

Travail auprès des autistes en Centres spécialisés : Attaque des liens, et fragilisation de la pensée

BENMOUFFOK Fatiha, M-A,

Université Blida 2

Résumé:

Un CPPEIM est conçu afin de recevoir des enfants de 5 à 18 ans, portant un retard mental moyen à profond, dont des trisomiques, afin de leur procurer un enseignement spécialisé.

Cependant, face au manque de structures, à l'insuffisance de professionnels formés, ces bénéficiaires, portant même parfois des troubles associés lourds, essentiellement autistiques, se voient passer toute une vie dans ce même centre.

Des relations particulières, teintées d'agressivité dans les échanges, se créent entre le personnel et les enfants d'un côté, le personnel et les parents d'un autre côté, mais aussi entre les membres d'une même équipe.

C'est ainsi, que nous nous proposons dans cette intervention, d'aborder et d'analyser, à la vue de situations entre intervenants et bénéficiaires, le processus de pensée chez les premiers, leurs difficultés, les représentations et défenses qu'ils essayent de mettre en avant face au «vide et chaos» qu'ils vivent (tel qu'ils le perçoivent).

Mots clés: Autisme, professionnels, familles, liens, défenses

Un CMPEIM, centre médico-psychologique pour enfants inadaptés mentaux (et dernièrement devenus CPPEIM, centre psychopédagogique pour enfants inadaptés mentaux), est conçu afin de recevoir des enfants de 5 à 18 ans, portant un retard mental moyen à profond, dont des trisomiques, afin de leur procurer un enseignement spécialisé.

En règle générale, les bénéficiaires sont de passage pour une période de 13 ans maximum, et ne porteraient souvent pas de troubles associés.

Cependant, face au manque de structures de relai, ces mêmes bénéficiaires, se voient passer toute une vie dans ce même centre, arrivant à l'âge de 5 ou 6 ans, ils continuent à fréquenter l'établissement jusqu'à des âges relativement avancés.

A cette situation, vient s'ajouter la réalité de manque d'établissements spécialisés pour des enfants présentant, en plus du retard mental, des

troubles associés qui s'avèrent parfois lourds à gérer, notamment les troubles envahissants du développement.

Le panorama de la situation:

Les données et paramètres de cette situation peuvent être répertoriés comme suit:

- Des professionnels peu ou pas formés pour recevoir et aider ces enfants. Ces professionnels font généralement le même travail, et dans la même structure durant de longues années.
- Des établissements et des moyens, souvent, peu adaptés aux besoins de cette population qu'ils reçoivent;
- Des parents en désarroi, cherchant n'importe quelle lueur d'espoir, un étayage, et une reconnaissance,
- Ces parents doivent aussi faire face aux difficultés présentées par les professionnels, et qui viennent se greffer à leur quotidien particulier, lourd, presque sans lueur d'espoir (selon eux) pour un lendemain meilleurs;
- entre tous ceux-là, des enfants, voire des adultes avec symptômes autistiques ancrés et complexifiés, du fait du retard et des difficultés qu'a connus leur prise en charge.

Ainsi, dans la plupart des CMPEIM des relations particulières se créent: Ces relations sont généralement teintées d'agressivité dans les échanges: agressivité tacite ou explicite, elle atteint essentiellement le personnel soignant, les relations entre personnel soignants et parents, et enfin les relations personnels soignants-bénéficiaires.

Quel sens pourrions-nous donner à cette situation?

Dans un dispositif créé à l'origine pour être contenant, on se retrouve face, presque, à un véritable chaos relationnel !

Données théorico cliniques:

Dans la dernière définition du DSM V, l'autisme, appartient à une catégorie de troubles plus large, en l'occurrence les troubles du spectre autistique (TSA), le terme de diagnostic TSA remplace à présent l'expression «trouble envahissant du développement».

De cette catégorie, l'autisme est un trouble du développement caractérisé par une interaction sociale et une communication déstabilisées en conjonction avec des comportements restreints et répétitifs.

Les éléments explicatifs des troubles envahissants du développement se diversifient, entre les premières hypothèses psychanalytiques qui paraissaient culpabiliser, excessivement, les familles, et sur lesquelles, même des psychanalystes sont revenues; aux hypothèses plus actuelles, d'explications génétiques qui tendent à chercher des indices (ou marqueurs)

neurobiologiques, justifiant l'existence de certains troubles du comportement et/ou de la relation.

Entre un POURQUOI de recherche d'étiologie organique, au COMMENT de recherche de signification psycho-dynamique (et voire même systémique), nous pouvons retrouver un équilibre dans la compréhension des troubles autistiques et leurs origines (Tardif, Gepner, 2011).

Déjà dans son abrégé (1972), Jean Bergeret trouvait que les «états autistiques» pouvaient être exclus du cadre strict des psychoses infantiles ayant une étiologie sans doute multifactorielle.

La tendance la plus équilibrée est celle-ci favorisant ces explications multifactorielles: un enfant né avec un héritage et des prédispositions organiques, mais ceux-ci se complexifient et s'expriment selon un environnement social et familial particulier.

Cependant, nous ne pouvons ignorer l'aspect le plus remarquable dans n'importe quel travail qui vise la population avec autisme, et aussi leurs familles, notamment lorsque le processus de prise en charge tarde à démarrer : le travail long et difficile, s'avère ingrat et d'apparence peu efficace, essentiellement lorsque, tel que nous l'avons souligné plus haut, le dispositif est largement insuffisant, et le personnel intervenant peu ou pas armé : Par sa nature, l'autisme, trouble de l'interaction social, trouble de communication, trouble dans le regard adressé à l'autre, dans le langage échangé avec l'autre, est un trouble du lien, il paraît attaquer toute construction de pont de liaison avec l'autre.

Surtout, qu'un travail de prise en charge institutionnelle, avant d'être un pur travail d'apprentissage et de conditionnement, devrait revêtir l'effet d'une force liante attractive et contenant des éléments épars de la psyché infantile. Cette force donne naissance, dans la rythmicité du travail, à l'introjection de la fonction contenant de l'objet externe (Bick, 1968) et constitue la peau psychique groupale.

Mais, par la nature même de ces troubles, leurs difficultés relationnelles, et l'échec qu'ils font subir aux efforts des intervenants, qui les ressentent «vains», des difficultés d'élaboration, une sorte de court-circuit de la pensée et des capacités défensives vont remplacer la bonne volonté première avec laquelle étaient arrivées ces «travailleurs sociaux».

Déjà, D. Mellier (2006), disait, en ce qui concerne les déficiences intellectuelles (si nous pouvons en faire le parallèle avec l'autisme juste par la lourdeur du travail et la lenteur des résultats): «la déficience intellectuelle moyenne et profonde est la source de vécus complexes entre l'enfant, sa famille puis plus tard avec les soignants ou éducateurs».

Attaque de liens, absence de sens, défaillance des capacités de l'appareil à penser les pensées, voici l'impression que nous retrouvons dans

un environnement où le chaos du handicap mental paraît contaminer le vécu de toute personne qui s'y aventure, et qui ne prévoit pas de trouver des moyens pour pouvoir s'approcher plutôt de ce qui renverrait aux pulsions de vie.

Dans la préface du livre «Souffrance et psychopathologie institutionnelle», R. Kaës (2012) présente la situation en institution, comme suit:

«Une attention particulière est portée à une pathologie institutionnelle qui se développe selon un processus particulièrement bien décrit par Racamier, Bleger et Illich: le retournement en son contraire de la tâche primaire de l'institution: agresser au lieu de soigner. Cette inversion a pour conséquence d'instiller dans l'institution une violence innommée, non reconnue, qui amplifie la destruction des liens, mobilise les angoisses archaïques qui prévalent alors sur les processus de pensée : ils sont attaqués par la violence des patients sur eux-mêmes et sur les soignants, par celle des soignants entre eux et vis-à-vis des malades, par la violence des rapports intra- et inter- institutionnels, enfin par la violence sociale. C'est sur ce fond que le travail de la mort accomplit son œuvre et que son incarnation s'effectue dans un sujet thanatophore qui en porte le symptôme et le stigmaté» (Kaës, 2012, p.IV)

Dans ce processus lié aux difficultés de gérer les vécus archaïques révélés par la maladie, deux types de réactions apparaissent:

Face à la lourdeur du travail dans le domaine du handicap mental, D. Mellier (2006) avait décrit deux types de réactions défensives de la part des équipes soignantes:

- l'activisme; selon lequel l'équipe utiliserait des processus maniaques d'hyper-dynamisme, en multipliant ses activités afin de faire face à la violence du vécu chaotique dans lequel elle se retrouve, ceci est aussi un versant du renfermement de cette équipe, et qui pourrait rejoindre ce que disait R. Kaës du processus de renversement en son contraire.
- ou le repli; ici mis en avant de façon franche, les institutions, pour faire face au lourd vécu, «fonctionnent selon des modalités de gardiennage, assurant seulement au "troupeau" sécurité et satisfaction de besoins élémentaires».

Aussi, dans l'expérience que nous avons rencontrée, nous avons pu constater, sur le plan interpersonnel et intrapsychique, les éléments suivants:

- D'abord, les réactions d'agressivités, liées à une sorte d'identification aux états des enfants, en mettant en avant un *renfermement excessif* face à tout ce qui entoure l'établissement de prise en charge, donc à ce qui est inhabituel, mais aussi et surtout à toute figure nouvelle qui arrive, à tout changement qui peut être

apporté, ceux-ci devenant maintenant, sources de fortes angoisses, voire même de persécution.

- Ensuite, beaucoup de personnes somatisent, ne pouvant trouver de moyens de décharge à leurs angoisses, ne possédant pas suffisamment d'épaisseur psychique pour puiser des défenses, même inadaptées, finissent par transporter leurs difficultés et leurs vécus au niveau du soma: stérilités primaires et secondaires, ainsi que diverses maladies se trouvent représentées chez le personnel des CMPEIM.

L'intervenant se retrouve à suivre, lui aussi, une sorte de processus de débilisation, processus qui consisterait, ici, à intérioriser le fonctionnement pathologique de l'enfant attardé ou autiste, il rejette tout apport de l'extérieur, demandant, de façon apparente et manifeste, aide et soutien, surtout technique, la succession d'échecs et absence d'évolution des enfants, remettent sa propre image en cause.

L'intervenant, comme le parent, se sentant abandonné, peu soutenu, négligé, paraît vivre une situation semblable à ce que vivent les personnes traumatisées: elles ont besoins, au-delà de l'aide concrète, et de reconnaissance, d'attribuer leurs souffrances à quelqu'un, qui serait désigné comme «bouc-émissaire», et surtout, il finit, ainsi, par réagir par un mécanisme d'identification à l'agresseur, qui consiste à projeter sur l'autre son malheur, et s'identifier à l'objet persécuteur, et du coup devenir soi-même personne persécutrice: parents persécuteurs des intervenants, intervenants persécuteurs des parents, des enfants, ou de leurs propres collègues. Chacun a besoins de se justifier, de chercher et donner du sens à l'échec ou à la difficulté rencontrés face à l'enfant.

On pourrait imaginer un conflit intérieur qui s'exprimerait ainsi: «*On échoue, tous nos efforts sont vains: une des deux, soit on est incompetents, et on se retrouve dans l'image de l'enfant que nous suivons, soit, nous on est bons professionnels, mais c'est l'autre (parent, ou professionnel) qui est inapte!*»

Illustration d'une situation: Entre Mounir et Razika, l'histoire d'un environnement peu contenant...

Les cas de figure où la pensée, la logique paraissent comme disparues dans les échanges entre différents intervenants, dans les groupes pluridisciplinaires et dans les groupes familiaux sont divers et je souhaiterais en citer un:

Mounir est un jeune autiste de 21 ans, lorsqu'il atterrit chez Razika, éducatrice spécialisée, avec un riche bagage pratique, une longue expérience, des résultats concluants à ses débuts,... mais qui se voit pratiquement renvoyer, à cause d'un conflit professionnel, de sa structure d'origine, elle est mutée dans un centre où la prise en charge s'avère lourde

et difficile, les cas reçus ne sont plus des retards mentaux moyens ou lourds, mais sont aussi des cas avec des troubles importants associés, très souvent, à des déficiences mentales sévères.

Lorsque Mounir arrive dans la classe de Razika, il est un jeune autiste de haut niveau, bien que mal entretenu sur le plan de l'hygiène corporelle, c'est un jeune qui sourit par moments aux autres, et est relativement éveillé.

Son aspect extérieur poussant souvent les membres de son entourage à le rejeter, ceci n'a pas fait exception pour son éducatrice laquelle, dès les premières rencontres, demandait incessamment qu'on lui retire Mounir. N'ayant pas eu de répondant de la part de l'administration, elle essaye de prendre la psychologue, référente de sa classe, comme alliée.

Celle-ci, prise aussi entre les impératifs de l'administration (principe de réalité) et la demande de sa collègue, ne pouvait venir en aide pour cette dernière:

Là; la situation paraissait se résumer ainsi: l'administration trouvait que Razika est incompétente, Razika trouvait que c'est la psychologue qui ne faisait pas son travail, et qui, elle, n'avait pas les compétences nécessaires.

Au milieu de tout ce malaise, c'est les réactions de Mounir qui s'avéraient extraordinaires:

- Décrit habituellement comme docile, mais surtout autonome sur le plan de l'hygiène sphinctérienne, Mounir redevient d'un coup encoprétiq; ce symptôme paraît effectuer une ***double fonction***: d'un côté, il justifie et renforce la colère et le rejet de Razika, mais pouvait aussi bien signifier, selon la réflexion d'un collègue éducateur «je te rejette comme tu me rejettes»!
- Le refus et le rejet de l'éducatrice trouvant de plus en plus de justificatifs, elle répétait sans cesse ceci, ainsi que son désarroi, mais ne trouvait toujours pas de répondant. Son agressivité s'adresse donc vers la personne de la psychologue, celle-ci, représentée comme celle qui «connait le plus» dans l'équipe, mais aussi et surtout comme celle qui porte le fardeau des échecs lorsqu'on peut les lui attribuer
- Cette dernière, ne pouvant intervenir comme Razika le souhaitait, avait cependant essayé de faire un travail auprès de la famille. Besoin réel ou réponse farfelue à une demande, elle sentait qu'elle devait faire quelque chose
- Dans la rencontre avec la mère, le père ayant refusé de venir, elle voulait revenir sur le sujet de l'encoprésie secondaire de Mounir, le délaissement dont il faisait, selon l'équipe, l'objet.
- Elle évoque donc les difficultés rencontrées avec le père, chose étonnante, le père exprime son rejet par une phrase: (en m'excusant

auprès du lecteur du terme, mais nous souhaitons l'exprimer car nous trouvons qu'il est en relation avec le type de symptôme mis en avant par le jeune Mounir) c'est toi qui as mis cette merde au monde, tu n'as qu'à t'en occuper...

- Nous ne reviendrons pas sur toute l'histoire du cas, mais nous voulons juste insister sur deux choses à travers cette brève présentation:

1. Mounir vivant et ressentant le rejet y a réagi par un symptôme à travers lequel il agressait l'entourage, et particulièrement l'éducatrice: chose étonnante, ce symptôme dans le choix qui y a été fait, n'est pas anodin, mais il portait une symbolique et un sens particulier pour lui: il exprimait la façon claire dont lui était traitée, et avec laquelle il était perçu dans son milieu familial.

Comme expliquée par A. Ciccone, concernant le handicap, aussi l'existence d'une pathologie lourde dans une famille pourrait la pousser à transférer sur le sujet atteint le «monstrueux» de la généalogie, et celui-ci, à revêtir ce qui a été projeté sur lui (cité par Mellier, 2006).

2. Dans ces échanges violents entre les différents protagonistes entourant l'enfant, et envers l'enfant, un vécu de souffrance paraît véhiculer les réactions des uns et des autres. Souffrance nécessaire à comprendre pour mieux faire avancer le travail.

Cette souffrance partagée, véhiculée à travers le symptôme de la personne désignée (en termes systémiques), avait pour fonction de transmettre les messages de détresses des différents protagonistes dans le système Mounir - parents – professionnels (Neuburger, 1984).

Conclusion

En ayant de la distance quant à la situation vécue par ces différents protagonistes, nous avons conscience d'un élément, c'est que dans le cas de Mounir, il n'y avait pas juste le jeune qui était en détresse, mais aussi l'éducatrice, éventuellement la psychologue, et tout le système, chacun cherchait à se protéger et se préserver du chaos interne, mouvement de mort, qui envahit l'atmosphère groupale, en rencontre avec la réalité du handicap mental et de l'autisme.

Des séances de travail régulières, des arrêts pour faire le point non seulement sur les pratiques, mais aussi sur les vécus, et les résonances pourraient être l'un des moyens les plus efficaces pour pouvoir, ou essayer, d'élaborer les difficultés internes des équipes soignantes, et qui ne manquent pas de retentir sur les qualités des relations entretenues avec les bénéficiaires et leurs familles.

Références bibliographiques

AMY M. D. (2013), *Comment aider l'enfant autiste: Approche psychothérapeutique et éducative*, 3^{ème} édition, Paris, Dunod.

- BERGERET, J. (1972), *Abrégé de psychologie pathologique*, Paris, Masson
- BICK (E.), "The expérience of the skin in earlyobject relations", In. *J. Psychoanal.*, 49, 484-6, 1968. Trad. Française G. et M. HAAG, "L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoce" in MELTZER (D.) et coll. *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot, 1980, 240-244.
- KAES, R. et coll. (2012), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod.
- MELLIER, D. (2006), «Autour du handicap mental, des souffrances à contenir entre équipes, enfant et famille», *Dialogue*, N°174, p. 49-61.
- MISES, R. et Coll. (1997), *Parents et professionnels devant l'autisme*, Paris, Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.
- NEUBURGER R. (1984), *L'AUTRE DEMANDE. Psychanalyse et thérapie familiale systémique*, Paris, Editions ESF.
- TARDIF, C., GEPNER, B. (2011), *L'autisme*, 3^{ème} édition, Paris, Armand Colin.