe d'enfants, un qui était autiste, un qui avait une psychose infantile précoce et un autre trisomique et autiste, trisomique avec un profil psychotique. Ils devenaient un peu plus grands et commençaient un peu à s'en sortir. Ce sont des enfants qui très jeunes ont été placés en IMP et ce qui s'est passé c'est que je sortais de ma formation et je suis tombée avec ce groupe d'enfants là, donc autant déstabilisant pour moi que pour eux et la seule manière que j'ai trouvée pour créer quelque chose avec eux, notre objectif premier c'est de les ramener à la réalité, ça été de ritualiser les journées. En fait elles se répétaient, moins je faisais en sorte qu'elles se répètent mais ce qu'ils renvoient c'est qu'on ne sait jamais ce qui va se passer. Toujours dans la ritualisation et dans le cadre sans être trop rigide parce qu'au départ j'étais énormément rigide, je me suis rendue compte que moi je m'enfermais en même temps qu'eux.

C'était un projet de l'équipe ?

Non j'étais toute seule sur le groupe, j'ai amené ça à l'équipe et comme il n'y avait pas de projet à proprement dit par rapport à ce groupe il fallait bien que je fasse quelque chose, je ne connaissais pas cette population, cette pathologie, à part P. puisque j'ai fait un stage pendant que j'étais en formation. Donc ce que je connaissais de l'autisme c'est ce que j'avais vu en cours, et avant ma formation d'éducateur spé. j'avais fait une formation, j'ai une licence de psycho donc mais je ne connaissais que ça, que de la théorie en fait,

je n'avais jamais vu la pratique donc il fallait que je me débrouille comme je pouvais avec ça. On avait deux enfants qui étaient vraiment enfermés dans leur monde. Il y en a un, il avait l'avantage d'être trisomique. Les deux approches sont bien différentes car il y a quand même ce côté trisomique qui apparaît de temps en temps pas joueur, mais un peu affectif et à partir du moment où l'on pouvait rentrer en relation avec lui ce côté là pouvait apparaître et ça consolidait encore plus la relation qu'on avait pu mettre en place avec lui. Ce garçon il était déjà un peu grand et vraiment replié et il va avoir du mal à en sortir car maintenant il doit avoir seize ans. Il avait des stéréotypies, des balancements, s'écouter faire du bruit enfin complètement dans son monde. Dans la pièce que j'avais et qui était très grande il avait son coin, il adorait des gros cubes légo, il entourait parfois une table, en fait on lui a fait choisir un coin surtout dans les moments où il était très angoissé, il se mettait dans ce coin là, il se déchargeait un peu et ça c'était génial, ça me permettait comme j'étais toute seule, seule quand tu n'as pas une équipe qui suit derrière, je ne l'aurais pas fait deux ans ! c'est vrai qu'il faut quelqu'un pour avoir un renvoi par rapport à eux parce qu'on avance plus au bout d'un moment et puis je ne sais pas c'est vachement important d'être plusieurs pour pouvoir se passer le relais, c'est quand même des enfants qui puisent. F. prenait les cubes et construisait quand il n'était pas bien, il refaisait la table tout autour, il refaisait les chaises donc dans son coin, il le faisait autour de lui. En fait mes journées, elles étaient simples, ils arrivaient et il y avait les toilettes, parce que F. quand il était pas bien ou qu'il ne connaissait pas, il prenait son caca et il en mettait de partout comme beaucoup d'enfant qui sont comme lui, et c'est pas très agréable, quand il y a les autres et qu'il y a du caca partout on ne sait pas très bien par où s'y prendre, en ritualisant les journées et en le posant un peu, les autres ils trouvaient leur compte. Un autre qui était vraiment dans l'autisme, ils arrivaient chacun à avoir leur place. En fait on avait une table, on se réunissait après les toilettes, après l'accueil du matin où ils se posaient, où ils avaient chacun leur place et ça n'a pas bougé de toute l'année. Lui volontairement je l'avais à côté de moi sans l'avoir trop près de moi parce qu'il était tout de suite dans ... déjà il n'acceptait pas qu'on le touche, par contre quand j'ai commencé à rentrer en relation avec lui alors là il était sur moi pratiquement, donc il fallait mettre des distances par rapport à tout ce qu'on peut faire. Après je leur proposais des activités, il y avait l'accueil, je répétais toujours ce qui allait se passer, c'est vrai des fois j'avais l'impression, ils ne parlaient pas tous, j'avais l'impression de me rabacher, c'est pour ça, aussi qu'on a besoin d'avoir un renvoi, des gens qui nous disent « non non c'est bon ». Quand il y a des stagiaires qui passent ils nous disent pourquoi vous leur parlez comme ça ils ne comprennent rien. Des fois je faisais la demande et la réponse, heureusement qu'il y avait les carnets des parents ou de l'internat qui permettaient de meubler, enfin de mettre un support sur quoi parler parce que des fois on est pas toujours en forme et ça c'est une chose ils ont besoin de l'entendre, ils peuvent entendre que l'on ne va pas très bien que l'on a des hauts et des bas comme eux, en général la journée se passait comme sur des roulettes. Si j'avais le malheur de ne rien dire, là je me mordais les doigts toute la journée et à la fin je n'avais plus qu'à aller ne pas me suicider mais presque ! l'accueil c'était un moment où l'on est chacun à sa place où l'on ne colle pas, on est pas les uns sur les autres donc il y avait une seule chose, je leur prenais les mains quand je leur parlais, je savais plus trop, ils savaient à qui je m'adressais, mais c'était une manière de m'adresser un peu mieux à eux . Après on avait des activités, j'avais mis en place une activité terre, là il y avait des choses très importantes et on a demandé plusieurs fois à avoir soit de la supervision, des choses par rapport à cette activité surtout avec ce groupe d'enfants. Moi je travaille beaucoup sur la trace et ce qui se passait c'est que F. à partir du moment où l'on a commencé à travailler la terre, au départ il faisait pipi dans la culotte, à la fin de chaque activité, et le caca il assimilait la terre, quand on leur présente une boule de terre, il l'assimilait à une crotte et au départ il réagissait, il en mettait de partout, il prenait la terre et il l'écrasait de partout et ça j'aurais bien

aimé qu'on voit des choses par rapport à ça parce que bon j'ai stagné. J'ai continué mon activité dans les projets que j'avais mis en place, tout en tenant compte d'eux parce qu'on ne sait jamais trop où ils vont aller et il y avait des règles aussi, la terre il fallait pas qu'elle aille par terre, elle restait sur la table, il y avait plein de règles comme ça et c'est vrai qu'au fur et à mesure il a arrêté, il morcelait la terre mais il a arrêté d'en mettre partout. Comme il a arrêté progressivement de faire caca, il n'en mettait plus partout par compte dès qu'il y avait une personne nouvelle il recommençait, comme quoi c'est bien réactionnel. Il y avait une activité le matin, ça pouvait être aussi une histoire, les histoires étaient mimées, ça pouvait être du graphisme mais pour la plupart c'était pas leur truc, c'était difficile d'avoir sept enfants avec des pathologies qui pouvaient être semblables pour certains et puis d'autres un peu moins mais bon ils n'étaient pas que des déficients donc je pouvais pas que m'axer sur, ce n'était pas que des psychotiques de bon niveau à qui l'on pouvait proposer du parascolaire, c'était des tout petits au niveau de ce qu'on pouvait leur proposer et en fait il y avait la récréation après l'activité et c'était le moment où l'on soufflait, les enfants plus autistes étaient dans leur coin et volontairement on les laissait dans leur coin avec leurs stéréotypies, c'était leur moment à eux. Comme c'était un moment informel ils rentraient tout de suite dans leurs stéréotypies, j'y pense il y avait F. mais le garçon trisomique lui aussi était bien dans ses stéréotypies et en fait on les amenait à jouer avec les autres mais ça c'était dans un cadre plus formel. Après la récréation il n'y avait pas d'activité, je les prenais plus en individuel, le repas arrivait tout de suite après et puis il y avait les toilettes. C'était tout le temps comme, il y avait toujours les mêmes moments qui restaient. A table on avait tout essayé, la première année ils mangeaient tous ensemble et ce n'était pas une mince affaire ! on était quand même deux adultes à table parce qu'on mangeait tous ensemble dans l'établissement. Ce qui se passait : F. quand ça allait pas, parce qu'il y avait du bruit, il ne supportait pas les gens qui changeaient, le gros truc c'était soit de vider les pots de fleurs, les verres, il réagissait. On essayait, pas de contourner mais de limiter les dégâts et après les lavages de dents, bon il y avait tout ça, c'étaient des moments répétés. Une autre activité l'après midi et on partait le soir pareil, la table c'était un lieu qui était à l'accueil, avant le repas, après le repas, après l'activité, donc ils avaient toujours la même place à cette table, c'était vraiment le rituel et le soir avant de partir, ça me permettait de faire passer des choses cette table. Ils savaient ce qui allait se passer, ils pouvaient se poser. Et ce qui est marrant c'est que l'année d'après il y a eu un projet institutionnel, du groupe d'éducation, enfin de la section d'éducation, on a suivi exactement ce que disent les annexes 24 et donc on a intégré ce groupe d'enfants au niveau de l'accueil, des repas et des départs à tous les autres groupes. On s'est dit « ouh là là qu'est-ce que ça va faire ? » tout était perturbateur pour eux et sujet à angoisse et finalement ils ont tous trouvé leur compte à part certains, celui qui a le moins retrouvé son compte c'est un enfant qui a une psychose infantile précoce et connu comme le loup blanc avant de venir dans notre institution parce qu'il faisait ce qu'il voulait. Celui qui était trisomique sortait un peu plus. On les a pas senti se déstructurer c'est comme si les autres enfants les acceptaient mieux. J. est arrivé chez nous c'était un peu comme l'enfant sauvage et il en est à produire des mots. J'y suis allée beaucoup au feeling, ils ont tous leurs particularités et F. était dans son monde, il n'y avait moyen d'entrer en relation avec lui. Avec du recul je me suis rendue compte qu'il fallait que je sois à la limite de la fusion pour rentrer en communication avec lui et j'étais sur le bord, si j'avais été dans la fusion je me serais fait bouffer. J'étais obligée d'être en écho avec lui et accepter qu'il puisse m'englober dans son être et puis à la fois avoir assez, je ne sais pas si je pourrais le refaire, lui dire non « là je suis désolée ». Je pense que le cadre m'a permis de ne pas rentrer totalement dans cette fusion. Le fait d'avoir été rigide au départ ça m'a sécurisée, c'est une population qui angoisse au départ, sinon j'adore cette population mais ça n'a pas été tout rose tout le temps et j'arrive pas très bien à expliquer cette limite au niveau de la fusion, je pense que

le cadre m'a aidée. Après avec F. j'ai pu rentrer en relation avec lui et puis après de lâcher la bride au niveau du rituel qui était beaucoup moins rigide.

Ch. : il y a des choses où l'enfant réessaie pour savoir s'il est toujours là et on est obligé de le poser, le but c'est qu'il l'intègre et qu'il passe à autre chose. C'est pour leur permettre de vivre ensemble parce s'il n'y a pas de cadre...

C. : ils sont partout à la fois

Ch. : entre eux ça peut être dramatique au niveau des agressions des choses comme ça

C. : N. quand il était en crise, il avait une force démultipliée, moi j'avais été très surprise, ses crises il les dirigeait vers les pieds, il secouait la table, il te prenait dans son truc et il t'entraînait dans son truc et toi tu tombais et même un mec de deux mètres qui était balèze il le foutait par terre ! nous à côté on ne faisait pas le poids et ce qui se passe maintenant c'est que ses crises il les dirigeait à la tête. Il avait des colères qui étaient réellement des colères et il y avait celles qu'il créait c'est à dire que si on ne respectait pas certains passages pour entrer en relation avec lui, ou il prenait une crise avec un adulte qu'il ne supportait pas et il avait autant de force, on pensait qu'il s'était créé cette colère, c'est ce qu'on pensait comme on nous renvoyait rien il fallait bien qu'on pense comme on pouvait. En fait il y a une chose qui m'a beaucoup aidée j'étais enceinte à ce moment là, j'ai commencé avec eux je ne l'étais pas, je n'ai jamais vécu des moments aussi forts avec eux, avec ces enfants psychotiques et autistes. Par exemple N. n'a jamais pris une crise avec moi, du moins j'avais déplacé ses crises, quand il les prenait, il entendait rien, en fait c'est ma grossesse qui m'a fait penser à ça, j'allais pas me mettre en danger et la première réaction que j'ai eue la première fois, j'ai essayé plein de choses, il ne fallait pas se mettre dans « ses pattes », on avait aussi essayé d'englober l'enfant pour qu'il s'apaise, et la seule chose qui marchait c'était de lui tendre un gant de toilette d'eau froide, je l'ai fait comme ça, et c'est lui qui gérait la chose pour se calmer. Au début c'était un peu direct on lui jetait le gant de toilette d'eau froide ça lui faisait une réaction, il s'apaisait mais c'était assez violent comme geste, il y a eu un verre d'eau. A la fin il prenait le gant de toilette, on lui disait de se calmer et qu'on en discuterait après et en fait on en discutait après avec lui et on avait l'impression qu'il y avait plein de choses qui se passaient. Quand j'étais enceinte je lui disais : « tu sais C. elle attend un bébé ou j'attends un bébé », eh bien le nombre de fois où ils sont venus mettre la main sur le ventre et qu'ils se sont calmés, alors ça, j'en ai même pleuré tellement ça me brassait. Je ne sais pas si ça se passe avec tous les enfants autistes mais avec eux je ne me sentais pas du tout en danger parce que je savais qu'il respectait qui j'étais et comment j'étais à ce moment là et en fait aussi parce que dans ce qu'on a mis en place on les respectait aussi.

Ch. : c'est qu'avec ces enfants j'ai toujours mis une distance avec eux même au niveau du contact physique. La communication c'était le langage donc les choses étaient dites quand ça me paraissait important. Et puis je faisais évoluer la relation par exemple, avec P. je m'en occupais pendant 1h30 à 2h en individuel. J'allais à G... et je lui faisais faire du manège, au début deux tours puis un tour et il fallait qu'elle accepte la frustration. La relation ce n'était plus dans une fusion mais ailleurs mais ça été très vite limité car elle était dans un enfermement tel que je n'ai pas pu aller très loin.

Quels ressentis ?

Moi c'est ... je suis comme ça c'est pas qu'elle, je n'aime pas quand on envahit mon espace, c'est clair, ça ne me renvoyait ni angoisse ni rien par contre quand je suis avec les autres je n'aime pas qu'on envahisse mon espace et c'était de cet ordre là tout simplement. C'est pas parce qu'elle était psychotique que je devais me laisser envahir.

Impression de ne plus pouvoir penser ?

non jamais, je ne me suis jamais positionnée dans le vide avec eux en me disant « on va voir », c'est moi qui posait les choses et ils s'inscrivaient dans ce que je posais. Il y a des choses qui étaient de l'ordre de l'observation où à des moments ..

C. : à des moments informels où ils sont dans leur coin, on est pas près d'eux, on est en recul, ça nous permet de ne pas avoir ces moments où l'on se sent vide, moi je sais que c'est la seule chose que j'ai trouvée pour ne pas être détruite, parce que en avoir six qui renvoient tous quelque chose de différent . Le fait qu'ils aient leur coin, que je puisse compter sur l'espace, qu'il y ait ce respect avec eux mais justement en étant observateur ça permet de ne pas être envahi par leur folie.

Ch. : si les enfants sentent la personne angoissée ou pas déterminée ça les renforce dans leur agression physique ou psychique. Dans le groupe je ne supporte pas qu'ils m'agressent, qu'ils agressent les autres et là dessus c'est très clair, si un enfant a une agression physique, je le mets à distance et ça ils l'entendent très bien. C'est pas parce qu'ils sont autistes que je vais accepter ça.

C. : ça c'est possible quand on travaille sur un système comme l'IMP où l'on peut poser un cadre précis parce que là ça fait onze mois que je travaille sur un groupe de polyhandicapés, il y en a trois ou quatre qui sont autistes et c'est la première chose que j'ai vue et quand j'en ai parlé, nous de ce côté là on a un problème entre le médical et l'éducatif et là le cadre est posé par rapport aux enfants qui sont polyhandicapés. La journée est faite par rapport à ce niveau là, on a deux « marchants » (! ! !) autistes, la frustration, là on voit qu'il leur manque quelque chose qui soit avec... là on peut pas travailler avec eux sur la frustration. C'est peut-être pour ça qu'on a autant de mal à fonctionner avec certains, comme le groupe n'est pas adapté à eux, ils ne s'y retrouvent pas, ils n'ont pas de repères, ils sont morcelés.

A Ch. quelles formations avez vous?

Réunion de groupe, on est souvent dans l'urgence, depuis à peu près un mois il y a des réunions d'analyse de la pratique, ça c'est bien, ça c'est une amélioration de nos conditions de travail depuis quelques temps.

C. : il y avait besoin de ça car souvent on ne peut pas dire les choses, les choses sont complètement déportées. Là on a un enfant sur le groupe, j'ai l'impression que de parler de lui, qui nous déroute totalement. On se passe le relais mais on rentre complètement dans son système. Quand on le voit comme ça on se dit que c'est le bon déficient et on se dit « non il est pas seulement débile » parce psychotique on ne s'est pas posé la question et en fait on se la pose même pas « non, non, il est que débile ». Une petite fille est arrivée, elle a cinq ans et c'est fou la différence, on se demande franchement ce qu'elle fait là, elle a tout le comportement autistique, les parents ont fait plein de démarches mais ils n'ont toujours pas eu de réponse. Elle a fait la méthode Tomatis mais bon, ici c'est leur seul recours et comme elle ne marche pas on l'a acceptée ici. Elle n'a pas de problème physiologique, elle fait de la rétention au niveau des selles, comme beaucoup d'enfants autistes, elle bouche tous les trous et elle peut être constipée sur trois semaines sans problème. En réunion quand on le dit on se fout presque de nous, en nous disant « mais non » je suis d'accord pour ne pas la laisser dans cette situation là mais au départ on veut pas admettre que ce n'est pas un problème physiologique. Donc on se heurte à un côté médical qui est assez important, ça c'est dû au fait qu'on travaille avec des enfants polyhandicapés . Cette enfant n'a rien à faire là et je ne sais pas comment elle peut évoluer, en plus elle est très fine, on a l'échopraxie, j'ai dû la prendre deux minutes pour lui expliquer eh bien c'est elle qui a mené le jeu d'entrée. Elle a une certaine intelligence quelque chose qui est derrière, en

entretien c'est phénoménal, depuis qu'elle est née la maman a toujours été avec elle, elle n'a jamais été gardée, des nuits elle hurle. Elle commence à accepter le contact, tout ce qui est nouveau est difficile. Elle comprend tout ce qu'on lui dit, alors qu'aux autres on a l'impression de parler à des bébés. Par rapport aux autres elle est intelligente on va dire ça comme ça. Quand on voit comment elle évolue, on met beaucoup d'espoir derrière un enfant qui est très jeune. Elle ne prenait aucun objet, maintenant elle peut prendre son biberon toute seule, elle accepte, elle vient nous toucher. J'ai été très choquée quand ils lui ont fait une coque, alors là je hurlais, avec tous les espoirs qu'on met derrière, notre directrice a une formation psy et c'est vrai qu'après un entretien avec ses parents elle est venue nous voir et nous dire qu'il y avait beaucoup d'espoir. Pendant l'entretien, l'enfant a tout ce qu'on a dit a eu une réaction. Le matin la maman n'ose pas la réveiller, elle lui pose pas de cadre, elle la met à 10 h ou 11h mais nous ça perturbe notre organisation, nous on a dit, on peut pas. Avant les vacances ça a commencé à se régler, là depuis quelques temps elle vient à 9 heures /9h 30. A un moment la mère a parlé de la méthode Tomatis et du moment où il lui faisait écouter le stade foetale et la petite criait à ce moment là. Elle est aussi un peu partout, quand elle est quelque part, elle a besoin de repérer, de voir les gens qui sont là. Elle fuyait notre regard mais maintenant elle nous regarde. Par contre quand il y a une stagiaire elle n'accepte pas le changement. Mais on est trop dans le maternage donc si on continue elle va évoluer au début puis elle va stagner. On en a une qui est beaucoup grande (douze ans), elle chante des chansons qu'elle répète et on peut pas travailler avec elle, elle a des périodes où elle va baver, quand elle ne veut pas elle ferme les yeux très forts, la frustration quand on lui enlève son jeu elle hurle après elle va nous taper. Mais on ne peut pas instaurer quelque chose de stable, de constructif parce que les autres sont encore plus bas qu'elle. Ces enfants là sur un groupe de poly n'ont pas du tout leur place.

Une formation spécifique pour le groupe d'enfants autiste ?

Le groupe que j'ai eu au début c'est celui qu'on refile à tous les débutants, personne ne les voulait vraiment, j'estime qu'ils n'ont pas leur place en IMP, on n'a pas les moyens de faire des choses correctes dans un IMP, d'avoir un suivi. Je trouve que pour travailler avec ces enfants là il faudrait une personne et pas avec six ou sept enfants parce que l'enfermement il est rapide .

Réunions ?

Réunions classiques une fois par semaine ou réunion générale où l'on parle des trucs d'urgence. Mais tout ce qui était supervision, rencontre avec les psychologues ça se faisait pas. A la fin on essaie de faire avec ce qu'on a. Au retour de mon congé maternité j'ai été très surprise de les voir, il y a eu une cassure mais il n'y avait l'idée d'abandon, comme si ils savaient que j'allais revenir et ils ne sont pas complètement stupides ! je n'ai pas eu de démarche de supervision à cause de mon congé maternité après il y a eu notre projet qu'on a mis en place. On est vraiment parti des annexes, on m'a promis au cours des années un travail de supervision pas forcément individuel mais on nous disait ça va peut-être pouvoir être possible mais en fait ça continue, il n'y en a toujours pas. Je pense que c'est quelque chose qui ici fait peur ; à un établissement ça c'est mis en place mais avec plein de réticences avec une forte demande des gens alors que pour une fois la direction nous propose, souvent c'est la direction qui n'en veut pas. Dans les IMP on n'en entend presque jamais parler, à part si on fait une supervision personnelle on est souvent seul face à notre travail. Quand on a un problème on en parle mais c'est vraiment la sonnette d'alarme. Déjà le petit J. qui semblerait autiste, déjà pas la moitié de l'établissement qui est d'accord, ils veulent pas l'admettre mais nous ça peut nous permettre de travailler parce qu'il est déroutant cet enfant. On se passe le relais, on arrête pas, on rentre dans son système.

On ne sait plus ce qu'on peut mettre en place pour lui, qu'est-ce qu'il est possible de faire avec cet enfant. En fait, cet établissement c'est vraiment un problème : des fois on accepte telle population et tel enfant avec tel profil parce qu'on en a accueilli d'autres comme ça. En travaillant avec eux on se dit il faut qu'on arrête mais c'est pas toujours possible.

INTERVIEW N°8 IME (internat) - Rencontre avec des éducateurs spécialisés s'occupant d'un groupe d'enfants autistes : J. depuis treize ans dans l'institution ; M.C. depuis vingt quatre ans ; M. Ch. depuis treize ans ; S. depuis quatre ans

Ils ont souhaité s'exprimer en groupe et que je prenne des notes manuscrites. C'est surtout J. qui a pris la parole.

Depuis treize ans, je travaille avec des jeunes autistes. Il y a un groupe d'autistes depuis six ans. J'ai aidé les jeunes avec une approche analytique (Bettheleim, Kanner, Winnicott, M. Klein) que j'ai acquise par des lectures, des formations théoriques, des échanges avec les collègues et les psychiatres. Depuis quatre ans nous avons une formation d'éducation structurée : théorie, pratique, évaluation.

(Q) c'est le programme TEACCH.

Notre questionnement était le suivant : toutes les aides que l'on pouvait apporter aux jeunes étaient insuffisantes, il n'y avait pas de résultats. S'il y avait une amélioration il était difficile de se rendre compte d'où ça venait. C'est un domaine où l'imagination travaille beaucoup, beaucoup de plaisir à penser la théorie et à paraître hermétique. Il ne fallait surtout pas dévoiler ce qui se passait entre les éducateurs et les jeunes, c'était seulement en supervision avec le psychiatre qui faisait une analyse des attitudes et des comportements. On nous demandait surtout de ne pas exiger mais il fallait attendre le désir, il fallait leur laisser le temps. Les activités que l'on faisait étaient un support à la relation, pour donner envie aux jeunes de faire des choses. On faisait beaucoup d'activités d'expression (peinture, contes, marionnettes). Le principe c'était qu'ils ne voulaient pas faire mais savaient, cette relation devait les aider à faire. Il n'y avait pas d'apprentissage scolaire, c'est le jeune qui décidait d'aller en classe et aussi du temps qu'il voulait rester. Tout se passait au niveau relationnel, quand l'éducateur était absent (en maladie, en congé), c'était la catastrophe. On a des manières très différentes de fonctionner. On interprétait cette difficulté sur le fait que l'éducateur avait coupé la relation avec le jeune. Le jeune avait remarqué nos manies, nos habitudes, nos seuils de tolérance, ça l'avait sécurisé au bout d'un certain temps.

Les questions clefs que l'on s'est posé c'est l'autonomie, comment on les prépare à l'âge adulte ? comme ils ne voulaient pas se laver alors on les lavait. On avait l'impression d'entretenir une relation et ensuite les larguer. Notre objectif était de construire un « moi » suffisamment solide, de détruire une relation avec la mère et reconstruire quelque chose. Je le croyais et je le vivais de manière sincère. On s'est rendu compte de l'aide insuffisante à apporter. On a toujours cherché à approfondir le travail que l'on faisait. C'était uniquement des formations à base analytique. Il y avait beaucoup d'insatisfaction, quand on faisait le jardin la progression c'était que le jeune ne pousse pas un autre. Il y a beaucoup de choses que l'on fait maintenant et que l'on essayait de faire avant.

Il fallait surtout leur parler, mettre des mots sur leur douleur et leur souffrance, sur le comportement, faire des interprétations multiples. Calmer par des mots, s'isoler avec un

jeune. Le jeune c'était cyclique, les attitudes revenaient, les crises de boulimie aussi. On ne savait pas.

On créait un cocon dans lequel on s'adaptait mutuellement et c'était terminé, on surprotégeait les jeunes. On ne voyait pas beaucoup de progression. Le psychiatre essayait de nous éclairer, mais après avoir analysé un comportement on n'avait pas de solution. Au quotidien qu'est-ce qu'on fait de cette analyse ? Les bribes et les pistes n'étaient pas satisfaisantes.

On a appris que dans la région il y avait un séminaire sur TEACCH. On n'était pas emballé, on s'est dit qu'il fallait aller voir plus loin. On a pris des renseignements sur la méthode Doman, sur les packs, on était quand même méfiants. On s'est dit, on ne savait pas trop, ça faisait comportementaliste. On a fait une semaine de stage théorique et une semaine de stage pratique une année plus tard. On a beaucoup réfléchi, ça nous a brassés. Considérer l'autisme comme un handicap et non pas comme une maladie mentale, on a mis longtemps avant de prendre conscience, avant d'admettre, qu'on naît autiste.

Avant on pensait qu'ils s'étaient retirés d'un monde affreux. Quelque chose nous paraît plus clair, la compréhension, le repli c'est un réel handicap. En plus, les parents paraissent si équilibrés, avec d'autres enfants normaux, ça nous paraissait difficilement croyable... la culpabilité que traînait les parents...

En fait, il y a des tentatives de communication de la part des jeunes qui passent par les troubles du comportement, les problèmes de langage. C'est de savoir si le jeune sait ce qu'il doit faire, quand il doit le faire, qu'est-ce qu'il va faire après. S'il n'a pas ces réponses il faut qu'on l'aide. La différence c'est le fait qu'on parlait beaucoup et qu'ils n'y pigeaient que dalle et le fait qu'on leur dise peu de choses. Par exemple, si on dit « va chercher un pot » le jeune part et revient sans rien. Par contre si on lui montre le pot, il le ramène. Avant on disait qu'il n'avait pas envie. A chaque fois qu'il y a des attitudes de jeunes, on essaie de comprendre ce que le jeune essaie d'exprimer et on lui donne des outils pour comprendre : aides visuelles, gestuelles et mots simples, beaucoup de cartes, d'objets. Ce sont des aides indispensables car verbalement c'est trop confus mais on ne passe pas que par les gestes. On considère que les jeunes ne peuvent pas faire, plutôt que ne veulent pas faire. On fait beaucoup d'apprentissages à tous les niveaux (socialisation, autonomie des besoins, outils simples). La vision que l'on a à présent des troubles du comportement est la suivante : on s'est rendu compte qu'un jeune qui a des troubles du comportement, c'est le seul moyen de faire comprendre quelque chose, c'est une forme de toute puissance. (L'autre éducateur : ça me gêne toute puissance.) Ils font des crises épouvantables pour faire céder, ils sont complètement paumés. Avant on pensait souffrance, il fallait absolument qu'on comprenne, maintenant on dit, ils veulent dire quelque chose.

Il y a aussi cette attirance pour les moments d'émotion : c'est un plaisir très important. Quand ils se font disputer, ils vont rechercher ces moments. Plaisir d'un jeune qui fuguait et qui se faisait engueuler par les parents. Si on pense maladie mentale on dira il est pervers. Mais c'est pareil pour deux personnes qui s'embrassent, un accident de voiture, il y a une excitation. C'est une mauvaise compréhension des situations sociales.

Les troubles du comportement on les refuse, on essaie de donner aux jeunes une façon de communiquer. Les crises se passent souvent dans les moments informels. Ils sont beaucoup dans la recherche de sensations, plus ils ont un bon niveau et plus ils titillent l'adulte, ils mettent la musique très fort. On va leur apprendre à avoir des activités adaptées à leurs niveaux. Quand on ne connaît pas une activité on ne peut pas avoir du plaisir, ils ont tout à découvrir. Leurs loisirs peuvent être différents des nôtres. Parfois on a du mal

à accepter que ça soit un loisir (vaisselle et le ménage). Avant on faisait des activités en fonction de nos intérêts, maintenant on ne dit plus : « qu'est-ce que tu veux faire ? ». On se sert des évaluations, des PEP, ça a un rapport avec la vie quotidienne, les choses simples (remonter une fermeture éclair, piquer, visser/dévisser). Quand ils n'arrivent pas à faire quelque chose c'est que nous nous sommes plantés. Dès qu'ils sont devant une difficulté les troubles du comportement réapparaissent. Sans la compréhension théorique de l'autisme, on ne comprend pas. Il y a maintenant une reconnaissance officielle de l'autisme. La politique française est réticente. Il faut structurer leurs journées, leur vie avec des activités compréhensibles pour eux, des activités répétitives, mais aussi des activités différentes : courses, randonnées, piscine. Tous les matins c'est régulier, les activités sont individualisées avec un coin travail pour chaque enfant, les jeunes peuvent se reposer. Ou alors il y a une organisation pour des temps informels si possible. Avec les cartes ils savent ce qu'ils font. Pour une jeune, la présentation de la carte porte monnaie a calmé l'agitation et a permis de changer de magasin.

Un autre exemple : une enfant que l'on suivait constamment partout dans l'établissement, elle était insatisfaite de tout, elle hurlait tout le temps, il était même question de la réorienter. Au début on l'a aidée de manière un peu autoritaire, il y avait des fonctionnements à défaire. On a structuré ses journées, lui a donné des repères stables, il a fallu faire du forcing, la traîner, les activités duraient une minute, tout en hurlant. Les minutes ont augmenté, les éducateurs faisaient des relais car c'était difficile à supporter. Elle avait droit à de petites récompenses, un verre de coca par exemple. Maintenant elle travaille $\frac{3}{4}$ d'heure d'affilée.

Le passage de la maladie mentale au handicap n'a pas été facile, j'avais emmené plusieurs bouquins dont Tustin à la formation. On avait peur du comportementalisme ; on a pris ce qui nous a semblé le mieux pour les jeunes.

Cohérence est un principe important. Par exemple un garçon peut aller dans les chambres des filles quand l'éducateur est là, mais à quel moment le jeune peut entrer dans la chambre des filles ? socialement ils ne comprennent pas. Cette année une remplaçante n'a pas posé de problème aux jeunes car elle avait la même technique que nous. Avant on disait non aux visites. Maintenant la venue d'une personne étrangère ne pose pas de problème. Il y a quatre ans en arrière ils nous auraient sauté dessus au bout de dix minutes. Ils leur faut un environnement qu'ils comprennent, adapté à eux. Les salles restent les salles cuisine, TV... on évite les confusions.

Les réunions :

une réunion, une heure par semaine avec la directrice et les quatre éducateurs ;

une réunion avec le psychiatre, on fait le point sur le jeune, on discute des comportements, on parle des objectifs, le plus pratique possible. Par moments je sens des réticences de la part de la psychiatre ;

une réunion une fois par mois de deux à trois heures, on parle des différents moments de la vie de chaque jeune pour savoir si on est cohérent ;

trois jours l'année dernière, une supervision TEACCH.

Les remises en cause, non, les questionnements on les fait beaucoup entre nous mais un regard extérieur nous aiderait beaucoup.

Impression de répétition ?

Non, car il y a une progression. L'objectif à long terme c'est l'autonomie. Avant il y a plein d'étapes, des petits objectifs, qui ont peu de prétention, des objectifs palpables, c'est moins déprimant. Avant on ne travaillait que sur des hypothèses. On leur apporte une structuration intérieure, ça avance par petits pas, souvent on pense qu'il va y avoir généralisation d'un apprentissage et puis non. Le problème général c'est la généralisation.

(M. C) c'est surtout la lassitude, plus envie de rien faire car on ne faisait rien, il y avait toujours les mêmes difficultés de communication, de compréhension. Quelques uns ont essayé les packs. Quand on utilisait la méthode psychanalytique, on avait des temps individuels avec les jeunes, le mot que le jeune disait on devait le rapporter au psychanalyste. Si ça n'avait pas changé j'aurais quitté le groupe. Il y a eu un changement de personnel, j'ai mis en place un atelier bois. Pour passer le temps, pour dire que j'étais payée. Sinon il n'y avait rien de concret, j'ai passé des heures assise par terre avec le jeune, il fallait attendre, il ne bougeait pas.

Tourner en rond sans aucun projet précis, aucun être humain ne peut supporter. Les jeunes adoraient la nature, il m'a paru intéressant d'aménager les sentiers.

C la piscine, le ski de fond, on voulait les sortir mais on n'avait pas de projets individualisés.

J on se transformait en observateur (mimiques), on essayait d'exprimer ce qu'ils avaient à l'intérieur, par des chansons, des mimes. On notait ce qu'ils faisaient.

M.C je décrivais des gestes, les comportements, pourquoi il léchait la vitre ? à quel moment ? j'étais près de lui ou non...

dans la maison on avait une « aura », il y avait le groupe des psychotiques et le groupe des handicapés.

L'atelier sentier c'était les prémisses, des travaux clairs, des points de repère (projet en élaboration avec Sésame autisme pour les jeunes adultes). Les jeunes avaient des possibilités plus importantes que ce qu'on nous disait, en fait ils ne savaient pas faire. Par exemple, ils ne savaient pas prendre un piochon. Ils en retirent beaucoup de plaisir d'apprendre et de réussir.

M.C les troubles du comportement se sont abaissés, alors que c'était toute la journée.

S. Quand je suis venue visiter les jeunes, je les ai vus sur le sentier, en les voyant il n'y avait pas particulièrement de troubles de comportement, quelle différence avec l'internat ! c'est ce qui m'a le plus surprise .

Les journées étaient plus faciles à structurer, en atelier d'apprentissage c'est clair, il y a un travail futur. En internat c'est difficile, dans l'atelier c'est pour apprendre alors qu'en internat, les loisirs, c'est moins évident. Quand on a essayé de structurer leur vie, des différences théoriques se sont révélées incompatibles, certains disaient que les jeunes n'avaient pas envie ou ne savaient pas, par exemple pour se laver. C'étaient deux prises en charge de plus en plus éloignées, les autres c'était les mettre dans un cocon, ne pas les contrarier. Problème douloureux, beaucoup de conflits, de déni, jusqu'à ce que ça devienne impossible. Par exemple, il y avait une jeune qui recherchait des objets, des personnes lui en amenaient de chez elles, s'il arrivait qu'elles n'amènent rien c'était une crise épouvantable. C'était la discordance c'était devenu invivable, même pour les jeunes ça été dur, des troubles du comportement horribles, ce sont les jeunes qui prenaient tout. J'ai beaucoup poussé, il n'était plus possible de fonctionner de cette manière, c'est la directrice qui a pris la décision finale. D'où la grosse question : est-ce qu'il est possible de fonctionner avec deux approches

si différentes ? à savoir l'autiste un handicapé, l'autiste un malade mental capable de comprendre tout ce qu'on lui dit.

A cette époque on aménageait l'environnement du jeune, si un jeune ne supportait pas les déchets, on les enlevait de sa vue. Un autre quand il est arrivé ne mangeait que de la banane écrasée et des yaourts, on ne lui proposait pas autre chose, comme il marchait pieds nus on le portait. On ne lui avait jamais proposé autre chose, on disait ça lui fait peur. L'interprétation analytique des morceaux c'était un découpage de la personnalité.

J. le choix de la nourriture, ils mangeaient à l'allure qu'ils voulaient, il fallait tout leur mettre sur la table, isoler un autre, couper la viande sans attendre. Peu à peu c'est devenu tendu avec le psychiatre, ce qu'on faisait était considéré comme la peste noire.

Après on n'était plus soignant mais éducatif.

Ce qui était difficile c'était de supporter de voir ces jeunes tourner en rond mais quand on est exigeant ils mettent six fois plus de temps pour le faire, on se dit qu'ils ne vont pas y arriver, ils s'en voient, on se dit qu'on est très dur avec eux, des fois on a cédé. Par exemple, pour qu'un jeune ne fugue plus de sa maison, on lui a dit qu'il aurait de l'argent de poche et qu'il pourrait faire les courses (il adore) s'il arrêtait de fuguer. Sinon il était puni de courses ? Il a fait des colères, crié, s'est mutilé mais c'était défini avec les parents et ça été bénéfique.

Pour l'apprentissage c'est souvent de la répétition il faut leur dire de se laver les dents après chaque repas du soir peut-être il faudra le faire jusqu'à ce qu'ils aient 20 ou 25 ans. Emotionnellement c'est difficile de se heurter à cette rigidité, on a toujours besoin d'un rappel théorique sur l'autisme, c'est pas pour nous emmerder qu'ils sont comme ça. Même les bisous, ils en font à n'importe qui, on casse leur élan affectif, « ce n'est pas le moment de » ou encore il y a une fille qui se jette dans les bras de n'importe qui. Au début je me disais on va les perturber et puis non. De l'extérieur on donne l'impression d'être rigide. Mais maintenant je considère mon travail comme du travail, avant c'était toujours interprétatif, on était un peu des apprentis sorciers.

M.C les jeunes étaient mis de côté, dans des pièces à part, on n'allait jamais à la fête de Noël. Maintenant le personnel connaît mieux les jeunes, on les présente aux autres personnels. On s'est toujours mis en retrait, ça date de cette époque. Matériellement on était isolé, on passait par une porte dérobée. Même nous on disait ils ne pourront pas s'adapter.

J. pour aider les jeunes il faut une très bonne compréhension théorique de l'autisme, c'est très difficile de les aider ou d'appliquer des choses que l'on comprend pas.

M.C dans quelle angoisse on a pu les avoir mis !

J. ce qui est très difficile c'est d'arriver à voir qu'un jeune ne peut pas exprimer ce qu'il voudrait.

M. C à tout leur faire, c'est difficile de ne pas faire à leur place, heureusement les collègues m'aident. Et puis quelle frustration quand on est pas là, on les habitue à se passer de nous.

M. Ch tout le côté qu'on pensait qu'à travers la relation on allait faire des miracles mais ce qu'on est au fond n'est pas si important que ça, c'était une sorte de savoir théorique. Pour pouvoir accepter ce qu'on sait sur l'autisme (handicap) il a fallu tirer un trait sur ce qu'on savait (savoir psychanalytique).

J. comprendre l'autisme comme handicap, avec ce qu'on connaît actuellement, c'est une approche plus... il n'y a pas encore beaucoup de théoriciens.

INTERVIEW N°9 Hôpital de Jour

Interview du médecin psychiatre responsable du service

Constitution de l'équipe : dix soignants. Vingt à vingt cinq enfants. Les enfants viennent deux tiers de journée soit de 9h à 13h30 soit de 13h à 15h30, quatre à cinq jours par semaine. Le cadre est très ferme. Les enfants prennent leur repas à midi. Ils ont des référents (infirmiers et éducateurs). Il y a beaucoup de temps individuels. Chaque soignant a une pièce et il y passe environ 1H30 avec chaque enfant par demi-journée. Ils ont une relation individuelle privilégiée.

La psychologue fait un groupe analytique (formation G. Haag). Ce que font les infirmiers et les éducateurs, ce sont des soins.

Il y a beaucoup d'obligations :

- une réunion journalière d'une demi heure ;*
 - une réunion de synthèse d'une demi journée par semaine (un cas d'enfant + des choses communes)*
 - chaque soignant rencontre la psychologue tous les quinze jours pour réguler le travail ;*
 - une analyse institutionnelle qui dure deux ans avec un analyste de groupe lyonnais*
- La psychiatre rencontre les parents, les écoles, assiste aux réunions.*

Organisation d'une journée :

9h / 10 h : temps informel

10h/ 11h15 : temps individuel

11h30 / 13h30 : accueil des nouveaux, repas, après repas

14h / 15h30 : temps individuel

16h : réunion hebdomadaire

On est né de rien, fermeture d'une unité de soins et ouverture d'une autre. Au départ ce n'était pas très cadré, il y avait des petits temps, des personnes sont venues bénévolement. Il y avait un clivage de l'équipe : groupe de grands et un groupe de petits, le groupe des grands voulait échapper à la loi. Il n'y avait pas de médecin fixe.

Actuellement, médecin à temps plein, psychologue à temps plein, psychomotricienne à 80 % (fait du groupe analytique). Tout ce qui est corporel est du ressort des soignants, l'interprétation aussi. Un cadre infirmier depuis trois ans, une assistante sociale une journée, une orthophoniste une journée.

On n'utilise pas de technique éducative ou cognitive. Les supports sont les bienvenus (gâteaux) mais pas de façon réglée, à type d'activité. Avant il y avait un groupe terre, contes de fée et puis on s'est rendu compte qu'il y avait des processus groupaux qui se produisaient et que les gens n'avaient pas les compétences pour les analyser .

Ne pas formaliser, certains jeux cependant peuvent être répétitifs. Ne pas mettre l'activité au premier plan, que les choses puissent se dirent en individuel. Les ateliers on ne savait pas bien les contrôler. (de 1982 à 86)

Dans le groupe dissident, les enfants étaient ensemble d'un côté et les adultes de l'autre, les contre-transferts n'étaient pas amenés.

Des attitudes particulières à propos des enfants autistes ?

Beaucoup de rejets, désespérances, projections sur l'enfant, ils ont appris à observer les autistes. Passivité extrême. Accepter sa propre impuissance, un petit fait réenclenche le processus dynamique.

Interviews de J., éducatrice spécialisée, depuis sept ans à l'hôpital de jour

P., infirmière, depuis quatre ans à l'hôpital de jour

P. : je serais bien allée chercher la synthèse de S. j'ai pas mal parlé de cette gamine à travers mon vécu à moi, c'est parti du fait que j'étais là penchée sur ma feuille, j'arrivais rien à dire, raconter qu'elle fait rien qu'elle passe son temps sur sa chaise, je mettais ça en deux lignes...

J. : elle renvoie des choses qui ne sont pas banales, j'ai parfois l'impression par moment d'être dans une sorte de routine, il n'y a rien qui bouge vraiment mais bon tu dis des choses un peu timidement est-ce que c'est bon, est-ce que c'est pas bon ? qu'est-ce qu'ils renvoient ? qu'est-ce qu'ils ne renvoient pas ? qu'est-ce qu'ils en prennent ? je m'occupe d'un petit garçon L. qui vient d'avoir quatre ans, il est très autiste, et puis bon cette histoire de le voir remplir et vider des contenants, ça fait un bout de temps qu'il fait ça, et d'un coup de fantasmer, d'interpréter que ça me faisait penser à la bouche, peut-être parce que maintenant il y a un fond alors que quand il est arrivé, il n'y avait pas de fond quand il est arrivé il prenait les aliments à pleine main, il s'obstruait la bouche mais on aurait dit qu'il n'était jamais rassasié, un puits sans fond, il aurait pu manger tout le temps, j'ai l'impression que par à coups il me renvoie des choses, qui me font réagir par rapport à l'autisme qui me renvoie des choses.

P. : Je m'occupe de trois enfants en ce moment et deux depuis longtemps et S. est une gamine qui va vachement puiser au fond, qui qui ... moi quand je suis arrivée au début j'ai associé vachement de choses avec ma mère à moi donc c'est mon histoire personnelle ; c'est une gamine qui m'a amenée à faire ce travail de part sa façon d'être de ce qu'elle renvoyait avec sa mère, sa mère avec elle et au début c'est un peu angoissant tu sais pas trop où tu mets les pieds où ça va s'arrêter, toi tu as ton histoire et tu te dis « Ouh là là ! » et puis dans le travail avec les gosses il y a des fois où je ne savais pas trop où j'allais et est-ce que je fais bien ? est-ce qu'en disant ça je vais pas casser quelque chose, est-ce que je peux me permettre aussi de dire ça ? c'est pas toujours évident de rester à sa place de soignant.

Vous les voyez seuls et pendant assez longtemps

P. : Oui, c'est un temps privilégié, c'est intense et même quand tu vois des groupes thérapeutiques c'est trois quarts d'heure nous c'est une heure et quart à une heure et demie de pièce et t'as des enfants qui sont quand même plus vivants. S. est autiste et elle est très inhibée par contre elle communique par le regard et par les gestes, tu sens ce qui passe, ce qui ne passe pas.

J. : elle donne des choses positives, elle te donne la capacité à penser.

P. : elle peut te donner aussi à être dans le vide, le néant et dans plus rien. Il faut dire que J. s'occupait de S. et JL et c'est moi qui l'ai remplacée, donc je m'en suis occupée et quand elle est revenue j'ai continué avec eux.

J. : j'ai eu L. et M. et dans l'intervalle un enfant dysharmonique et là c'est vrai qu'il était plus vivant dans le sens où il se rapprochait le plus de la norme, on jouait, il y avait un travail psychique à travers le jeu, il y avait beaucoup de productions.

P. : tu prends JL qui est un enfant pas mal autiste, je ne l'ai pas connu à son arrivée mais tout le monde disait comment c'était impressionnant la façon ...

Vous pouvez préciser ce qu'est pour vous l'autisme ?

P. : pour moi un enfant autiste est un enfant qui n'a pas la perception de l'autre, qui n'est pas dans l'échange avec l'autre, qui est dans son truc alors moi souvent j'emploie le mot bulle parce que, mais bon c'est pas une bulle comme les gamins qui sont sous bulle stérile, c'est vraiment une bulle opaque avec de temps en temps des petites percées comme ça. JL qui était vraiment dans son truc, c'est un gamin qui commence à parler, il est plus vivant dans ce sens là où il y a plus d'échange avec l'autre où dans la pièce il peut mettre des petits scénarii en place du style jouer au docteur, au prisonnier, t'attacher les mains, attendre que tu te délivres ou des choses comme ça donc il t'apporte un matériel, un support plus pratique et là dessus tu peux parler alors que S. c'est plutôt une enfant qui va te chercher dans tes...dans tes... toutes les fonctions archaïques que tu peux avoir et qu'elle a et puis beaucoup dans le transfert / contre-transfert, je veux dire elle a, elle joue beaucoup là dessus sur ce qu'elle a, elle, et ce qu'elle va te balancer comme ça et qu'est-ce que tu vas en faire.

Ce qu'elle balance c'est quoi ?

C'est une énorme violence, une grande agressivité, un énorme « rentre dedans », c'est tout le mauvais qu'elle a, elle te le donne et toi qu'est-ce que tu en fais, est-ce que tu peux transformer ça en bon ? est-ce que tu peux transformer sa violence en disant que c'est violent mais qu'on peut faire autrement et puis on est pas obligé de renvoyer sa violence à elle ce qui n'est pas forcément évident, il faut penser à mettre de la distance et puis des fois tu es complètement dedans et tu n'as plus de mise à distance. Dans ces cas là, moi très souvent avec S. je réagissais très fermement par des choses trop difficiles, je disais « maintenant c'est comme ça point final » et voilà quoi.

J. : je crois qu'ils nous poussent à réagir de façon ferme, c'est comme M. qui me fait réagir et maintenant L. Il présente des choses que j'ai du mal à supporter : tu vois qu'il joue avec ses selles, qu'il mange ses selles, il n'en a certainement pas conscience mais c'est une exploration de découvrir son corps, de se sentir ou je sais pas quoi, il renvoie des choses qui sont difficilement supportables.

P. : c'est pas facile de dire quand il mange ses selles il est en exploration de son corps, tu as envie de dire arrête c'est dégoûtant !

Du coup comme c'est difficile j'aurais tendance à répondre par de la violence, je veux dire lui taper sur la main ou le secouer alors que bon...

P. : quelque chose de rigide qui n'appelle aucune réponse, je veux dire il n'y a pas de réponse possible, c'est comme ça, tu te conformes à ça, dans ces cas...

J. : ça appelle pas la compréhension

P. : et du coup pour des enfants bien réceptifs à ça comme S. elle est complètement bloquée, elle peut pas répondre, elle peut pas non plus transformer certaines choses, et c'est vrai qu'il faut sans arrêt penser à ça.

J. : M. par contre je ne sais pas ce qu'elle transforme mais si je lui dis quelque chose dans une situation donnée quelques jours après elle peut dans une situation similaire même si elle voit quelqu'un d'autre vivre la situation similaire, elle peut donner la phrase texto mais qu'est-ce qu'elle en fait vraiment ? ça je ne peux pas dire mais en attendant ça colle, c'est conforme, ce qui lui fait une apparence plaquée.

P. : c'est comme le coup du cheveu à midi, j'ai été surprise qu'elle puisse en être là quoi ! déjà le dire que c'était un cheveu tout d'un coup comme ça, elle était gênée, elle a pleuré.

J. : elle a pleuré, moi je ne comprenais pas, j'ai mis du temps et puis bon effectivement il y avait un petit cheveu noir, dès qu'il a été enlevé c'est bon.

P. : à côté de ça, elle mord, elle salive, elle a des poux, ça la gêne pas tout ça !

J. : cette semaine, je ne sais plus quel jour, elle était assise sur le matelas et moi dans le fauteuil et je lui parlais de l'école, samedi dernier elle est allée pour la première fois à l'école, bon une heure et demie. Je lui ai dit : c'est bien, d'être avec les autres enfants ; elle ne me regardait pas vraiment, elle louche beaucoup et elle me dit « où tu es J ? » j'étais un petit peu surprise, « tu es avec M. dans la pièce ? »

J'avais l'impression qu'elle mettait plein de distance, que j'étais pas là, pas présente vraiment. Ça me renvoie à toutes ces phrases plaquées qui correspondent bien à la situation qu'elle te lance comme ça...

P. : quand je suis arrivée ici j'étais toujours très surprise des gamins qui tout d'un coup percutaient comme ça ou toi t'es complètement à côté de la plaque et alors ils s'en rendent compte les gosses et hop ils te remettent sur le bon chemin, S. c'est pareil. Quand j'étais trop excédée, hyper en colère tout d'un coup elle faisait un petit truc, un petit mot, histoire qu'on se parlent toutes les deux, qu'on se retrouve, quand elle voit que ça va trop loin elle sait très bien faire ça. Et JL c'est pareil, je suis partie six mois en maternité, le dernier jour avant que je parte en « mater » et le premier jour où je suis revenue il y a eu six mois entre les deux, il a fait les mêmes choses, exactement, il a rejoué ce qu'il avait fait le jour du départ, en tous les cas... c'était trop gros pour que je le vois pas. Je trouve que par rapport aux autres gamins dits « normaux » il y a beaucoup de vécus psychiques qui sont beaucoup plus poignants.

J. : on a l'impression qu'ils sont à l'état brut.

P. : ils savent bien pointer ça.

Tu parlais tout à l'heure d'une impression de vide

P. : j'ai employé l'expression de néant, il y a rien c'est affreux comme sensation. Parfois j'ai l'impression avec S. qu'il n'y a rien, je me laisserais engouffrer là dedans, l'impression de partir dans un trou sans fond, il n'y a plus la consistance de soi, de ta tête, de ton corps, il n'y a plus rien. Des gamins qui à force de puiser dans ton désir de vie à toi, ça s'épuise pour de bon et ils arrivent au désir de mort, du coup je me suis sentie beaucoup de fois en danger avec S. elle avait une atteinte sur mon psychisme assez importante.

Avec des répercussions à l'extérieur ?

P. : plus maintenant mais les premiers six mois oui. Souvent mes tantes, mon mari me disaient : « décroche un peu » . J'étais prise dans un questionnement sans arrêt mais bon...

J. : j'ai pas le sentiment de penser tout le temps à mon boulot mais quand je parle, que je les écoute et que je leur renvoie des choses, ils me disent : « arrête de m'analyser, t'es plus au centre »

P. : tu prends un système de réflexion et souvent avec ma fille, même avec mon fils pourtant il est petit j'ai des phrases d'ici qui vont à la maison.

J. : moi ils me disent : « t'es pas obligée de tout expliquer ».

P. : ici on est beaucoup dans la verbalisation, même si on explique rien du tout d'ailleurs, on dit les choses. Une gamine est en colère « tiens t'es en colère » je ne dis jamais à ma fille : « t'es en colère » ; je le verbalise pas comme ça quoi. Ici on leur dit tout leur vécu, on essaie en tout cas. Je pense qu'ils n'ont pas toujours conscience de ce qui leur arrive. Des fois il m'est arrivé de penser à la sensation de faim chez les bébés et au début de sa

vie un bébé ne sait pas qu'il a faim, la sensation physique c'est tout, alors qu'est-ce qu'il en fait ? ça se termine quand tu lui donnes le sein, c'est toi qui penses pour le bébé que peut-être il a faim et qu'il faut lui donner à manger. Je pense que ces enfants ont un vécu physique, une angoisse quelque chose qui prend, mais ils ne savent pas quoi en faire, ils ne savent pas ce que c'est. Tu penses pas pour eux mais tu penses en leur disant peut-être que tu éprouves ça, tu mets des mots là dessus. Tu peux espérer que ça passe, que tu puisses transformer ça, faire quelque chose avec et eux par la même occasion. C'est vrai aussi qu'on en arrive beaucoup à la fusion avec ces gosses.

Physique ?

Physique oui, ils viennent se coller, il y a beaucoup de « rentre dedans » quand il est sur mes genoux par exemple, il a son dos sur ma poitrine, il est plus que collé et puis si je le prends de côté il cherche à noyer son regard dans le mien, moi il me renvoie à un tout petit enfant, d'ailleurs il m'arrive de le bercer, de le contenir.

P. : et moi S. qui a douze ans ça m'arrive de la bercer encore, je la prends comme un bébé. Avant elle avait une façon de te regarder, elle était dans toi, elle était dans tes yeux, c'est trop ça aussi. Quand je suis arrivée !

Tu avais travaillé avec des enfants ?

non, j'avais fait deux ans de psy adulte. C'est en arrivant ici que je me suis rendue compte de ce qui se passait dans l'autre service, je m'occupais beaucoup des jeunes psychotiques. C'est impressionnant ce regard qu'ils ont : S. je la regardais, je la pétrifiais complètement, je lui rentrais dedans et comme elle devait se sentir « intruser » elle ne pouvait plus rien faire mais si je ne la regardais pas, elle était lâchée, elle était vide, il n'y avait plus rien non plus et c'était sans arrêt un jeu comme ça. S. elle arrivait devant le frigo et si je ne me levais pas, si je ne l'accompagnais pas physiquement sans la regarder, je crois qu'on serait resté une heure comme ça.

J. : Moi j'avais l'impression avec S. que si je la regardais ça lui faisait peur mais comme si elle avait peur d'être dévorée et elle n'allait prendre un dessert que si elle m'avait fait la bise, comme si elle me remerciait d'avance comme si... je ne sais pas ce que ça représentait pour elle.

P. : avec moi elle a arrêté. Quand je suis arrivée, je n'avais pas tout le vécu des gamins et à S. je lui ai dit : « tu ne vas pas me faire un bisou chaque fois que tu veux quelque chose » et elle s'est arrêtée comme ça. Je n'avais pas réfléchi à tout ce que ça pouvait entraîner.

J. : le bisou arrivait au bout des crachats, des cris, de la coloration des lèvres par le rouge à lèvres, tout un tas de trucs.

P. : plusieurs fois ça m'est arrivé de lui pointer que c'est pas mauvais ce qu'elle a au fond d'elle, elle est pas obligée d'aller salir tout le reste avec ce qu'elle pense mauvais, du coup elle remet la salive dans sa bouche.

J. : M. elle bave, elle a toujours un fil de salive qui pend et qui se pose n'importe où. Quelquefois elle est gênée, moi je pense que peut-être des fois elle est gênée parce que des fois elle peut essayer ou elle se dit garde ta salive dans ta bouche c'est pas mauvais.

M. est bourrée de poux, je ne peux plus la câliner, c'est une petite qui en a besoin, pourtant au début je le faisais, mais depuis septembre il n'y a pas moyen. Je suis sûre que ça lui manque.

Tu travaillais avec des enfants avant de venir ici ?

Oui je travaillais avec des cas sociaux, dont certains dits caractériels qui étaient certainement dysharmoniques. Ça m'intéressait et ça m'intéresse toujours de bosser ici, j'étais un petit peu fascinée par l'univers des autistes, j'étais fascinée peut-être un peu fascinée, tout mélangé.

P. : quand je suis arrivée ici j'ai pensé que je ne saurais pas faire.

J. : je n'ai pas eu cette impression, je ne sais pas si je me suis demandée si je savais ou non faire, en fait S. était en attente d'un soignant, il y avait une autre enfant qui était aussi en attente et je me souviens que quand je suis arrivée S. m'a tourné autour et elle ne m'a plus lâchée. Et puis ça c'est fait comme ça et puis c'est vrai qu'elle est adorable, je pense qu'il y a eu beaucoup de séduction des deux côtés et puis moi j'ai tendance à fondre, c'est très bien que tu t'en occupes (à P) parce que je pense qu'il y avait des liens trop forts avec S.

P. : des fois moi aussi, des liens un peu trop forts.

J. : il y a un travail qui s'est, elle a joué des trucs, c'était fort, c'était même touchant, ça m'ébranlait beaucoup, la naissance tu vois je suis persuadée qu'elle a joué la naissance alors elle m'a fait installer sur le tapis par terre, elle m'a écarté les jambes elle s'est mise entre mes jambes et puis il y avait à la fois du rentre dedans à la fois elle sortait, à la fois elle ramenait cette espèce de souris en peluche qu'elle avait avec elle et puis elle ressortait elle criait « maman » tout un jeu autour de parler, de naître, d'exister... d'être, d'être séparée, sa soignante était partie, quelqu'un d'autre arrivait. C'était ce que je croyais comprendre autour de ça avec S., c'est vrai qu'elle crachait énormément, qu'elle criait énormément. Et moi je mettais un peu de rouge à lèvres alors on a commencé par des concours de cris, on s'enregistrait, on criait, on criait et puis après le cri c'est devenu un son puis des espèces de mots et puis bon voilà. Le rouge à lèvres, rouge sur les ongles, elle me prenait la main et elle se passait mon ongle sur les lèvres, je lui disais oui on peut maquiller les lèvres, on peut faire joli, on peut sortir des bonnes choses de la bouche, j'apportais des bâtons de rouge à lèvres, tout des trucs qui s'enchaînaient et puis il y a eu la bise à table, toujours autour de la bouche.

...

Est-ce qu'il n'y a pas des moments où vous ne pouvez plus penser ?

J. : moi j'ai mes défenses c'est le rire, M. elle prête à rire, quand je bloque et que c'est trop dur je pique une crise de rire et je vois en fin de semaine on rigole à table. On doit être fatigué.

P. : mais bon comme on dit aux gamins : « je ne suis pas toute puissante, surhumaine », je ne devine pas ce qu'il y a dans sa tête, elle devine pas ce qu'il y a dans la mienne et que moi j'ai mes défaillances aussi et elle c'est pareil. Parce que ça aussi je crois que S. des fois je crois qu'elle est dans la perfection d'être et que si il y a une défaillance chez elle eh bien c'est la cassure, c'est plus rien, comment dire, je crois que S. ne peut pas être si elle n'est pas parfaite dans sa tête et c'est difficile d'accepter tout ce qui est de l'émotivité parce que ça chamboule, on ne peut plus penser comme ça, elle peut pas non plus accepter qu'on lui fasse une remontrance, du coup elle s'écroule à chaque fois. Chaque fois que je lui ramène que je suis défaillante et que des fois je ne peux plus, ça l'angoisse mais maintenant on peut le travailler et c'est généralement là où elle vient me relancer en disant il faut continuer.

A J. « ça ne t'as jamais préoccupée plus que ça, même en dehors du boulot ?

J'entends parler de collègues qui rêvent, ça ne m'est jamais arrivé, non je crois, peut-être parce que j'ai suivi une autre formation, j'en sais rien, j'ai été intéressée pour bosser avec des enfants autistes et psychotiques, je suis intéressée par les enfants en général

alors c'est qu'il y a des choses qui sont difficiles, par exemple j'aurais pas aimé vivre une grossesse en travaillant ici, je pense que ça aurait été difficile, j'étais bien contente en rentrant chez moi de trouver des gamins « qui font des conneries » certainement des choses qui se jouaient comme ça. Outre le fait dans les premiers temps de ressentir une fatigue.

P. : qu'est-ce que j'ai pu dormir, je crois que je regardais les dix premières minutes du film et après je dormais et allongée ou assise. Je n'ai jamais autant dormi que la première année où je suis arrivée ici et je crois que j'ai mis un an. D'ailleurs parfois quand c'est difficile, le soir je suis fatiguée dans ma tête, je n'ai plus envie de réfléchir.

J. : maintenant quand je suis fatiguée j'ai besoin de calme chez moi, de ne plus rien entendre, c'est une façon de réagir à la violence de la psychose.

P. : ça me rappelle une anecdote, ma fille qui a six ans et on devait faire le repas de Noël et je dis oh là là ça va être une journée difficile le soir, je vais revenir avec un tête comme ça ! et ma fille qui me dit : « pourquoi t'as pas de bruit, ils ne parlent pas ! » et les enfants ici ça te rentre dans la tête, il y en a qui ont des enveloppes sonores ! ça aussi tu prends ça pour du bruit et après tu te rends compte que ça te rentre dans la tête, alors soit tu mets de la distance et chez toi tu as envie de calme, et des jours tu n'entends plus.

J. : moi j'entends par moment dans la journée alors que j'imagine que c'est un bruit en continu.

P. : et des fois ça arrive, il n'y a plus de bruit, à table. Alors là, tu l'entends tout de suite.

Les coupures des vacances ?

J. : Je suis très contente quand il y a des fermetures.

P. : moi aussi, j'ai passé six mois à la maison, je suis revenue et au bout de quinze jours j'avais l'impression, j'avais l'impression d'être là depuis trois ans.

J. : tu perds rien, tu reviens rien n'a changé.

P. : les gamins se chargent de te remettre... ça aussi je trouve ça extraordinaire la façon dont ils font passer les choses.

J. : quand je suis revenue des gamins que je ne connaissais pas trop sont revenus comme si je m'étais occupée d'eux.

P. : dans ce sens là, d'accord, quand je suis revenue de maternité ils ont tous fait attention à moi à un moment ou à un autre. Je crois que tu n'es pas là, ils t'ont perdue...

S. quand je suis revenue de congé maternité quand elle m'a vue elle était là figée, figée, ça m'a impressionnée, je pensais qu'elle allait me sauter au coup ou m'ignorer, me faire la gueule parce que j'étais partie. Elle y croyait pas et ça a duré une semaine, après elle est venue me faire un bisou.

P. : quand je suis revenue de maternité, que j'étais déçue mais c'est pas vraiment le mot par S. j'avais la pensée magique que le fait je parte j'allais la retrouver disant des mots, j'ai fait pas mal de liens entre mon bébé qui allait naître et est-ce que j'attendais pas que S. naisse une nouvelle fois ? j'ai dit c'est difficile S. c'est toujours la même, JL. je suis bien contente il n'a pas changé. Je crois beaucoup que l'évolution des gamins dépend beaucoup de ce que nous on y voit, alors.

.... S. par rapport à ton sujet c'est l'enfant qui me fait le plus de choses. Des fois j'ai l'impression qu'elle dépose toute sa merde à l'intérieur de moi, elle m'envahit par sa merde, par son côté mauvais et puis des fois elle fait des choses, j'en suis fière presque, elle est

toujours un peu... S. commence à prendre du plaisir à entendre les compliments des autres, je suis ravie de ça, ça c'est très fort, S. sait bien faire ça.

J. : moi je me dis, dans des situations comme ça, dans l'esprit des enfants comment on se substitue à leurs parents, les parents il faut qu'ils acceptent la maladie de leur gamin et qu'ils fassent le deuil de leur gamin qui ne peut pas les renarcissiser

P. : et puis qu'ils acceptent que l'enfant puisse être investi par quelqu'un d'autre. JL. quand ça allait pas, ils nous punissaient en ne mettant pas leur fils au centre.

J. : M. était très enrhumée et j'avais fait un mot où j'avais mentionné les poux, le fait qu'elle était très enrhumée et qu'elle angoissait et le lendemain M. on aurait dit un clown, elle était couverte d'éosyne. Ça m'interroge beaucoup tout ça, la relation aux parents puisqu'on les rencontre de temps en temps, l'enfant est vécu de telle façon chez lui, il se sent porteur de quoi, qu'est-ce qu'on lui renvoie ?

P. : et quelle place on lui donne ici ? je pense à JL qui hurle chaque fois que sa mère vient ici. Quelle place on lui accorde ici pour qu'il ne puisse pas laisser un espace pour sa mère ?

Le travail en équipe, les réunions, les supervisions ?

J. : on a beaucoup de réunions, tous les soirs on termine par une petite réunion de 16h à 16h 30 ; tous les mardis on a notre réunion d'équipe, et un temps d'analyse institutionnelle une fois par mois. Pour moi le plus important...

P. : le temps avec la psychologue aussi.

J. : oui tous les 15 jours, le plus important c'est quand on s'interpelle entre nous comme ça, on parle pendant le repas.

P. : je ne sais pas si c'est le plus important pour moi, c'est peut-être celui qui m'apporte le plus de réponse dans l'immédiat et qui me permet d'avancer un peu.

J. : tu vis une situation avec un gamin, tu rencontres quelqu'un et tu racontes ou même sans raconter, un soignant dit quelque chose à un soignant et puis paf ! par exemple la maman de M. m'a envoyé un mot pour me dire qu'il fallait que j'arrête de mettre de la poudre sur les cheveux de M. parce qu'elle arrivait pas à s'en débarrasser. P. me dit, moi je demanderais au surveillant d'écrire, je suis allée le voir. J'aurais pu en parler en équipe mais non j'ai fait lire le petit mot, ça m'apporte beaucoup les échanges comme ça je trouve que c'est plus spontané.

P. : je suis relais de M., je la connais bien, j'ai fait son observation, des fois je dis des choses à J..

J. : JL disait un truc comme « hiii » ça m'a fait penser à un film, un rêve d'enfant avec un coq qui chante.

P. : J. m'a apporté la cassette que je ne connaissais pas et alors j'ai laissé traîner la cassette et JL a crié. On en a parlé. F. l'autre jour a dessiné un superbe dessin, à trois heures trente je suis sortie avec mon dessin, « vous avez vu » et puis ça part sur des discussions qui t'aèrent l'esprit.

J. : échanger comme ça, et ce système de relais qui facilite beaucoup les choses, ça nous amène à accepter la différence. On intervient à peu près tous de la même façon mais on a chacun nos différences, on intervient avec nos personnalités.

Formations ?

Des colloques.

Supervisions ?

dans l'institution.

Ici vous avez des outils pour penser ?

P. : je suis toute jeune, moi j'ai suivi ce truc là quand même, moi je dirais plus que j'apporte mon vécu et que la psychologue permet de mettre des mots là-dessus.

J. : je suis allée à pas mal de colloques et puis des mots que tu entends, et puis un jour le gamin te met ça en face des yeux, un jour ça parle.

P. : Je me souviens qu'ici on dit « tu peux pas me rentrer dedans », au début je me disais mais ça veut dire quoi ? L. a commencé à se glisser sous mon fauteuil mais là je me suis dit : elle me rentre dedans et c'est un mot qui m'a dit quelque chose. Ces gamins prennent position à l'intérieur de toi.

J. : moi quand je suis arrivée ici j'étais effarée de voir comment les gens psychanalysaient à tous les coins de couloir ! je me suis demandée où j'avais mis les pieds, je trouvais que c'était factice, je n'ai plus du tout cette impression.

P. : Moi avec C. (une infirmière) j'ai eu l'impression que son vocabulaire ne correspondait pas à sa pensée. Avec des gamins psychotiques si tu ne crois pas ce que tu dis, ça ne passe pas.

J. : personnellement ça m'a poussée à aller voir ailleurs

P. : moi je suis pas du tout dans cette recherche. Je n'ai pas encore cette quête d'un savoir théorique.

J. : ici je trouvais qu'on disait des mots compliqués et qu'on se faisait plaisir à dire ces mots compliqués et à les entendre dire. J'avais envie d'écouter autre chose car ici on te donnait la pensée, la théorie et maintenant ce n'est plus ça du tout.

P. : Maintenant on peut se défendre de cette position de thérapeute, on reste plus à notre place de soignant qui peut être défaillant, ça passe mieux, on a pas la science infuse. La première année j'ai marché vachement au feeling et A. me permettait de mettre des mots là dessus et à une période je lisais, je lisais, j'ai perdu toute ma spontanéité et ça je ne sais pas si c'est une bonne chose.

J. : j'avais l'impression que l'on ne pouvait pas être spontané dans la relation, des choses toutes bêtes comme donner un surnom à un gamin ou le plaisanter, j'avais l'impression que c'était pas permis. J'ai besoin de ça.

P. : Dans les choses qu'on peut il y a toute la relation avec l'adulte et là l'enfant n'existe plus, ça devient un règlement de compte. Par exemple, JL faisait partie d'un groupe thérapeutique qui s'est arrêté et depuis novembre on se demande si on en fait un autre, ça n'avance pas, j'en ai marre parce que là il n'y a plus l'histoire du gamin ». Dans ce qu'on peut dire de l'enfant, on entend ce qu'on veut par rapport au vécu qu'on a.

Vous semblez presque vous plaindre de ce trop ?

P. : on disait toujours qu'on avait jamais assez de temps pour parler, mais en fait quand on avait le temps on ne disait pas grand chose. C'est toute une histoire de confiance, chacun sa casquette, chacun sa place et si tu as sans arrêt la trouille que l'autre prenne ta place ou dise les choses à ta place, tu en arrives à te dire qu'il y a des bruits de couloirs, que tu n'es jamais au courant.

On se défend bien ici.

J. : On peut se dire les choses sans qu'on se sente agressé.

Interview

A., infirmière psychiatrique, à l'hôpital de jour depuis sept ans

D., puéricultrice à l'hôpital de jour depuis neuf mois

A. : moi j'ai T. qui est un enfant psychotique de treize ans et J. un enfant de cinq ans depuis deux ans qui est autiste et très poupon.

D. : moi ça fait dix mois que je suis ici, je suis la dernière arrivée, la petite nouvelle ! ça m'est sûrement un peu plus difficile d'en parler. Pour moi ça été une démarche, ça faisait longtemps que j'avais arrêté de travailler, j'avais envie de travailler, j'ai une formation de puéricultrice mais pas faire ce que je faisais avant. J'ai fait beaucoup de réanimation avec des plateaux techniques lourds. J'ai commencé par un remplacement et puis je suis restée.

A. : c'est ma septième année avec les enfants et sinon j'étais dans les étages pendant quinze ans en service adulte. Là, c'était un choix et une découverte car on se forme sur le tas et puis par les lectures qu'on peut faire à côté.

D. : on se fait malmener, ça je m'en suis rendue compte pendant mon remplacement qu'il fallait se protéger et si je suis arrivée à trouver ma place ici c'est parce que j'arrivais à faire les deux. Avoir un contact de qualité avec les enfants mais en même temps, ils sont quand même très destructeurs. Au début j'en rêvais, j'en faisais des cauchemars, je remplaçais Pascale qui s'occupe de S. et de J. L et au début je faisais mon repas, je faisais mes commissions, j'arrivais pas à décrocher, je n'avais qu'eux dans la tête. Ce que j'aurais dû faire, ce que j'aurais dû dire et que je n'avais pas fait au bon moment, très vite je me suis rendue compte, j'étais en train de discuter avec ma fille, je me suis rendue compte que je l'écoutais mais que j'étais toujours avec S., et je me suis dit D. ça va pas être possible. A partir de là maintenant ça se passe bien, ça été un travail que j'ai dû faire, je pense que tout le monde en est là ?

A. : moi avec un petit peu de recul, j'emploie peut-être un peu moins le mot protégé, je dirais que je ne me laisserais pas « intrusive » parce que j'ai l'impression que c'est pas le même mouvement. Quand on se protège on met des limites par rapport à l'extérieur alors que l'intrusion c'est la psychose qui te rentre dedans, ça revient au même en fait. Au début la psychose ou l'autisme ça rentre dedans, à partir de ce moment là on a besoin de quelque chose qui fasse un peu barrière. J'ai eu besoin de me protéger, de mettre une limite à partir du moment où je me suis sentie « intrusive ».

La destruction c'est quoi ?

C'est l'intrusion, les enfants qui projettent énormément de violence, une détresse, une souffrance qui par moment est difficilement supportable. J'ai travaillé avec des enfants cancéreux qui ont une souffrance physique et morale, plus la souffrance des parents mais la souffrance de ces enfants me paraît différente au sens où ils l'expriment souvent sans les mots, ça me paraît d'autant plus destructeurs et d'autant plus violent et puis c'est plus assimilé à une mort psychique, à ...

A. : je crois que ça l'est destructeur parce que ça renvoie à des sentiments d'impuissance, de doute, d'inexistence voire même de néant, tout ce que les enfants nous renvoient on réagit avec ce qu'on est mais au premier degré, alors c'est vrai qu'après, c'est pas qu'il faut une thérapie à côté, mais c'est mieux si on a quelque chose pour en parler, pour analyser, ça aide mais il y a toujours ce sentiment là d'être « intrusé », d'être détruit, d'être

quelques fois un peu fusionnel avec l'enfant. Je pense que la psychose c'est quelque chose qui peut aussi rapprocher fortement les êtres à leur insu parce que ça crée un sentiment, quelque chose qui va au-delà des mots, de la pensée, c'est au niveau du senti. Alors là, peut-être pas pour tout le monde pareil, certains auront plus de défenses, une personnalité plus forte prendra plus de distance mais d'autres colleront beaucoup, ça c'est important aussi. C'est difficile de parler de ça c'est tellement vaste...

D. : moi je suis entièrement d'accord avec N. dans la mesure où je me suis posée la question il n'y a pas tellement longtemps avec la petite fille dont je m'occupe au sujet de demain où il y a un congrès et mon premier mouvement quand je me suis rendue compte que c'était le vendredi, ç'a été de me dire « le vendredi non ». J'essaie de faire un peu attention dans ma relation avec cette petite fille de ne pas être trop fusionnelle, je suis en train de basculer parce qu'elle me renvoie sans arrêt là dedans, et je rejoins N. c'est complètement archaïque.

A. : je crois qu'on a un peu les mêmes repères mais je mets des bémols car il y a la personnalité de celui qui s'en occupe. Mais les repères des gamins sont un peu les nôtres. Je trouve que la relation avec un autiste c'est quelque chose qui va et qui vient, c'est comme un flux, moi je le sens comme ça, c'est à dire il nous fait quelque chose et nous on s'en imprègne plus ou moins, on renvoie quelque chose, et le gamin quand on sent qu'il est en détresse parce qu'il a une perte de repères, nous ce qu'on a tendance à faire c'est d'être le repère donc autant l'adulte est le repère pour l'autiste, autant on ne se sent pas la possibilité de ne pas être là, de ne pas être son repère. En même temps, ce gamin nous sert de repère à nous aussi parce qu'on pense, on juge, en fonction de notre présence par rapport à sa présence. Quand on veut prendre un congé annuel, quand on veut s'absenter ou quoi que ce soit, quand un de nos gamins perso est malade on se dit : « est-ce que je peux être défaillante, ne pas être là parce que les enfants du centre ont besoin de moi » ; enfin c'est quelque chose qui a tendance à bouger parce qu'on en parle pas mal de ça, toujours ce premier élan d'être là l'un pour l'autre et je trouve que c'est très imbriqué et ça se travaille, il faut qu'on prenne de la distance par rapport à ça, on a l'impression quelque part d'être indispensable non pas en tant que repère mais ça nous renvoie plus à une notion de défaillance, on se doit d'être là pour ne pas lui manquer et qu'est-ce que ça nous ferait à nous si on avait le sentiment de lui manquer au gamin. Sur qui il va compter, qui va pouvoir le tenir autant que nous ? dans la réalité c'est pas ça mais ça fait partie de nos fantasmes personnels et plus ou moins groupaux, on a cette manière de fonctionner dans l'équipe.

D. : ces enfants quand tu leur dis que tu ne peux pas être là le lendemain ils te montrent une détresse qui est difficile à supporter, c'est ce que j'ai dit tout à l'heure et j'ai eu du mal avec, je me suis rendue compte que le chauffeur de taxi attendait, M. enlevait sa chaussure, j'en remettais une, elle enlevait la deuxième, c'est la première fois qu'elle faisait ça. J'ai eu l'impression qu'elle faisait durer, trois fois de suite, je me suis fâchée. Ils te renvoient cet état d'esprit dans lequel tu es, c'est que tu n'as pas envie de faire mal et ils sont déjà tellement dans une telle souffrance que tu te dis pourquoi en rajouter ? s'il y a moyen de faire autrement.

A. : ils te renvoient à ta propre souffrance de séparation et ça c'est des choses, c'est en y pensant qu'on peut avancer mais sur le moment on est complètement dans la relation et c'est ça que ça renvoie, une souffrance perso. C'est l'enfant qui se sent abandonné mais nous aussi.

D. : par contre ça n'entraîne pas de sentiment de culpabilité, pas chez moi.

A. : ça c'est fonction de chacun, ça dépend de tes sentiments d'abandon, d'agressivité, de ta violence et la manière dont tu peux maîtriser tes sentiments, les penser mais ce sont des choses qu'on apprend ici, je trouve qu'on apprend à être spontané tout en étant réfléchi, c'est peut-être incompatible ce que je dis mais je crois qu'on a un comportement qui s'adapte, qu'on est naturel mais d'un comportement qui a déjà été réfléchi, travaillé. La manière de répondre aux problèmes est quelque chose qui s'est modulée dans notre tête, on devient un peu plus soignant, on met un peu plus de distance.

Vous les voyez tous les jours et sur des temps privilégiés

D. : on peut parler d'intimité

A. : intimité physique et psychique, ça me fait penser à des choses, tu peux arrêter, je ne voudrais pas que ça soit enregistré [...] on ne pas faire l'économie de nos fantasmes, on travaille avec.

D. : de donner un sens à tout ce que les enfants nous montrent, ils ne maîtrisent pas la parole, ils nous montrent des choses, nous on essaie de mettre des mots, de rêver pour eux, d'imaginer, de leur prêter un avenir.

A. : il y a plein de choses qui rentrent en ligne de compte, il y a tout le regard de l'équipe, les temps où l'on est en pièce commune, il y a tout ce qu'on peut avoir de ressenti par rapport aux familles parce que même si on s'en défend on se dit : « les parents ils ne comprennent pas l'enfant, ils font ci, ils font ça ». On a tendance, ce sont vraiment nos sentiments mais il ne faut pas s'arrêter là, il faut pouvoir aller plus loin, il ne faut pas non plus qu'on se mette à la place des parents. Je crois qu'il faut se situer dans un niveau de compréhension de l'autre avec ses défauts et ses qualités et essayer de voir à partir de ça, des fois on a tendance à trop projeter, on est soignant, on rêve d'un idéal pour ces enfants, notre but de les sortir de leur autisme, de leur psychose, et en arrière plan on a une espèce, je ne veux pas dire de toute puissance mais quelque part, il y a un peu d'honneur et d'instinct de vie de soi-même, pouvoir faire quelque chose, exister.

D. : on fait aussi avec la réalité

Est-ce que « l'idéal de les soigner » évolue ?

A. : au début c'était : « je suis là pour les soigner, je dois les guérir », et puis après ça s'est modulé en « je suis là pour les soigner mais pas forcément pour les guérir, je n'ai pas le pouvoir de guérir les enfants par contre mon travail c'est de les soigner » de faire qu'ils aillent mieux et à partir du moment où l'on n'a plus cet objectif illimité et qu'on ne peut pas atteindre ça remet dans une position un peu plus modeste et puis que ça rassure et que ça permet de travailler autrement. Si on place la barre trop haut, on n'y arrive jamais et puis on ne sait pas où la placer, dans la psychose qu'est-ce que c'est aller mieux, être guéri, ça veut rien dire en fait. Quand on arrive on est tous un peu comme ça, c'est notre boulot et on est là pour ça, donc on ne supporterait pas soi-même de faire quelque chose pour ces enfants et en fait on peut arriver à les aider que si eux veulent bien qu'on les aide. Nous on est là bien vivant, bien dans la réalité mais le gamin qui est en face a sa part de progrès s'il n'a pas envie, s'il ne peut pas sortir de son autisme qu'est-ce qu'on peut y faire, on est là pour l'aider, on ne peut pas faire à sa place, donc il faut beaucoup d'humilité et se dire qu'on ne peut pas tout faire, on fait ce qu'on peut faire, il faut aller au bout de ses limites mais les limites ont des limites et on ne peut pas aller au-delà malgré nos rêves.

D. : prendre aussi dans la réalité la déficience mentale qui accompagne l'autisme, au fil des années qui est là, on ne peut pas en faire abstraction.

A. : *c'est vrai que chez les enfants qui ne parlent pas et qu'on garde quand même, on ne peut parler d'intelligence mais ils ont des possibilités. Quand on voit qu'au bout de plusieurs années ils ne parlent toujours pas, on a l'impression de se heurter à quelque chose de plus fort que soi alors que c'est un gamin, c'est irritant et plus on se focalise là-dessus en se disant il faudrait que j'arrive à le faire parler, ça met dans une position de doute par rapport à soi et c'est difficile de rester dans cet état d'esprit, il faut s'en décoller un peu : actuellement il ne parle pas parce qu'il ne peut pas, on lâche un peu du lest et on regarde comment ça se passe, on reprend la relation d'une autre manière ou ça marche et il articule quelques mots ou ça ne marche pas parce que ça ne doit pas marcher.*

Le grand garçon dont je m'occupe a de gros problèmes de séparation, quand sa deuxième grand mère est morte il a manifesté son angoisse par une anorexie sévère, il n'a rien bouffé pendant six mois et il n'y a qu'à ce prix là qu'on a pu travailler énergiquement la séparation. Anorexie de six mois avec tout ce que ça peut comporter et renvoyer chez l'autre, c'est extrêmement violent alors que c'est un gamin qui est passif, il bouge pas, il est là le pouce à la bouche, il a les yeux qui intrusent tout le monde, il essaie de capter le regard de tout le monde il a une passivité extrêmement violente dans le sens où il a la maîtrise totale sur les autres, sur la terre entière, partout il y a eu cette maîtrise. J'ai pu réagir car j'avais déjà travaillé ça avant, ça m'a énormément choquée, embêtée et tout et tout mais je n'ai pas été détruite, je n'ai pas ressenti de sentiment de malaise, j'ai eu le sentiment de colère, de ras le bol mais pas de sentiment d'intrusion. Là, j'étais contente de moi car sur une période de six mois c'est long.

J. *j'ai une autre manière de travailler avec lui, c'est un gamin attachant, plaisant, on aurait tendance à avoir envie de le pouponner, je crois qu'il faut laisser faire dans un premier temps, il réclame comme un petit enfant mais en même temps il faut pas se laisser piéger.*

D. : *peut-être il y a une phase maternante par laquelle on doit passer. La petite fille dont je m'occupe, au début je ne pouvais pas l'approcher, pendant longtemps je passais par les mots, les gestes, à travers les poupées je faisais beaucoup de choses mais je pouvais difficilement toucher cette enfant et au fil du temps elle en est à faire des câlins, à prendre du plaisir à se lover, à être bien. Il y a eu beaucoup de rupture dans la vie de cette enfant, ce qui fait qu'elle a dû se sentir lâcher en permanence et là elle en est à aimer la caresse, elle se prête à la caresse, elle commence à faire des câlins à sa maman et à dire maman.*

Est-ce que ces câlins ont tendance à déborder ?

Pas dans les temps communs, mais dans la pièce, je suis obligée d'être vigilante car elle serait toujours accrochée à moi. Mais ça me paraît important qu'elle puisse prendre plaisir à recevoir des câlins et à en donner. Au change, cette enfant elle arrivait sur le dos à coller sa paroi abdominale contre la colonne vertébrale tellement elle rentrait le ventre. Le moindre toucher était intrusif, difficile et douloureux, toute l'approche que j'ai faite avec cette petite fille est passée par le change, c'était impressionnant, plus des régurgitations en permanence.

Choses qui apparaissent puis disparaissent ?

A. : *Des choses qui apparaissent qui disparaissent, qui régressent, qui réapparaissent après soit qu'elles émergent comme ça et qu'elles repartent comme elles sont venues sans qu'il y ait accrochage de la parole de l'adulte, soit il y a une espèce d'accrochage de la parole, ça re-disparaît et un jour ça revient un peu transformé.*

D. : *j'ai pas assez de recul pour en parler, le petit garçon ça fait pas longtemps que je l'ai, il est plein de stéréotypies, c'est un poème !*

A. : au niveau du comportement on retrouve ça et au niveau du psychisme aussi. Je pense à T. le premier décès de sa grand mère ça l'a perturbé, il l'a dit comme ça et puis il a tout enfoui, je pouvais me dire qu'il avait réglé quelque chose et c'est tout ressorti au décès de la deuxième grand-mère et c'est là qu'il a fallu travailler d'une manière différente. Pendant les deux décès il y a quelque chose qui s'était passé, il y a eu un travail de fait et qui pouvait accrocher, il était partie prenante. C'est aussi fascinant l'autisme, c'est attractif. Par rapport aux subtilités du psychisme de chaque individu, on est tous différent mais aussi tous un peu pareil, qu'est-ce qui fait notre différence ? qu'on communique, qu'on ne peut pas communiquer, moi je trouve ça assez fascinant, un peu du même style que les jumeaux ou les quintuplés, il y a toujours une part de mystère qui interroge, il y a quelque chose qui n'est pas pareil, ils sont pas comme nous (rires) on peut le dire ou ça fait peur et mettre des distances ou ça peut captiver.

D. : c'est vrai que ça interroge, c'est un puits sans fond, on ne sait rien, si ça se trouve dans dix ans on travaillera sur d'autres bases, c'est une science complètement inexacte, le cerveau est loin d'être complètement exploré.

A. : peut-être qu'un jour on va trouver l'ADN de l'autisme et le facteur déclenchant et que l'autisme aura perdu son mystère, je trouve que c'est bien aussi. Ce qui est fascinant c'est de voir comment un gamin qui est complètement dans sa bulle qui n'a pas d'échange avec l'autre, qui ne semble pas avoir de ressenti physique (la chaleur, le froid), on a l'impression que le bien être existe pas ou peu et puis de temps en temps quand on leur parle quand on leur explique des situations, on voit que ces gamins envoient une réponse qui nous fait qu'ils ont perçu quelque chose de ce qu'on leur a dit. Je suis toujours fascinée de voir des choses comme ça. Quand Pascale est partie en congé maternité je lui ai raconté, il est allé mettre ses bras autour de son cou et l'a embrassée, on est resté comme « deux ronds de frites » c'est pas possible, qu'est-ce qu'il a pu entendre des mots, eh bien il a compris, ça semble complètement à côté, on se dit qu'est-ce qu'ils entendent ? qu'est-ce qu'ils ressentent ? ils ont une pensée, un système de pensée qui est différent du nôtre.

D. : c'est au jour le jour. Parfois M. me montre, me dit plein de choses en une heure et demie de pièce et le lendemain elle ne montre rien alors on suppose peut-être que.

A. : c'est marrant je n'ai pas ce sentiment, j'ai des jours avec et des jours sans mais ça ne me pose pas question. Je les prends comme ils sont.

D. : pourquoi certains jours elle me dit au revoir et d'autres elle ne le fait pas. Pourquoi aujourd'hui elle va pouvoir tenir un feutre et gribouiller, pourquoi elle va faire que le mettre dans la bouche.

A. : je ne sais pas si c'est possible ou pas possible, c'est pas montré c'est tout.

D. : moi je me dis pourquoi ? je peux pas m'empêcher de m'interroger.

A. : on est souvent dans l'attente avec ces enfants là, plus on est dans l'attente moins on est en condition de favoriser l'expression de ces gamins. La psychose, l'autisme c'est quand même d'aller dans l'autre, même au niveau de la pensée il y a des fois des choses étonnantes. J'ai jamais l'impression que ce qui peut sembler acquis est oublié, je fais confiance au gamin jusqu'à qu'il ait intégré quelque, pour moi même si c'est pas montré c'est quand même là. J'attends que ça ressorte, des fois je trouve que c'est trop long, je sollicite un peu. Mais je ne suis pas dans la répétition ? Là j'enlève les couches de J. mais c'est pas pour qu'il devienne propre et que je le mette sur le pot et il y a des jours je ne le fais pas, je lui dis on va faire autre chose. Des jours je lui fais ce qu'il a envie, des fois je suis plus présente, j'enlève la couche car je sais que je vais pouvoir lui parler de son corps. Dans le soin psychique c'est pareil, il y a des choses cachées.

D. : parfois M. en temps individuel fait une phrase complète adaptée. On a l'impression que ça se dilue, ça s'évapore, pourquoi à un moment donné a-t-elle pu faire une phrase dans un contexte, phonétiquement correcte et puis après (mime le les sons monocordes). Je ne peux pas m'empêcher de me dire pourquoi et personne ne m'apporte de réponse.

A. : je ne me pose pas le pourquoi parce qu'il n'y a pas la réponse.

D. : moi j'en suis encore au pourquoi.

A. : c'est vrai qu'on a vu M. manger relativement bien, faire des phrases, pourquoi ça c'est arrêté ? J. quand il est arrivé il disait des mots tous les jours différents, cohérents, adaptés, et puis le jour où il s'est mis à être moins autiste, à émerger, à s'intéresser, les mots ont disparus. Là je me suis posé la question non pas de savoir pourquoi mais comment ça fonctionnait, comment ça pouvait s'articuler. Je suis souvent confrontée aux choses pour un mot une attitude, un truc, je ne dis pas moi comment je fais dans ma propre vie mais quelque part c'est là quand même. Moi j'ai des peurs et un enfant il a peur de prendre un verre qu'est-ce que ça représente pour lui et moi j'ai peur de traverser un pont qu'est-ce que ça représente pour moi ? on peut se dire que le gamin est capable de le faire physiquement mais c'est la pensée qui peut pas. On n'est pas dans l'identification mais simplement dans la prise de conscience de ce que nous envoie le gamin, de ce que ça peut lui faire à lui, qu'est-ce ça peut me faire à moi, comment moi je peux voir qu'est-ce que ça me fait et qu'est-ce que je peux lui renvoyer à lui. Notre boulot c'est aussi de recevoir ses fantasmes, de les décoder, de les transformer et de lui renvoyer, inmanquablement ça passe par nos émotions.

D. : il y a quelque chose qui me surprenait toujours au début c'est que pendant les temps communs on entendait un gamin émettre un son ou un semblant de mot, quasiment dix personnes avaient entendu un mot différent. C'est de l'interprétation et l'interprétation elle se fait en fonction de quoi ? de ses projections, de sa personnalité, de ses modes de fonctionnement. M. n'avait jamais dit maman et quand elle a commencé c'était dans la pièce ici, ce petit mot a une connotation magique quand on est une maman déjà et je n'en parlais pas car j'avais besoin d'être certaine que c'était bien maman alors je lui parlais de ce mot. Un jour j'en ai parlé à la psycho et elle m'a dit oui j'ai entendu M. le dire et là j'ai été rassurée. Ça m'a beaucoup renvoyé à la mère de cette enfant, ça va peut-être l'aider elle. Quand on s'est vu après c'est la première chose qu'elle m'a dite.

A. : on ne sait pas si elle t'adresse vraiment le mot, s'il y a confusion, toi aussi elle te met dans le doute.

D. : quelles représentations elle a de nous, d'eux ?

INTERVIEW N°11 Rencontre avec Howard Buten le 19 décembre 1997 au théâtre de Privas Directeur du « Centre Adam Shelton »

Rencontre qui se déroule après le spectacle. H. Buten me consacre 1h30 environ de conversation. Ne pense pas que l'autisme est contagieux, c'est pareil avec toutes les populations. Les gamins on les aime, d'ailleurs il dit que ce sont ses gosses.

L'atmosphère de l'institution. Elle est importante, c'est gai, accueillant, il y a du respect pour les jeunes. Mais tout le monde dit ça mais c'est pas vrai. Howard Buten a choisi son personnel, ce sont des gens dynamiques, intelligents « les champions du monde ! ». Les gens qui travaillent avec lui ont en commun de trouver que l'autisme est « drôle », pas quand ça hurle, pas quand ça souffre. Lui il y a un truc qui se passe avec les jeunes, il sait comment faire, toujours, mais il ne sait pas comment. Il cherche toujours à savoir comment c'est pour

le jeune à l'intérieur. Quels ressentis sensoriels, qu'est-ce que ça lui fait à lui de l'imaginer. Sa célébrité lui a permis de choisir son équipe. Il y a des éducateurs, des infirmiers, l'équipe psy (lui, un psychiatre, psychologue ?). Il y a beaucoup d'activités dont deux écoles de cirque (ce sont des éducateurs et des psychomotriciens formés pour ça). Il y a aussi des séances individuelles de psychomotricité pour certains jeunes. L'équipe des psy comprend plusieurs tendances théoriques : Freud, Tustin, Malher, post lacanien (Lefort) des lacaniens. Il trouve qu'on ne peut rien en tirer au niveau de l'application. On peut utiliser et croire les idées théoriques de Freud (dans la névrose il y a un ou des traumatismes qui sont refoulés et les faire revenir à la conscience guérit) sans s'allonger sur un divan. Quelqu'un travaille avec Geneviève Haag et il aime bien, ça lui parle. Il a envoyé une éducatrice se former dans une école américaine. Aux Etats Unis tout le monde fonctionne avec la méthode TEACCH et depuis longtemps. Bettheleim travaillait dans son coin à Chicago et il était beaucoup moins connu qu'en France. C'est pas possible de travailler comme lui sans les parents. Schopler a commencé à travailler sur le comportementalisme puis il a mis au point des méthodes rééducatives pour les autistes. C'est beaucoup mieux fait aux Etats Unis : école de deux cents enfants avec cinquante classes TEACCH, les enfants sont cinq par classe avec un enseignant et un assistant, ils restent toute la journée, il y a des pauses toutes les vingt minutes. En France on n'est pas prêt.

Trois personnes ont demandé à être formées à la communication facilitée, elles en sont revenues septiques mais elles le font avec plusieurs enfants.

Au centre Adam Shelton il y a trente deux jeunes (avec les temps partiels).

Une réunion avec tout le monde une fois par semaine pour parler pendant des heures d'un enfant. On fait le tour des activités, les gens ont préparé quelque chose. Les éducateurs racontent, ils disent si c'est positif ou négatif. Ils constatent mais ils ne veulent pas interpréter, c'est à l'équipe psy de le faire.

Je demande s'ils parlent de ce qu'ils ressentent ?

J'aimerais que tout le monde écrive même une page. Il est question d'une supervision mais elle n'est pas demandée par tout le monde. Peut-elle fonctionner si tout le monde ne participe pas ? avec la direction présente ? puisque c'est un déballage, une thérapie de groupe. C'est très familier au centre, on se tutoie, on se fait la bise mais je dis tout le temps ... quand j'étais stagiaire j'ai été très frappé par ça, la directrice quelques fois ne me faisait pas la bise et je me demandais ce que j'avais fait. Aussi, moi je touche beaucoup les jeunes et avec les jeunes filles autistes il n'y a pas de limites. Est-ce que ça trouble ?

Les stagiaires on ne leur dit pas ce qu'il faut faire, ils se débrouillent, ils trouvent ce qui leur convient. Les stagiaires sont sélectionnés soigneusement. Une, dernièrement s'est fait porter malade, une semaine, deux semaines... elle ne supporte pas les autistes, c'est trop frustrant, elle va partir, on a le droit que ça ne colle pas avec cette population là, chacun sa population.

Howard Buten n'est pas très optimiste, « nous sommes jeunes » mais après plusieurs années de fonctionnement « nous allons être un IME comme les autres ».

Très impliqué dans cette institution où il est présent tous les jours, « je ne pense qu'à ça » c'est pour cette raison qu'il ne fait des spectacles que le week-end. D'ailleurs ce soir je suis encore là bas, je ne suis pas artiste, demain je serais artiste. Ce qui l'intéresse c'est la science, ce sont des hypothèses et non pas des applications.

Annexe E Le modèle de la page Internet et la correspondance connexe

Ci-après se trouvent :

- une copie des pages du site Web intitulé « Recherche d'informations sur l'autisme infantile » ;

un extrait de la communication engendrée par le site Web qui est passée par la voie des courriers électroniques.

[annexe_e.pdf](#)