

La violence en pédopsychiatrie à Abidjan

Au commencement était l'angoisse...

Violence in Child Psychiatry in Abidjan

In The Beginning Was Anguish...

Anna-Corinne Estelle Liéma BISSOUMA¹, Lawrence YAPI²

¹ Auteur correspondant, Pédopsychiatre, Chargée de recherche en psychiatrie de l'enfant, Institut National de Santé Publique (Côte d'Ivoire), annabissouma@yahoo.fr

² Psychologue clinicienne, Maître-Assistante, UFR LSH, Département de psychologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan (Côte d'Ivoire), lawrys@hotmail.com

Date de soumission : 31.03.2023 – Date d'acceptation : 03.04.2023 – Date de publication : 15.05.2023

Résumé — La violence chez l'enfant ivoirien est bien souvent réprimée par le cadre éducatif et elle s'exprime peu dans le soin en pédopsychiatrie en Côte d'Ivoire. Ce texte est tissé de deux regards : l'un est celui de la pédopsychiatre qui s'engage dans la mise en route d'une clinique institutionnelle aux prises avec de multiples formes de violences et, l'autre est celui de la psychologue clinicienne qui accompagne le dispositif et supervise l'équipe. En abordant les méandres du travail clinique réalisé par l'équipe pour préparer l'ouverture du service qui est le premier centre public de prise en charge de l'autisme en Côte d'Ivoire, ainsi que les visages de la violence et les figures de la peur, les auteures proposent une mise en réflexion des transformations et des aménagements-réaménagements portés par le souci de ne pas s'« autistiser » et de répondre au mieux aux défis nouveaux.

Mots-clés : Violence, pédopsychiatrie, autisme, enfant, Côte d'Ivoire.

Abstract — Violence against Ivorian children is often repressed by the educational framework and is rarely expressed in child psychiatry care in Côte d'Ivoire. This text is woven from two perspectives: one is that of the child psychiatrist who engages in the implementation of an institutional clinic struggling with multiple forms of violence and, the other is that of the clinical psychologist who accompanies the device and supervises the team. By addressing the meanders of the clinical work carried out by the team to prepare the opening of the service, which is the first public autism care center in Côte d'Ivoire, as well as the faces of violence and the figures of fear, the authors propose a reflection on the transformations and developments-rearrangements carried by the concern not to "autistize" and to respond as best as possible to new challenges

Keywords: Violence, Child Psychiatry, Autism, Child, Côte d'Ivoire.

Introduction

En commençant des études de psychiatrie en 2001 portée par le désir de m'occuper d'enfants avec l'illusion que je pourrais peut-être leur éviter une évolution déficitaire face aux vicissitudes de la vie, je n'aurais pas imaginé ce qui m'attendait. En 2008, quand je m'engage dans le projet de devenir enfin pédopsychiatre (j'exerçais depuis 3 ans en tant que psychiatre dont deux années et demi passées en pédopsychiatrie), j'étais toujours portée par les mêmes élans qui vinrent s'échouer un matin de novembre sur les plages de l'institution qui m'accueillie en France.

<https://journals.univ-ouargla.dz/index.php/Paradigmes> - <https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/646>



Paradigmes : vol. VI- n° 02 - mai 2023

Ce travail est disponible sous licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International.

Me voici donc débarquée dans un centre hospitalier de la région parisienne. Je commence mon stage de faisant fonction d'interne en pédopsychiatrie dans le cadre de l'Attestation de Formation Spécialisée Approfondie (AFSA) dans une unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents en rupture psychique. Une année de pédopsychiatrie qui m'a conduit aux confins de l'angoisse, me bousculant en tous points. Ma rencontre avec l'autisme, que je considérais à l'époque comme une psychose infantile, s'est inscrite dans une expérience institutionnelle qui finit par me faire dire : « *L'autisme et moi ? Jamais !* »

Et pourtant... je suis aujourd'hui chef de service du premier centre autisme de Côte d'Ivoire, le *Centre Marguerite Té Bonlé*.

Cette expérience hospitalière qui a m'amenée à travailler aussi bien en hospitalisation temps-plein qu'en hôpital de jour, services intramuros, avec des enfants et des adolescents, m'a confronté à la peur et à la violence en institution, aux questionnements quant au positionnement du soignant, tout comme j'ai questionné ma propre position, ma fonction et la place qu'y m'était donnée.

Des interrogations sont apparues sur le rôle que nous avons à jouer, sur la psychopathologie, sur les rapports entre adultes et enfants, sur les rapports soignants-soignés au point où j'en viens, dans le cadre d'un diplôme universitaire, à travailler sur la narrativité des soignants confrontés à la violence dans les soins. Je n'y avais jamais été confrontée, ni à celle des patients. Je n'avais également jamais été aussi près de l'autisme. Mon expérience professionnelle à Abidjan m'avait placée dans une position distanciée par rapport au patient et à sa psychopathologie. L'autisme bouscule et prend au corps, c'était donc une expérience nouvelle violente.

La violence génère de la peur et des angoisses, mais l'institution _avec ses mécanismes_ semblait jouer une fonction protectrice quoi que... la peur était là insidieuse et à chaque incartade ou crise d'un patient c'était tout de suite le service de sécurité qui arrivait. Certains jours je devais « *travailler la peur au ventre* » et en faire fi pour tenir une place de faisant fonction d'interne (statut des médecins étrangers qui viennent faire une spécialisation en France, dénomination qui porte en elle-même bien des formes de violences).

La peur désorganisait tout et tous, où était-ce l'angoisse ? Sentiments proches, Natan-son (2008) clarifie ces deux notions à partir des travaux freudiens. Pour lui,

« la peur est une émotion ressentie généralement en présence ou dans la perspective d'un danger, c'est-à-dire d'une situation comportant la possibilité d'un inconvénient ou d'un mal qui nous affecterait. L'angoisse serait une inquiétude, à certains égards, semblable à la peur, mais dans laquelle le danger qui caractérise celle-ci reste indéterminé ».

La peur en tant qu'émotion accompagne la prise de conscience d'un danger, d'une menace. Pour Freud,

« l'angoisse réelle est une réaction à la perception d'un danger extérieur, c'est-à-dire d'une lésion attendue, prévue, qu'elle est associée au réflexe de la fuite et qu'on doit par conséquent la considérer comme une manifestation de l'instinct de conservation » (Freud, 2001, p. 478).

Pour Freud, la réaction face à l'angoisse dépend à la fois du degré de savoir et du sentiment de puissance en face du monde extérieur. Dans notre contexte de stage, l'impuissance à punir un enfant qui n'obéit pas à la voix de l'adulte ou l'impuissance à être soignant du fait du retrait autistique n'est-elle pas vecteur d'angoisse ?

Entre fuite, défense et attaque, comme attitude inconsciente chez les soignants, la peur est aujourd'hui le compagnon de route de l'expérience institutionnelle que nous avons mise en place à Abidjan, ce « *jamais* » de 2008 est devenu « *j'y arriverai* » pour moi et « *je les y amènerai* » pour l'équipe dont j'ai la responsabilité. Cette volonté d'arriver d'une part à faire fonctionner une institution en absence de cadre organisationnel et de modèle et d'autre part à apporter un soin cohérent et adéquat qui réponde aux normes internationales à des enfants autistes dont la problématique est frappée de stigmatisation et de discriminations dans un contexte culturel marqué par la croyance que l'autiste est un enfant-génie, est un voyage au cœur de l'angoisse. Mon expérience de la peur en institution est-elle un avantage pour conduire mon équipe et lui éviter certains écueils ? Comment juguler la peur qui s'infiltre devant l'incompréhension du trouble, devant les nouvelles pratiques professionnelles qu'il faut adopter, devant le savoir qui apparaît plus comme un fardeau que comme une source de libération et d'épanouissement ? Pour tenter de tenir le cap, je fais le choix de mettre en place une pratique de supervision qui a peu cours en Côte d'Ivoire : une psychologue clinique supervise l'équipe soignante afin de les accompagner dans le travail de mentalisation qu'impose l'activité clinique.

De chacune de nos positions, ensemble, nous voulons dans un texte écrit dans deux dynamiques psychiques différentes faire une analyse théorico-clinique des visages de la peur et de la violence au cœur d'une institution pour enfants autistes. Écrire pour ôter les masques de la peur et penser la dynamique de notre institution, tel est notre enjeu.

1. Regards intérieurs

1.1. De la formation en pédopsychiatrie à la fonction de chef de service

En 2008, lorsque je pars en France pour ma spécialisation, je travaillais depuis près de 3 ans au Centre de Guidance Infantile (CGI) de l'Institut National de Santé Publique (INSP) qui était l'unique service de pédopsychiatrie de Côte d'Ivoire. Près de 500 nouveaux patients et plus de 3000 consultations annuelles y étaient reçus pour divers troubles psychopathologiques. Il y avait de l'agressivité mais elle était le plus souvent soit une auto-agressivité soit elle était contenue physiquement ou psychiquement par l'entourage du patient (un regard ou un *kôkôta*¹ ou une taloche suffisaient généralement à maîtriser l'enfant bruyant). Je n'avais jamais été menacée et je ne m'étais jamais sentie menacée dans mon quotidien professionnel. J'étais médecin et je pensais avoir une bonne gestion de la patientèle. De plus, l'environnement socio-culturel ivoirien proscrit toute forme de violence d'un enfant sur un adulte et la réaction de l'environnement est très souvent coercitive ce qui hôte littéralement au patient (aussi bien tout enfant que les adultes) tout envie de passage à l'acte.

¹ Coup donné sur le sommet du crâne avec la phalange du majeur, la main formant un coup de poing.

Le CGI est un service de psychopathologie infanto-juvénile, logé à l'Institut National de Santé Publique (INSP) depuis 1994. Il est dans une crypte, à l'abri des regards, les enfants qui ne sont pas « *normaux* » suscitent divers fantasmes et font peur à ceux qui ignorent tout du handicap. Ces années de pratique au CGI sont exaltantes par la nouveauté et les possibilités qu'offrent l'exercice. Chacun fait donc son travail et tout va bien. Les soins sont ambulatoires et comme je l'ai très tôt appris, après les 2 ou 3 consultations initiales, le patient est référé à l'éducateur spécialisé, qui est autonome dans les prises en charge qu'il fait. La réunion d'équipe du mardi permet de se parler et de faire de la formation mais ce n'est pas un réel temps d'élaboration clinique. Beaucoup de membres de l'équipe ont aussi appris les méthodes rééducatives sur le tas, dans une forme de transmission orale, leur formation initiale ne les ayant pas réellement préparés à la particularité du travail en pédopsychiatrie. Le fonctionnement du service donne l'illusion d'une équipe qui est à l'œuvre mais, chacun évoluant pour lui-même avec son pool de patients. C'est un exercice professionnel que je jugerai à posteriori comme étant calme et routinier.

A contrario, au cours de mon stage de spécialisation en pédopsychiatrie en France, je suis confrontée à une réalité tout autre : la violence des patients admis en hospitalisation temps-plein, laissait les soignants démunis et les tentatives pour garder le contrôle étaient en fait une réponse violente face à la violence. J'eus l'occasion d'interroger ce phénomène dans le cadre d'un mémoire sur le stress et les traumatismes. En vérité, la violence a plusieurs visages qu'il s'agisse de celle qui jaillit des patients (j'ai appris le terme « *criser* » à cette occasion) ou de celle qui vient des soignants comme réponse à la violence ou comme modalité du soin (par exemple, les transmissions du matin se passaient dans le bureau vitré des soignants, temps pendant lequel les adolescents étaient obligés de se tenir à carreau dans le hall, les soignants les surveillant du coin de l'œil à travers la vitre. Celui qui ne restait pas sagement assis était tout de suite repris et la journée commençait ainsi). L'isolement et la contention étaient pratiques courantes pour les adolescents violents.

Dans ce service, je suis confrontée quotidiennement à la question de la contention, de la violence, du cadre et de là je commence à réfléchir le dispositif de soin à Abidjan. Deux éducatrices spécialisées du CGI passeront 2 mois de stage dans la même institution et feront le même constat : il y a dans cet hôpital français une violence dans le soin qui nous est inconnue à Abidjan.

Au quotidien, je me suis protégée de l'agressivité des enfants en évoquant mon appartenance à la même nation que Didier Drogba, star ivoirienne du football mondialement connue et j'ai dit haut et fort que celui qui porterait la main sur moi aurait affaire avec la diplomatie ivoirienne. De l'esbroufe qui porte du fruit dans ce milieu où les enfants malgré leurs troubles psychiques pouvaient comprendre.

En face du bâtiment qui abrite le service d'hospitalisation enfant, se situe celui pour adolescent. J'y commence ma journée de travail avant d'aller chez les enfants pour le groupe autisme. Chaque semaine, je fais ce trajet une boule au ventre, phénomène que je me refuse à prendre en considération tant ce serait l'aveu de mon incapacité à gérer la situation. Mais de quelle situation s'agit-il ?

Je participe au groupe autisme en tant que... je ne sais pas trop... car ma position n'a pas été clairement définie. Je ne suis pas en position de thérapeute car je ne sais pas ce qu'il faut

faire. En vérité, je me sentais plus accompagnant, me refusant à me penser obligée d'être éducateur car je ne sais pas non plus ce qu'il fallait faire. Je vis difficilement l'inconfort de ma position. Le groupe se déroule dans une pièce au fond du jardin, l'atelier peinture commence par la ronde d'accueil puis s'achève soit par une balade en extérieur soit par un temps de chant. Le groupe rassemble quatre enfants avec autisme en présence de deux soignants. L'enfant autiste est difficile à aborder, et en tant qu'adulte et soignant l'inaccessibilité de l'enfant du fait du retrait autistique est tout aussi difficile. Le trouble émette la carapace du soignant qui se sent nié dans son statut d'aidant. Les difficultés (incapacités) à avoir son regard entraîne un vécu négatif. À quoi je sers si je ne peux pas soigner et voir venir les résultats de mes efforts (mon idéal de médecin sauveur est mis à mal) ? À quoi ça sert de s'acharner si l'enfant doit rester autiste toute sa vie ? Je ne comprends pas l'activité, je ne sais pas ce qu'il faut faire et je butte sur les explications que le praticien hospitalier du service tente de me donner. Ainsi, mon malaise s'accroît-il au contact d'un enfant africain très régressé. Un jour une main portée sur moi, posée sur moi, à l'entrejambe, par un enfant autiste admis en hospitalisation temps-plein enfant (dans une autre unité où je travaillais une fois par semaine). J'ai alors rencontré l'autisme au plus près de mon corps. L'angoisse a pris corps présentifiée dans le visage de cet enfant. Il est noir comme moi. Il est autiste. Je suis psy. Il m'a touché, j'ai eu peur. Cela, je n'en prendrai conscience que bien plus tard. Je me sens agressée, doublement agressée par son trouble, par son comportement, par son origine qui résonne en moi (culturellement, en Afrique, un enfant ne porte pas atteinte au corps de l'adulte). Tout est attaque de ma psyché, de mon corps, de mon statut. Les cris des enfants, leur absence de réponse, leurs stéréotypies se révèlent une source de souffrance que je m'efforce de taire. Puis vint un jour, où je me préparais à y aller quand je reçu un appel me disant que le groupe était annulé.

Comment décrire le phénomène qui se produisit ? Un déferlement de soulagement qui fit effraction et m'obligea à admettre l'angoisse qui était la mienne. J'avais peur de l'autisme, j'avais peur des autistes, je n'avais aucune sécurité intérieure dans le service, j'étais en permanence en hypervigilance et ne pas savoir ce qu'il fallait faire ni quelle position était la mienne étaient renforçateurs de cette angoisse. Rien n'était rassurant pour moi, ni le cadre, ni l'équipe, ni la pratique, ni les patients. J'ai fini par arrêter ce qui s'apparentait fortement à une torture. Et j'ai dit : « — *L'autisme et moi ? jamais !!!* ». Quand, à la fin de ma formation, je suis rentrée en 2010 en Côte d'Ivoire, j'avais toujours cette phrase à l'esprit. J'avais fini par apprendre et par comprendre (un peu) ce qu'il fallait faire, alors je disais aux éducateurs spécialisés : « — *Je peux t'expliquer ce qu'il faut faire, je peux poser le diagnostic mais ne me demande pas de m'engager* ».

J'ai étudié, j'ai appris, je suis rentrée au pays pleine d'assurance. Et j'ai repris mon travail. Puis un jour, mon chef de service m'a demandé de m'occuper du dossier de création d'un centre... d'autisme ! J'avais dit : « — *jamais* » et j'ai dit : « — *Oui* » car durant ma formation en France j'avais pris le temps de réfléchir à mon institution d'origine, aux dispositifs, aux fonctionnements, et aux écueils, à tout ce qui n'avait pas su évoluer avec le temps pour s'adapter aux nouvelles réalités du pays et de la pratique. Nous en étions encore à chercher les signes de la série autistique, à poser des diagnostics d'autisme de Kanner en 2010 alors

que le monde parlait de « *Troubles envahissants du développement* » depuis 2013 et était déjà en passe d'utiliser le vocable « *Troubles du Spectre Autistique* ».

C'est alors que ce mit en place tout un processus qui aboutira en 2017 à l'ouverture du premier Centre spécialisé dans le diagnostic et la prise en charge des troubles autistiques en Côte d'Ivoire.

1.2. La création du centre Marguerite Té Bonlé pour le diagnostic et la prise en charge de l'autisme à Abidjan

En s'engageant dans la mise en place d'un centre dédié à l'autisme, l'équipe constituée à cet effet s'est retrouvée confrontée à un processus qui bouscule et interroge aussi bien les pratiques que les liens préexistants, aussi bien la psyché groupale que l'individualité de chacun : ambivalence du désir de changement, sentiment d'impuissance, volonté de faire et peur de faire, fusion et séparation, nécessité de revisiter les pratiques pour les faire évoluer... Autant de mouvements psychiques qui mobilisent, non sans mal, une équipe qui se doit de tisser de nouveaux liens pour soigner les enfants, tout en étayant les familles en difficulté (Bissouma & al., 2019). Faire preuve d'inventivité pour faire naître de nouvelles modalités de travail, en admettant de faire avec les temporalités psychiques et organisationnelles, a été un des fondamentaux de ce processus. Nous avons démarré le projet en juin 2016. Les personnes qui se sont engagées (éducateurs spécialisés, psychologue, éducateur préscolaire) étaient, me semble-t-il, motivées par le besoin de changement. Au démarrage, l'équipe du CGI est donc amputée d'un tiers de ses membres qui sont appelés à ouvrir le nouveau service. L'administration a promis une villa pour l'ouverture du centre autisme et tout le monde espère. Nous démarrons par de la formation. En prélude à la session de formation prévue en juillet avec une équipe de psychanalystes de Grenoble (France), parallèlement des psychiatres, des psychologues et des artistes ivoiriens donnent de leur temps pour préparer l'équipe qui n'est en fait qu'un groupe de personnes en présence sans véritable lien de travail organisé ou institutionnalisé. La session de formation qui dure 5 jours en juillet 2016 vient confronter l'équipe (qui n'a pas encore d'enfant à charge) à la question du savoir théorique orienté psychanalyse. Cette formation a pour avantage de rendre un peu plus concret la future activité car des parents arrivent pour une matinée avec leurs enfants. Cette matinée permettra de se rendre compte que les professionnels du soin ne sont pas exempts des peurs véhiculées par la culture. Chacun fait un effort, mais chacun a aussi à l'idée que ce n'est pas possible de prendre en charge l'autisme et que c'est une illusion française.

L'artiste peintre qui vient pour les initiés au travail des couleurs, a demandé à chacun de peindre son vécu intérieur. La production faite par les professionnels est fortement évocatrice de la peur. Dans une présentation du centre, je qualifierai les angoisses qui transpirent au travers de chacune de ses représentations : angoisse de morcellement, d'anéantissement, etc. Aucun soignant ne réfute cette assertion qui verbalise un sentiment commun et diffus qui existe mais ne se dit pas.

Le premier patient est accueilli en octobre 2016. Très instable, replié, non-verbal, il exprime peu de chose. Âgé de 6 ans, il bredouille parfois quelques mots inintelligibles. En salle, pour les activités il est très agité faisant en permanence de pirouettes. Les soignants ont du mal à le canaliser et des mouvements agressifs éclosent pour l'obliger à rester tranquille. En

milieu ouvert, dans le jardin ou au cours des balades, il est plus stable. Les réflexions cliniques que nous menons pour penser un soin adapté pour ce garçon nous amènent à croiser ce que nous savions, ce que nous savons et ce que nous ont appris les formateurs. Le mélange ne donne pas toujours un résultat clair, alors l'équipe avance au feeling, tout en s'épuisant à vouloir contenir l'enfant. Au bout de 3 mois, il est plus calme et l'équipe arrive avec un peu plus d'aisance à mettre en place un soin et des activités qui prennent sens. Réussir à calmer et à faire avec cet enfant, fait taire l'agressivité qui pointait vis-à-vis de ce dernier mais aussi entre les soignants pas toujours d'accord sur ce qu'il fallait faire. Le problème de fond semblait être plus les freins éducatifs et culturels contre lesquels les adultes devaient se battre pour devenir des soignants compétents dans l'autisme.

Ces premiers pas ouvrent la porte et la mise en route effective des activités du centre démarre en juillet 2017 dans les locaux prévus. Nous sommes passé de 3 patients à 12 en octobre 2017. En Octobre 2018, nous étions à 16 et une année plus tard à 25 enfants, pour une équipe soignante de 5 membres (2 éducatrices spécialisées, une infirmière, un éducateur préscolaire, une aide-soignante). Les patients reçus deux fois par semaine sur un temps global de 5h30 ont un âge allant de 3 à 9 ans. Début 2020, 23 enfants étaient accueillis à l'hôpital de jour. Du fait de la crise à Covid 19, après 3 mois de fermeture seulement 17 enfants ont repris le chemin du CMTB. Aujourd'hui, ils sont 12 patients en hôpital de jour et 10 dans l'unité de prise en charge précoce qui a ouvert en octobre 2021.

1.3. Visages et masques de la peur au quotidien

Progressivement, tandis que le nombre de patients augmente, l'équipe s'étoffe et chaque nouvel arrivant est bousculé dans son identité et son statut par l'autisme infantile. En Côte d'Ivoire, un enfant se doit de répondre quand on lui parle, il doit obéir et rester tranquille face à l'adulte. Conduire l'équipe dans la mise en route d'une prise en charge adaptée, nécessite que je sois souvent hypervigilante pour saisir un regard menaçant, une parole acerbe ou un geste brusque, des mots et des mouvements coercitifs afin d'éviter tout acte de maltraitance sur les patients. C'est un travail rude.

La peur s'installe face à l'imprévisibilité des enfants et toute nouvelle admission porte avec elle un flot d'angoisse. L'équipe est en permanence sur le qui-vive : « Avec ceux-là, on ne sait jamais... », répète souvent une éducatrice spécialisée. L'arrivée d'une nouvelle éducatrice désirant ardemment intégrer l'équipe va permettre de mettre en lumière la peur et les angoisses qui circulent insidieusement dans le groupe.

Elle s'appelle G et a toujours travaillé dans le milieu de l'éducation nationale. Après dix années dans un lycée, elle veut vivre une expérience différente. Elle rejoint alors l'équipe pendant que les formalités administratives de sa mutation suivent leur cours. Son enthousiasme et son allant disparaissent au bout de quelques semaines. Elle se fait rare. Je lui propose alors un entretien au cours duquel elle me dit :

« — Docteur... c'est pas facile... je n'y arrive pas et je ne comprends pas ce qu'il faut faire avec les enfants. Je ne dors plus la nuit depuis 2 à 3 semaines... je me réveille brusquement en pleine nuit, en sueur, le cœur battant très fort et je n'ai qu'une idée... je dois encore y aller... je vais encore aller travailler avec ces enfants-là... je n'arrive plus à dormir. J'ai l'impression que mon cœur va s'arrêter »

et que je vais mourir. C'est d'autant plus difficile que quand j'arrive ici, rien n'encourage à travailler, les uns et les autres passent leur temps à se plaindre et à murmurer... il y a toujours quelque chose qui ne va pas... c'est difficile ! ».

J'entends cette plainte et elle réveille en moi des souvenirs vieux d'une dizaine d'années. G finira par se faire affecter dans un autre ministère loin de tout ce qui est soin et autisme. Il y a de la peur dans ce discours et une forte angoisse... elle me dira en riant : « — *J'ai parfois l'impression que je vais mourir si je reste ici* ».

Une éducatrice préscolaire affectée dans le service dans la même période dira en réunion : « — *Mais vous voulez mourir ou quoi ? vous allez faire des AVC !!!! Ce n'est pas possible de travailler avec ses enfants, il faut les redresser !* ». Elle quittera l'équipe à ma demande (je ne voulais pas être responsable de son accident vasculaire et elle savait le moral déjà fragile de l'équipe).

Qu'est-ce que j'entends par « *moral fragile* » ? Eh bien, c'est cet état d'être que nous vivons en tant que pionniers dans cette aventure institutionnelle dans un environnement difficile marqué par l'absence de ressources, de cadre de référence (que nous devons élaborer) et par la demande sans cesse croissante de soins. C'est aussi une expression dépressive générale qui découle d'une violence verbalisée ou silencieuse comme le dit Weil (2010).

La peur s'est infiltrée et insinuée partout dans le soin au sein du personnel. Il faut parfois aller la voir derrière les nombreuses résistances (au projet d'établissement, à l'aménagement, à la réflexion, au travail d'analyse du contenu de l'activité) et derrière les rejets multiples (intolérance aux particularités sensorielles, refus de faire le nursing...) ...

Pour tenter de créer un cadre sécurisé, avec une psychologue clinicienne française bénévole, nous élaborons un outil appelé « *grille de sévérité* », son but est de matérialiser et de comptabiliser la violence chez l'enfant. 39,13% des enfants ont de la violence sur eux-mêmes ou vis-à-vis des adultes, ils crachent sur l'adulte, tapent et mordent etc... L'analyse du tableau des données issues de la grille d'analyse conçue montre la décroissance des actes de violence et de l'agressivité-impulsivité des enfants en même temps que la capacité à communiquer, voire à parler, se développe. Dans le même temps, un groupe d'analyse des pratiques se met en place grâce à l'apport de deux psychologues cliniciens ivoiriens bénévoles pour tenter de juguler le stress professionnel.

Régulièrement, les soignants ont des réactions de stress : hypervigilance, nervosité, insomnie, somatisations diverses. L'angoisse les saisit au corps mais, tout comme je l'ai expérimenté en France, les enjeux professionnels font que personne n'ose affronter ce vécu intérieur. Pour Abelhauser et Costantini (2014), l'angoisse témoigne du noyau de l'être dans le sens où elle fonde le sujet à son insu, qu'il essaie d'ignorer en lui attribuant des explications extérieures à lui. Les explications de l'équipe se cristallisent sur ces enfants qui ont à 90% un autisme sévère, qui sont non-verbaux avec un handicap cognitif sévère. L'enfant est le coupable désigné de tout ce mal-être intérieur.

L'angoisse est ici semblable à une angoisse automatique que Laplanche et Pontalis (2004, p. 28) définissent comme une « *réaction du sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitation, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser* ». Comment faire avec cette peur et ces angoisses et les liquider ?

C'est ici que l'apport extérieur des psychologues qui nous accompagnent est d'une aide précieuse.

2. Regard-autre du psychologue clinicien, parole de superviseur

Le soignant en général, tout à sa volonté de porter aide et assistance se trouve trop souvent dans l'entrebâillement de ses limites personnelles et des limites du cadre ; celui de son exercice et celui de son institution. Le soignant, en pédopsychiatrie, évolue dans une double impasse où l'objet de ses soins est dans une grande vulnérabilité ce qui ne l'empêche pas d'être agressif, agresseur et faire lui-même l'objet d'agression.

Dans l'environnement précis de l'accompagnement technique et affectif de population avec handicap, le soignant est mis à rude épreuve et ses mécanismes de défenses secondaires issus de l'évolution du psychisme sont battus en brèche par ceux primordiaux issus de la neurobiologie. En effet, le public handicapé et le public autiste en particulier, indépendamment des intentionnalités qu'on peut leur prêter, suscitent une aversion princeps instinctive en rapport avec tout ce qui évoque le danger.

Cette réaction désolante est une caractéristique de l'évolution « *Low Cost* » de notre cerveau tout puissant qui ne s'est toujours pas à ce jour départi de sa réactivité à fuir, se battre ou s'immobiliser (Bracha, 2004) devant ce qui pourrait le mettre en péril. Quelque part cela est bien salvateur. Cependant, devant ce parti pris initial, il est revenu à l'homme moderne de déployer des trésors d'affectivité entre raison et culpabilité pour décadrer l'étrange, l'étranger de son aspect agressif nécessitant de s'en éloigner par méfiance ou de le détruire par prudence. En institution, on se retrouve dans une aire où tout est cadré justement parce les « *folies* » visibles des uns émoustillent les folies cachées des autres. L'institution, l'hôpital, le CMTB se présente vraisemblablement comme un lieu de rencontre de deux forces, celles du normal et du pathologique à l'origine d'une exacerbation des pulsions primitives d'attaque, de défense, d'évitement. Lorsque l'on observe les acteurs soignants, éducateurs en prise avec le sujet autiste on décèle dans les postures de retrait physique, les distances de soi vis-à-vis du corps étranger, un besoin de distanciation pour retarder la rencontre et le contact. Pour ne pas dire l'impact. Un temps de latence pour une évaluation de ce qui se joue dans l'impénétrabilité de l'autre et sa capacité propre à encaisser la différence.

La peur habite le corps comme l'angoisse infiltre la psyché et ensemble elles allument les lampions de notre propre finitude. Par expérience acquise au fil des générations, chacun cherche à se prémunir d'une actualisation de cet effroi et l'on peut se demander si travailler dans des contextes de violence potentielle- par manque d'organisation des pulsions primitives- ne relève pas d'un masochisme viscéral.

Qu'à cela ne tienne, prendre en soin des autistes soulèvent la gageure d'être plus humain. Surhumain peut-être tant nous sommes enkystés dans des préjugés socio-culturels nimbés de religiosité et de mysticisme.

Devant l'autisme, quelque chose vrille en soi. Son hyper ou hypo sensorialité, son silence contre lequel ricoche les mots des aidants, le vacarme contre lequel percute l'aphonie des soignants, trop de contre tempos qui désaxent l'entendement. Devant cette épouvantable cacophonie, certains ne manquent pas prendre leurs jambes à leur cou. Comment les retenir ?

L'inaccessibilité du sujet autiste laisse parfois place au mystère de la nature et aux limites certaines de la science et des bonnes volontés.

La violence en pédopsychiatrie est une réalité triste et fâcheuse. Triste parce qu'elle renvoie à l'impensable maltraitance et fâcheuse parce qu'elle met à mal l'ossature d'une société qui se veut englobante et protectrice. En dehors de toute bienséance et du regard surmoïque sur le sujet autiste, il faut bien reconnaître que leur ça fait tache et leur « *humanité* » est questionnée. Questionnée du côté de ce qu'en dit la culture -africaine par exemple- et de qu'en dit l'axiome solidaire « *différent mais pareil* ». Zucman (2012) situe le maudissement de la différence par la maladie, le handicap à la lumière de la question fondamentale du fameux shakespearisme « *être ou ne pas être* » et l'on pourrait enchérir pour dire « *naître mais ne pas être* » puisque les paradigmes de l'existant ponctué de pathologique n'autorise pas les identifications et les affiliations à ce semblable si déconcertant. Elle vient ainsi de ce qui ne se comprend pas chez l'autre et qui ne se contrôle chez soi. Elle fait l'épreuve d'une vigilance de tous les instants dans la sphère de sa propre individualité prompte à rompre avec des défenses archaïques et avec l'effroi que suscite l'impromptue d'une situation émotionnelle encore rivetée à la sphère instinctuelle.

En ce qui concerne, les soignants du CMTB, on peut dire qu'ils sont allés à l'autisme la fleur au fusil, galvanisés par leur désir de changement de cadre et peut-être naïvement de participer à une aventure de pionnier, difficile mais pas impossible. Tout à leur démarche titubante, ils se sont prêtés au sujet du savoir théorique borduré de leur savoir d'éducateur, d'infirmier, de médecin, de parent et donc de « sachant » tenir l'enfant même hors norme à carreau. Curieux mais pas inquiets. Jusqu'à la rencontre du réel. Très rapidement l'inquiétude à supplanter la curiosité qui n'est restée contenue qu'au prix du bordurage personnel serré ferme autour d'un déni de réalité. Mais l'enfant autiste ne s'en est pas laissé compter puisque de son côté du jeu, le soignant est un intrus aussi envahissant que le trouble qui perturbe son comportement.

En observatrice externe, j'ai remarqué la déconfiture des adultes dans leur posture d'adulte, de soignants dans leur posture de soignant, d'éducateurs dans leur posture d'éducateur. Dans le paquet de cartes tout est mélangé. L'autiste émiette le filet de protection de soi. Il pénètre dans la chair par ses coups qui ordonnent, cadencent, bousculent tout le cadre et tout ça devant un déploiement consciencieux de sollicitation, d'invitation, d'exhortation à se...concentrer. Il s'insinue dans la psyché de par sa violente indifférence. Un détachement quasi odieux pour cet adulte, soignant en mission pionnière de sortir l'autiste de son autisme. Un camouflet, une gifle. Une mise en respect de l'égo pour ne pas dire une mise à sa place façon paillason. Même dans l'intimité des rêves, l'autiste est là. Pas l'enfant x, y ou z mais l'autisme en chacun d'eux. Ce déraillement incompréhensible contre lequel l'aidant bute se contorsionne, se couche au sol, se casse en deux, s'arrache les cheveux et fini KO-groggy. Le corps commence à gémir, à se bloquer, à sérieusement s'abimer et de pionniers, certains se sont retrouvés clouer au lit anxieux et déprimés.

La violence est à la fois autonome et réactogène. Autonome parce qu'elle est inhérente à ce qui s'élabore, elle évoque la force, le mouvement, la pulsion qui s'organise quelle que soit l'issue de cette organisation. Un boum. Un (big) bang. Mais elle est aussi réactogène – une réaction qui gêne – parce que ce fameux cerveau trop fort pour être vrai a gardé – de

son big bang à lui – les rudiments essentiels à sa survie et devant ce qui le met en péril, il dégage les armes de la violence et de la férocité parfois. La violence en pédopsychiatrie, pour ce qui touche à l'enfant autiste, fait l'exposition douloureuse de cette étrangeté qui pathologise l'enfant. Le débordement de sa propre violence tournée vers lui est une effroyable vision de l'insaisissable ordonnancement des pulsions, des (auto) perceptions, des sensorialités agressives et de tout ce qui échappe au voyant voyeur. Cette violence « *panti-nise* » le soignant surtout quand ses efforts restent sans effets. Et, elle met tous les acteurs de la série des pionniers sur le pied d'une guerre où chacun cherche à sauver sa peau.

En tant que psychologue accompagnant les équipes de soignants du CMTB, je m'interroge souvent sur les résistances de cette équipe à accueillir tout ce qui est porteur de changement. Mais d'un autre côté de manière rétrospective la vision de leurs illusions, de leur rencontre et de leur ajustement tant à la violence sous toutes ses formes de la question autistique que de leur lutte, parfois mise en échec, pour ne pas (trop) céder à la sédition, à la fuite ou carrément à l'attaque, fait montre d'une formidable adaptation à l'appel des grands fonds abyssaux. Les efforts pour surmonter les difficultés sont ici une forme magistrale de résilience et de dépassement des limites et des imperfections partagées. ...

3. Regards sur la violence au travail

3.1. Entre enfants violents, soignants violentés et violentant

La violence est-elle inhérente aux soins avec des enfants ayant des troubles psychiques. L'analyse de la violence et de l'agressivité chez les patients admis en hôpital de jour montre que pour ceux qui sont pris en soin, au fil du temps, la violence se réduit. La résurgence des mouvements violents sur soi ou autrui chez les enfants retrouvés dans les évaluations, nous l'inscrivons dans le cadre de la crise sanitaire à Covid 19. Cômes (2016) faisant un point du concept de la violence conclut dans sa thèse que la violence est assimilable à tout ce qui est extériorisé de façon préjudiciable ou dommageable par une personne contre une autre personne, même si cela n'est pas intentionnel. Pour Weil (2010), la violence est la destruction du lien avec l'objet et la dé-subjectivation de l'autre ou des autres, alors que l'agressivité maintient le lien et s'adresse à un objet qu'elle attaque ; la violence peut surgir en réaction en miroir à une effraction narcissique, à une attaque contre l'identité. Citant le philosophe français Michaud, elle écrit :

« Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leur participations symboliques et culturelles. »

Il semble que c'est bien là le cœur de la problématique à laquelle nous devons faire face dans le service : les soignants sont aussi bien violentés par l'atteinte à leur intégrité physique (coups reçus, jets de salive, morsures, griffures...), que dans leurs possessions (et la première possession de l'individu c'est son corps, corps malmené par l'autisme de ces enfants). Moralement, ils ne sont pas exempts de violence car la posture même du soignant pour enfant avec autisme est violence pour l'adulte ivoirien. Culturellement, ce n'est pas à l'adulte de se

mettre au service et à la disposition de l'enfant. Les caprices, les troubles du comportement ou les comportements-problèmes sont socialement inacceptables et donc rapidement réprimés par les adultes-parents, ce que l'adulte-soignant ne peut faire au risque de passer pour maltraitant. Alors, les soignants prennent sur eux, au détriment de leur self. Weil (2010) évoque la question de la perte d'identité soignante et professionnelle : mise à mort de l'identité soignante. Mise à mort de la fonction éducative et correctrice de l'adulte. De là naît un malaise et une forme de violence internalisée. Il y a l'équipe d'un côté et le pédopsychiatre de l'autre. Les difficultés à faire équipe pour ses professionnels ivoiriens, la violence imposée par la nécessité de faire groupe pour que vive l'institution a déjà été évoquée (Bissouma et al., 2019) et déjà nous suscitons les effets délétères de cette posture professionnelle. Force est de constater que l'idée groupale se construit au forceps dans un affrontement de la violence et dans une nécessaire mentalisation de l'autisme qui ne suffit pas à endiguer le flot émotionnel et l'hémorragie du moi qui se perd pour construire le moi infantile.

Pour Benghozi (2010),

« La violence est une attaque contre le lien. Elle est symbolicide et désubjectivante. Elle est destructrice du sujet et de l'intersubjectivité, déstructurante et meurtrière même si elle ne se manifeste que par des mots. Qu'elle soit physique, psychique ou sexuelle, la violence est intrusive et porte atteinte à l'intégrité de l'autre ».

Comme nous l'avons conjointement évoqués, nous pensons le soignant, entravé par le poids des perceptions culturelles, comme le souligne plusieurs auteurs (Ebwel & al., 2010, 2010 ; Isimat-Mirin, 2015 ; Wintgens et Hayez, 2006). Pour Isimat-Mirin, en Afrique c'est la représentation sociale que se font les africains de l'autisme qui peut faire la différence, en fonction du poids des pesanteurs culturelles ou des facteurs locaux, à la ville ou à la campagne. Comment travailler cette représentation sociale pour dédramatiser l'autisme et son vécu par le soignant ?

3.2. Quelles stratégies de gestion de la violence en pédopsychiatrie à Abidjan

Les enjeux stratégiques sont multidirectionnels. D'abord, il faut mettre le soin au cœur de la relation interhumaine. Le soin est neutre et à priori défini dans une forme de bienveillance supportant la vision d'accompagnement devant ce qui se pose comme une souffrance. Puis, il est important de débattre sur la question de la violence. Elle ne doit pas rester dans les plis du tabou parce que trop culpabilisante ou trop déshumanisante. Il est nécessaire de dédramatiser la violence et faire attention à ce que convoque son déploiement ! Il faut aussi l'explicitier et la poser là comme un existant dynamique ambivalent, bipolarisé qui court vers la destruction tout autant que vers la construction. La violence est une force vécue, perçue comme un ennemi parce que son point de rencontre peut franchement être douloureux. Il faut la dédramatiser parce qu'elle est inévitable. Dans sa conceptualisation de l'économie psychique Freud (1920) a originé la naissance de la raison, de la supervision et du contrôle des fumeroles du magma qui constitue le Ça. Il incarne à lui seul la dévastation la folie, l'indiscipline, le chaos, l'absence de verbe, la tyrannie et l'« antéchrist ». Il est surpuissant, destructeur

et néanmoins engendreur du Moi (raison) et du Surmoi (supervision et contrôle). C'est tout dire que de la violence, de la fureur et de la passion peut émerger une certaine mesure, retenue et équilibre. Cette organisation tripartite, qui fait toute l'humanité, fait miroir à ce cerveau archaïque toujours lové dans un tréfonds très réactif. Notre passivité ou notre pacification est le fruit pour cet Archaïque de la perte de nos prédateurs potentiels et pour ce Ça de la nécessité de vivre ensemble pour perdurer. Lorsque le lieu de travail devient la nouvelle aire de jungle, on comprend que l'Archaïque et le Ça sont sur les starting-blocks prêts à en découdre et à reprendre du service en réactivant des penchants ou des automatismes de défense expéditives.

L'autre stratégie est donc de déculpabiliser afin de mieux comprendre et se comprendre. S'il est vrai que nous sommes rivetés à des fonctionnements préhistoriques, nous avons parcouru aussi un sacré chemin pour nous extraire de notre animalité. Le potentiel est donc manifeste et se développe dans un cadre dynamique qui suppose d'être challengé, déconcerté, désarçonné, dérangé, malmené... le prix de l'évolution.

La gestion passe aussi par la confrontation des non-dits, des rejets et des refus. Cela suppose qu'un cadre soit élaboré, un réceptacle trouvé pour accueillir tous les débordements et leur donner sens. Cela ouvre un possible à l'acceptation de l'existence de cette part sombre en nous qui écorne notre illusion de toute puissance, de sachant, de bienfaisant et de soignant-sauveur. C'est le lieu de mettre en chantier la parentalisation du soignant (Bissouma & Yapi, 2020) et la double question du lien et de l'affiliation à la fois au groupe et à l'équipe mais aussi au patient et à sa famille. Si tout enfant est la pousse qui maintient l'humanité dans un certain continuum, la question de l'affiliation fait grincer les dents quelque part car si ces autistes sont « *des enfants* » mais leur version est effrayante, effarante, déboussolante. Elle titille les nerfs et son impromptue ricoche contre le mur des lamentations bâti sur nos peurs les plus sombres ; le noir, la nuit, l'inconnu, le différent, l'étrange... En bref, tout ce qui pourrait précipiter la fin. La fin de soi, la fin du bon objet admirable et admiré, la fin de l'espèce. En institution, la question de l'affiliation mobilise des trésors de maîtrise de ces pulsions hétéro-agressives. L'angoisse que cette perspective suscite peut parfois se jouer en plusieurs actes et en l'absence d'une supervision surmoïque externe, elle peut vite libérer la bête tapie en chacun de nous.

L'incompréhension du phénomène autistique n'est plus un objectif à dépasser mais une validation que l'autre est un objet imparfait dont il faut secouer la pulpe collée en bas du culot. Mais en toute bonne foi eu égard aux codes de la bienséance éducative pour arrêter ces impolitesses (frapper, cracher, crier, mordre) et ces robinsonnades (rester dans sa bulle). Il s'agit par l'usage de la violence ou de la correction comme on peut le voir parfois, de porter un correctif en vue de produire une amélioration. Corriger là où quelque chose de « *ça(le)* » vient faire contrepoids à un surmoi toujours culpabilisant dès lors que la question de l'affiliation est posée. Et parfois c'est vrai, l'éducateur, le soignant, l'aidant est dans un tel miroitement de lui dans l'autre autiste et de l'autiste dans lui qu'il est dans une contrainte de redistribution des pouvoirs pour rester dans le jeu de la dualité.

L'autisme, la violence, les pionniers finalement tout ça, est dans un certain équilibre de forces où inévitablement quelque chose de nouveau émergera pour le bénéfice de tous les

acteurs de la série des pionniers du CMTB. Pour se faire, et parfois au péril de soi et du Soi, il importe de se questionner et de questionner nos pratiques.

Conclusion

La rencontre de deux « je » ouvre au possible de la mentalisation dans le contexte d'un travail institutionnel face à l'autisme infantile à Abidjan. Ainsi, la collaboration entre la pédopsychiatre, qui a entraîné dans la création d'un centre pour autiste une équipe de professionnels peu préparés à la question de la violence dans les soins en pédopsychiatrie, et la psychologue clinicienne qui borde de son étayage la psyché groupale, a ouvert le champ d'une réflexion sur les effets psychopathologiques de la peur au travail. Le retour sur une expérience professionnelle permet d'originer cette peur, de la mettre en mots pour dévisager les maux qui traversent les corps en présence et l'institution soignante.

Que retenir ? Que dire pour avancer ? Comment le dire et comment faire pour desserrer la strangulation et le nœud d'angoisse ? Il est clair que la supervision est « notre » option thérapeutique pour prendre soin du corps institutionnel et de la psyché groupale. C'est aller au-delà des résistances et des réticences des professionnels pour répondre à un besoin qu'ils se refusent à assumer : celui d'être étayé, d'avoir une enveloppe protectrice, d'être protégé d'eux-mêmes et de l'autisme... pour que la capacité à rêver soit, et que les fantômes dans le soin se taisent.

Il faut se demander, pour finir, si la fonction de chef de service n'est pas finalement ou aussi une fonction maternelle et si, face à l'abysse de l'autisme et aux angoisses archaïques, ce n'est pas au fond notre capacité à déployer la préoccupation maternelle primaire qui est sollicitée dans l'arrière cours du fonctionnement institutionnel ?

Références bibliographiques

1. ABELHAUSER, A., & COSTANTINI, P. (2014). « Anxiété, peur, angoisse : Point de vue psychopathologique ». *Revue Juridique de l'Ouest*, N-S, pp. 49-55.
2. BENGHOZI, P. (2010). « La violence n'est pas l'agressivité : Une perspective psychanalytique des liens ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 2, n° 55, pp. 41-54.
3. BISSOUMA, A-C, HEYMANN, D, & JANIN-DUC, D (2019) « De l'œuvre de Daniel Dezeuze à la création d'une institution pour enfants autistes à Abidjan ». *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 2, n° 62, pp. 337-351.
4. BISSOUMA, A-C, YAPI, L. (2020). « Parentalisation du soignant et soins aux enfants autistes à Abidjan ». *Cliniques*. Vol. 2, n° 20, pp. 108-122
5. CÔMES, L. (2016). *Situations de Violence en Institution de Pédopsychiatrie : Réflexions et propositions d'un outil d'analyse clinique* [Thèse d'exercice en médecine]. Université Claude Bernard-Lyon 1, France.
6. EBWEL, J. M., ROEYERS, H., & DEVLIEGER, P. (2010). « Approche des représentations sociales de l'autisme en Afrique ». *Enfances & Psy*, n° 49, pp. 121-129.
<https://doi.org/10.3917/ep.049.0121>
7. FREUD, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir* (2010e éd.). Payot.
— (2001). *Introduction à la psychanalyse* (Payot).
8. ISMAT-MIRIN, P. M. (2015). « Les enfants singuliers ». *Revue de l'Université de Moncton*, vol. 46, n°s 1-2. <https://doi.org/10.7202/1039031ar>
9. LAPLANCHE, J., & PONTALIS, J.-B. (2004). *Vocabulaire de la psychanalyse* (4e). PUF.

10. NATANSON, J. (2008). « La peur et l'angoisse ». *Imaginaire & Inconscient*, vol. 2, n° 22, pp. 161-173.
11. WEIL, M. (2010). « L'institution soignante, peut-elle engendrer des expressions violentes ? » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 2, n° 55, pp. 163-169.
12. WINTGENS, A., & HAYEZ, J.-Y. (2006). « Guidance psychopédagogique des parents d'enfants atteints d'autisme ». *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 49, n° 1, pp. 207-226.
<https://doi.org/10.3917/psy.491.0207>
13. ZUCMAN, E. (2012). *Personnes handicapées, personnes valides : Ensemble, semblables et différentes*. Erès.

Pour citer cet article

Anna-Corinne Estelle Liéma BISSOUMA, Lawrence YAPI, « La violence en pédopsychiatrie à Abidjan : au commencement était l'angoisse... », *Paradigmes*, vol. VI, n° 02, mai 2023, p. 135-149.