

## Dossiê

# A l'épreuve des trajectoires migratoires et transférentielles : un dispositif d'accompagnement et de soin d'un enfant autiste et de sa famille

Aurélie Maurin Souvignet

**Résumé :** Diagnostiqué autiste par une plateforme dédiée, Katal a 4 ans lorsqu'il est reçu pour la première fois en centre de soin ambulatoire. Devant sa grande agitation psychomotrice et la difficulté pour ses parents de tisser un récit tout en étant contenant pour lui, nous décidons collectivement que cet enfant et sa famille seront reçus, autant que nécessaire, par un duo de professionnel : un psychomotricien et une psychologue, de sorte à pouvoir travailler dans un même temps et un même espace les dynamiques psychocorporelles, psychosociales et intersubjectives à l'œuvre dans cette situation préoccupante. Nous montrerons comment ce dispositif en introduisant des médiations thérapeutiques tout en acceptant d'en questionner la pertinence, a favorisé la figuration et la mise en récit de la trajectoire migratoire d'une extrême complexité pour cette famille, ouvrant ainsi la possibilité d'un dialogue entre enfant et adultes, mais aussi entre adultes, y compris un dialogue intérieur de reprise et de transformation de moments traumatiques liés à l'exil.

**Mots-clés:** trajectoires migratoires ; transfert transitoire ; dispositif de soin ; accompagnement pluri-professionnel ; médiations thérapeutiques.

## Migratory and transferential trajectories: a support and care system for an autistic child and his family

**Abstract.** Diagnosed with autism by a dedicated platform, Katal was 4 years old when he was first seen in an health service. In view of his great psychomotor agitation and the difficulty for his parents to weave a narrative while containing him, we decide collectively that this child and his family will be received, as much as necessary, by a duo of professionals: a psychometrician and a psychologist, so as to be able to work in the same time and space on the psychocorporal, psychosocial and intersubjective dynamics at work in this worrying situation. We will show how this device, by introducing therapeutic mediations while accepting to question their relevance, favoured the figuration and the narration of the migratory trajectory of extreme complexity for this family, thus

---

\* Psychologue. Maîtresse de conférences en Psychologie, Université Paris 13, Comue Sorbonne Paris Cité, Villetaneuse, France. Email: [aurelie.maurin@yahoo.fr](mailto:aurelie.maurin@yahoo.fr)

opening the possibility of a dialogue between child and adults, but also between adults, including an inner dialogue of resumption and transformation of traumatic moments linked to the exile.

**Keywords:** migratory trajectories; transitional transfer; care device; multi-professional support; therapeutic mediations

## Précession et interculturalité

Le cas clinique qui sera développé dans cet article est issu de ma pratique de psychologue et de psychothérapeute dans un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) de Seine St Denis. Ce département Français, situé dans le bassin parisien, est connu pour être l'un des plus peuplé de France. Sa démographie est étroitement liée aux vagues successives d'immigration, depuis l'ère industrielle du XIX<sup>ème</sup> siècle jusqu'à aujourd'hui, y compris lors des crises migratoires les plus récentes (2014-2016). De nombreuses inégalités sociales émaillent cette région qui reste néanmoins très dynamique et innovante.

Les CMPP sont des structures associatives, relativement autonomes quoique parfois regroupées en fédération. Structurés comme des centres de soins ambulatoires, les patients et leurs familles viennent pour une, deux ou trois séances de 45 minutes hebdomadaires, selon la nature et la gravité de leur trouble. Partenaires de l'Education nationale et de l'Agence Régionale de Santé (ARS), les CMPP sont financés par la caisse d'allocation familiale et proposent donc des soins psychiques et de rééducation accessibles à tous car remboursés à 100%. Leurs équipes sont pluridisciplinaires et comptent des pédopsychiatres, des psychologues, des psychopédagogues (ou enseignants spécialisés), des orthophonistes, des psychomotriciens, des assistants sociaux. Le public accueilli est « tout venant », c'est-à-dire que les CMPP sont susceptibles de prendre en charge tous types de pathologies, du retard dans les apprentissages aux graves troubles du comportement, en passant par le large spectre des troubles envahissants du développement, mais encore des névroses, des psychoses et des pathologies des liens.

Le CMPP dont il est question dans ce texte se donne pour cadre épistémologique la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) qui supposent une approche psychodynamique de la vie psychique.

Les patients de ce centre, à l'image des habitants de ce département français, arrivent du monde entier. Ils ont le plus souvent quitté, dans la précipitation et dans le dénuement, des pays en crises économiques, politiques et sociales. La ville dans laquelle ce centre est situé est connue pour son fort taux d'immigration et plus globalement pour sa grande précarité qui caractérise aussi bien sa population que ses institutions, toutes deux souvent bien démunies pour répondre adéquatement aux situations cliniques complexes auxquelles elles font face quotidiennement.

Ainsi, la quasi-totalité de la patientèle est issue de l'immigration et une large part est primo-arrivante et allophone. Les langues, les religions, les motifs et les conditions de migrations sont toutes aussi multiples et hétérogènes que les souffrances et les troubles qui conduisent ces familles jusqu'au CMPP. Toutefois, la symptomatologie de beaucoup de ces jeunes patients correspond à des Troubles Envahissants du Développement (TED) ou à des Troubles du Spectre Autistique (TSA).

Les articulations entre psychopathologie des enfants et histoire migratoire des parents ne vont pas de soi : parfois seulement des liens sont possibles et heuristiques, plus rarement encore ces liens, aussi judicieux soient-ils, apparaissent comme vraiment soutenant pour les parents et pour les enfants. En réalité, c'est l'altérité crue de la psychopathologie qui se fait caisse de résonance de toutes les figures de l'autres : autre en soi-même, autre de sexe et de génération différente, autre de culture différente, multitude d'autres... Mon projet est donc de déployer dans cet article ce qui apparaît toujours au *vif du sujet* : « la précession de l'autre et de plus d'un autre, de certains autres » comme le propose René Kaës, dans l'introduction à l'ouvrage collectif dirigé par Alberto Eiguer (2013, p.1) *Le générationnel, Approche en thérapie familiale psychanalytique*.

En physique, la précession correspond au changement d'axe de rotation d'un objet (par exemple la terre) sous l'effet d'un couple perpendiculaire à cet axe (par exemple le soleil et la lune). En considérant la famille comme un groupe, ou plus exactement en l'appréhendant comme un système, le phénomène de précession se donne comme une métaphore pertinente pour envisager les effets mutuels, réciproques et conjoints des membres entre eux et sur le groupe familial lui-même. Appliquée à la vie psychique, cette notion physique s'accorde parfaitement à la conceptualisation des trois espaces psychiques décrits par René Kaës (par exemple en 2015), l'intra-, l'inter- et le transsubjectif. Le sujet subit la précession du groupe familial, qui lui-même subit la précession du groupe social, qui lui-même est en prise avec l'Histoire communautaire et civilisationnelle.

Les situations cliniques rencontrées dans de tels centres de soin sont profondément articulées aux événements qui ont jalonné la vie des sujets, des familles et des groupes socio-culturels de références. Je souhaite donc encore me placer sous le haut patronage de René Kaës, lorsqu'il écrit que « L'intérêt suscité depuis quelques années par la transmission de la vie psychique entre les générations témoigne de la tentative d'élaborer la crise multidimensionnelle qui affecte aujourd'hui les fondements et les modalités de la vie psychiques (...). Crise dans l'intelligibilité des souffrances et des organisations pathologiques (...) ; crise dans les dispositifs de traitements et par conséquent dans les conditions de la connaissance de la vie psychique elle-même. »

C'est à partir d'une séquence clinique issue d'un dispositif singulier d'accompagnement d'un enfant autiste et de sa famille, que je vais illustrer cette idée de crise multidimensionnelle et in fine m'employer à les transposer cliniquement, c'est-à-dire à en transmettre quelque chose précisément. Car le transfert, est transmission. Mon propos s'insère donc dans la double conception soutenue par Daniel Derivois (2009, p.64) « (1) la symbolisation est une activité psychique nécessaire à l'interculturalité, c'est-à dire qu'il n'y a pas d'interculturalité sans symbolisation ; 2) l'interculturalité, par les processus groupaux, intersubjectifs et intrapsychiques qu'elle met en jeu dans la recherche et la pratique cliniques, est un haut lieu de mise au travail de la symbolisation. Autrement dit, le champ interculturel est un vaste terrain de mise en évidence des processus de symbolisation. »

## **Un parcours de soin à l'épreuve de la vie psychique et de sa transmission : Katal, un enfant autiste sans amarres <sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> En référence au livre de Françoise Landrot (2007), *Un pays sans amarres*.

Après avoir été diagnostiqué autiste (TSA) par une plateforme dédiée<sup>2</sup>, Katal a déjà 4 ans lorsqu'il est reçu pour la première fois au CMPP. Cette famille, comme tant d'autres, nous met d'emblée face à un paradoxe que nous connaissons bien au CMPP : ils déposent auprès de nous leur urgence à être aidé, tout en refusant -dans un premier temps tout du moins- de reconnaître que l'aide que nous pouvons leur apporter n'est pas suffisante. En effet, le CMPP se borne à proposer des soins ambulatoires très circonscrits (rarement plus de 3 séances hebdomadaires) tandis que la symptomatologie criante (au sens propre comme au sens figuré) de ce petit garçon, qui est le premier enfant de ce couple, semble nécessiter un accompagnement plus complet et plus contenant.

Or, la Seine St Denis est bien mal lotie de ce point de vue. Les hôpitaux de jour<sup>3</sup> sont surchargés : il y a plusieurs années d'attentes, de sorte que lorsqu'une place se libère les enfants, qui n'ont pas cessé de grandir entre temps, sont trop âgés pour intégrer un groupe. Il en est de même pour les SESSAD et les IME. Quant aux ULIS<sup>4</sup>, il n'y en a pas de spécifique au TSA/TED dans ce département.

Pour ces familles, le CMPP, dans son insuffisance, reste néanmoins l'unique institution susceptible de répondre rapidement à leurs demandes. Nous acceptons ainsi régulièrement d'inscrire des familles pour lesquelles nous savons par avance que notre offre de soin ne sera pas adéquate. Nous nous reconnaissons impuissants, nous nous savons aussi seuls que ces enfants et ces familles, alors nous renonçons à refuser de les accueillir. Nous nous constituons, avec bien des ambivalences, terre d'accueil, au cœur de l'errance dans les institutions de soin et de l'exil lié à la psychopathologie. Cet état de fait contribue pour une large part à construire une dynamique transférentielle des soignants envers leur institution, laquelle se donnera

---

<sup>2</sup> Depuis 2014, les agences régionales de santé (ARS) en charge de la santé publique, ont axé leur politique de soin des troubles dits « neuro-développementaux » sur le diagnostic précoce de proximité. Des plateformes dédiées exclusivement au diagnostic précoce de l'autisme ont été créés à cette fin. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer ou souhaiter il ne s'agit pas à proprement parler de centre de diagnostic reposant sur l'institutionnalisation d'outils d'évaluation mis à l'épreuve de la clinique et de la thérapeutique, mais plutôt de réseaux de professionnels, formés à des protocoles de tests et ayant reçu un agrément préalable, qui dédient une large part de leur activité aux bilans diagnostics et aux préconisations de soin sans s'engager pour autant dans le suivi des patients et de leurs familles.

<sup>3</sup> Les hôpitaux de jour (HDJ) sont des centres de soin de proximité administrés par des grands centres hospitaliers spécialisés en santé mentale. Ils ont vu le jour dans les années 1960, dans la mouvance de l'antipsychiatrie qui a donné naissance en France à la psychiatrie dite de secteur dont le principe fondateur est de lutter contre l'aliénation psychique et sociale en proposant des soins au plus près des sujets, au sein de la communauté, accessible au plus grands nombres, au plus près de leur domicile. Ils sont organisés autour de l'accueil à la journée d'où leur nom.

<sup>4</sup> Les services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD), sont des services mobiles du secteur médico-social dédiés aux enfants et aux adolescents avec des troubles du développement ou du comportement (dont les troubles du spectre autistique et les troubles envahissant du développement). La mission des équipes polyvalentes (enseignants spécialisés, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues) qui les constituent est de favoriser l'inclusion scolaire, l'accès à l'autonomie et l'accompagnement des familles au moyen de dispositifs de soins et de rééducation individuels et groupaux. La particularité de ces services est de pouvoir intervenir au plus près des sujets : à leur domicile, à l'école, pendant les temps de vie quotidienne, pendant le temps scolaire.

-Les Instituts médico-éducatifs (IME) sont des structures alliant éducation, scolarisation adaptée et soin psychique. Ils accueillent des enfants et des adolescents en situation de handicap et sont spécialisés selon le degré et la nature des handicaps concernés.

-Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), sont des dispositifs collectifs de scolarisation pour les élèves en situation de handicap. L'Éducation Nationale française déploie ainsi sur l'ensemble du territoire plusieurs « unités », réunissant des petits groupes d'élèves en fonction de la nature de troubles, autour d'un ou plusieurs enseignants spécialisés accompagnés par un ou plusieurs auxiliaires de vie scolaire. Ces élèves y reçoivent quotidiennement des enseignements adaptés à leur situation singulière. Ils peuvent en outre être accueillis dans des classes ordinaires plusieurs heures par semaine selon leurs capacités.

volontiers comme organisatrice de la relation transfero-contre-transférentielle avec les jeunes patients et leur famille.

En tant que psychologue consultante, je suis la première personne que Katal et ses parents rencontrent dans ce centre. Et très rapidement, je ne me sens pas en mesure d'être suffisamment contenante, sur le long terme, pour cet enfant sans langage, sans sommeil, sans appétit, sans lien et presque incontrôlable dans son agitation psychomotrice. Après quelques entretiens je les accompagne donc dans une inscription auprès de l'HDJ tout en leur garantissant l'engagement du CMPP dans un parcours de soin avec eux et pour eux. Ils obtiennent, par mon truchement, un premier rendez-vous avec une psychologue chargée des inscriptions. Ils s'y rendent, reviennent me voir et m'annoncent qu'ils refusent tout bonnement d'y retourner ! Ils me disent avoir été mal accueillis et ne souhaitent pas ça pour leur enfant. Je n'en saurai pas plus, sinon, et bien plus tard, qu'on leur a imposé un interprète.

Originaires du Sri Lanka, ils parlent à l'époque très mal le français, mais refusent de faire les entretiens en tamoul ou même de parler anglais. L'histoire des tamouls du Sri Lanka peut nous renseigner sur cet impossible transposition de leur souffrance d'aujourd'hui dans leur langue d'origine. Les tamouls sont majoritaires en Inde mais minoritaire au Sri Lanka. Un conflit ancestral les oppose à la majorité Singhalaïse du Sri Lanka, conflit encore renouvelé lors de la colonisation britannique puis exprimé lors du processus de décolonisation et d'indépendance de ce pays insulaire. Les Tamouls du nord du Sri Lanka, du fait de leur proximité linguistique, culturelle et religieuse avec l'Inde voisine, auraient bénéficiés de privilèges, notamment d'une meilleure instruction, lors de la colonisation britannique. Ces pseudo-privilèges se sont transmués en rivalité et en ostracisme lors du processus d'indépendance du Sri Lanka. Ce pays a rapidement sombré dans une guerre civile, opposant minorité tamoule et majorité singhalaïse, entre 1983 et 2009. Par conséquent, pour fuir la guerre, depuis les années 1980, les tamouls du Sri Lanka se sont progressivement constitués en diaspora en Ile de France. Ils représentent aujourd'hui, en Seine St Denis notamment, une des plus importante communauté originaire d'Asie du sud.

Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que le tamoul pouvait être vécu par eux comme la langue d'un double renoncement. Parler tamoul au Sri Lanka revenait à révéler une appartenance minoritaire, activant par la même occasion le renoncement à leur indépendance vis-à-vis de la majorité Singhalaïse. Parler tamoul en situation d'exil en France revenait en outre à renoncer à une part de refoulé, exposant de nouveau aux multiples violences et à leurs conséquences traumatiques issues de l'histoire coloniale, nationale et subjective de cette famille. S'exiler de sa propre langue s'avérait plus économique psychiquement. Nous pouvons ajouter à cette proposition l'hypothèse que l'anglais était quant à lui vécu comme langue d'un double conflit, d'abord comme langue officielle imposée durant la période coloniale mais encore parce qu'elle rappelle à la complexité politique clivante de la situation des tamouls au Sri Lanka.

C'est pourtant sans véritablement connaissances géopolitiques initiales, mais guidée par une éthique soignante non conditionnée par la compréhension immédiate<sup>5</sup>, que je proposais de faire les premiers entretiens *sans traduction* et les accueillais dans cette limite de communication que nous dépasserons progressivement. Ce faisant, je sursois à ce que je sais être notre insuffisance vis-à-vis des soins requis pour Katal, et je reconnais plutôt le souhait de sa famille à s'installer ici et maintenant, au moins pendant un temps. Je soutiens, dès le départ et sans

---

<sup>5</sup> En référence à la « capacité négative » soutenue par Bion par exemple.

vraiment m'en rendre compte, quelque chose de l'ordre du transitoire, de l'accueil conditionnel. Je me fais, dans le transfert, zone de transit plutôt que terre d'exil. Et c'est sans doute la raison pour laquelle ils feront du CMPP une sorte de port d'attache, qu'ils ne quitteront plus pendant plusieurs années. Aujourd'hui, avec le recul du temps, je comprends qu'ils en ont fait leur base pour explorer toutes les possibilités de soin et d'accompagnement, y compris en libéral, pour leur enfant et pour eux-mêmes.

La condition de l'hospitalité (Derrida, 2021) ne sera donc pas, ici, celle de la communauté de langage mais plutôt celle de la communauté de transfert. La dynamique transférentielle sera portée par la capacité mutuelle de ne pas tout investir dans unique site. En effet, dès le départ, nous nous rejoindrons dans la reconnaissance d'un ailleurs du transfert. Ainsi, le diagnostic préalablement posé par un autre psychologue fut reconnu et confirmé cliniquement par moi, la mise en relation avec l'HDJ -même si cela n'a pas fonctionné- confirmera la possibilité d'un réseau de soin plutôt qu'un unique référent, le lien par ailleurs rapidement établi avec l'école soutiendra le maintien de Katal en petite section etc.

Le transfert initial sur le thérapeute, comme sur l'institution, se constituera donc à partir de la possibilité faite au transitoire, c'est-à-dire à la reconnaissance d'emblée que l'antériorité s'accompagne de la postériorité. Nous retrouvons ici la notion de précession du soin évoquée précédemment.

Toutefois, il faut reconnaître qu'à ce moment commençant du projet de soin, la grande agitation psychomotrice de Katal constituait une indépassable difficulté pour ses parents en situation d'entretien avec moi. Ils ne parvenaient pas à tisser un récit tout en étant contenant pour Katal lors de nos rendez-vous.

Katal criait, jetait, se jetait, tapait, se tapait, criait encore. Ses parents essayaient de le prendre sur leurs genoux : il se laissait glisser entre leurs bras et entre leurs jambes. Ses parents essayaient de le distraire avec un objet : il le brisait, ce qui créait l'effroi pour lui et la honte pour ses parents, qui ne supportaient pas ce que j'acceptais comme des signes de la psychopathologie de leur enfant. Ses parents essayaient de parler « au-dessus » : Katal se roulait sur le sol, léchait les craies tombées par terre, provoquant dégoût et vive réaction coercitive de la part de ses parents...

### **Port d'attache : pour un bordage institutionnel bien tempéré**

Face à ce tableau clinique qui se répète de séance en séance, nous décidons collectivement lors d'une réunion de synthèse clinique au CMPP que cet enfant et sa famille seront reçues, autant que nécessaire, par un duo de professionnel : un psychomotricien et une psychologue, de sorte à pouvoir travailler dans un même temps et un même espace les dynamiques psychocorporelles, psychosociales et intersubjectives à l'œuvre dans cette situation qui préoccupe l'ensemble de l'équipe et au-delà d'elle l'école, les autres soignants, les parents...

Nous devons forcer un peu le passage à ce projet de soin coûteux pour l'institution car impliquant deux thérapeutes et une grande salle de psychomotricité pour un unique patient, chaque semaine, pendant un temps non défini à l'avance. Nous nous appuyons sur l'aide de la

pédopsychiatre qui en parallèle de ce projet constitue un dossier de reconnaissance du handicap<sup>6</sup> de Katal avec cette famille.

Ce dispositif, assez simple, s'avère plutôt efficace rapidement. Katal y découvre un environnement plus vaste que celui offert par mon bureau, tandis que ses parents s'approprient un espace de parole plus ample et moins soumis au rythme propre de Katal. Nous bordons progressivement la voile du bateau dans lequel nous avons embarqué ensemble. Rappelons au passage que le terme *border* est l'opposé du terme *choquer* en langage maritime et qu'il offre une forte prise au vent.

Après quelques semaines, nous rencontrons une première limite, dont nous ferons finalement un point d'ancrage possible : seul le père de Katal se présente avec son fils au rendez-vous hebdomadaire que nous avons mis en place. Si au départ cela nous désarçonne c'est que nous avons repéré chez la mère de Katal une problématique importante du point de vue du portage physique et psychique à laquelle ce dispositif venait en quelques sortes répondre. Or, elle viendra une fois seule et une fois avec son mari, avant de laisser celui-ci prendre en charge la totalité des soins pour Katal. Elle se consacre alors à une double formation : en langue française d'une part et en langue autiste d'autre part puisqu'elle intègre en même temps un dispositif d'apprentissage du français comme langue étrangère (FLE) et de la méthode éducative pour les enfants autistes ABA.

Nous comprenons initialement ce mouvement comme une résistance de Madame. A la difficulté posée initialement d'être « interprété » par un traducteur tamoul, vient s'ajouter la difficulté d'être « interprété » dans une approche psychodynamique, lui préférant une approche éducative ancrée dans l'action plutôt que dans les émotions. Nous faisons alors l'hypothèse que le défaut de portage que nous avons identifié se rejoue dans notre capacité à contenir Madame de manière bien tempérée. Nous pouvons imaginer qu'elle se sent par trop exposée, en présence de son enfant, face à deux thérapeutes. Elle semble malgré tout nous accorder une confiance suffisante pour accepter ce modèle de soin sans pour autant y prendre une part active. De cette ambivalence naîtra une nouvelle facette du transfert. Toujours ajustée à la figure du transitoire, le lien s'aménage et s'accommode dans une certaine précarité (figurée par l'absence de Madame dans l'espace du soin) étroitement articulée à une contre-attitude opératoire (accord de Madame pour que cet espace existe efficacement en dehors d'elle). Il nous apparaît clairement que Madame s'efforce d'activer toutes les ressources disponibles pour elle-même et pour son fils. Elle ménage l'ancrage au CMPP tout en naviguant vers d'autres zones de soin et en cherchant un arrimage culturel et social combinant maîtrise de la langue française, expertise du champ pathologique de son fils et appartenance à une communauté diasporique bien repérée.

Dans le même temps, le père de Katal se révèle quant à lui très investi auprès de son fils. Il profite d'un conflit avec son patron pour mettre fin à son contrat de travail et se consacrer entièrement aux soins de Katal. En plus de venir chaque semaine au CMPP, il l'accompagne chez une orthophoniste libérale, à la gym et à la piscine, il rejoint une association de parents d'enfants autistes avec laquelle ils font des sorties et des ateliers. La famille entame aussi le programme éducatif ABA, plutôt contraignant, mais auquel ils se plient volontiers et qui correspond bien aux aspirations à une certaine norme chez les deux parents.

---

<sup>6</sup> En France, depuis 2005, les situations de handicap doivent faire l'objet d'une déclaration auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ces structures garantissent la reconnaissance du handicap et notifient les mesures compensatoires auxquels les personnes concernées et leur famille peuvent prétendre. Il peut s'agir de compensation financière (allocation) ou de services d'accompagnement adaptés comme par exemple dans le cadre scolaire ou professionnel selon l'âge des bénéficiaires.

Dans un article intitulé « La tête serrée, Représentations de l'autisme chez les enfants tamouls et leurs parents », Amalini Simon (2007, p.51) pose qu'« au Sri Lanka, de la naissance jusqu'à l'âge de l'école, l'enfant vit dans un « cocon ». Jusqu'à cet âge, l'absence de langage ni aucun autre comportement (de type violence, débordements, retrait...) n'inquiéteront les parents. » Elle ajoute qu'ensuite l'école deviendra la priorité pour ces familles et que les parents favoriseront clairement le travail au jeu. « Dans la migration, cette réussite valide a posteriori leurs parcours parfois douloureux, parfois chaotique, toujours complexe. » écrit-elle. Ces observations se confirmeront au décours des étapes de la prise en charge de Katal.

A cette époque, avec Katal, nous sommes dans ce moment particulièrement impliquant de l'entrée à l'école. Pour chaque enfant c'est un moment crucial de séparation d'avec le groupe primaire. Pour l'enfant de migrant c'est aussi la rencontre officielle de l'enfant avec une institution fondatrice de son inscription dans le pays d'accueil. Pour l'enfant porteur de handicap, c'est la révélation d'une symptomatologie et avec elle, parfois, la confrontation entre enfant, famille et institution avec la question de la norme. Pour cette famille Tamoule cela semble mobiliser très fortement leur rapport à la bonne conduite, à l'adaptation. ABA répond parfaitement à ce besoin et nous pensons un moment qu'ils vont quitter le CMPP dont les orientations épistémologiques sont tout à fait différentes car explicitement référées à la psychanalyse et par conséquent entièrement organisées autour du jeu libre entendu comme processus associatif et de subjectivation.

Toutefois, nous nous gardons bien d'entrer en concurrence avec les éducateurs et la psychologue ABA. Nous maintenons le cadre que nous avons patiemment construit avec et pour Katal et ses parents. Nous imaginons pour eux et avec eux un espace de dialogue et de liberté pour Katal puisque nous n'imposons aucune activité dans le temps de nos séances. Il choisit et nous le suivons. Y compris dans la répétition. Ce faisant nous nous appuyons sur ce qu'il fait (il ne parle toujours pas) pour décrypter autant que possible les stéréotypies, les mouvements de retraits ou d'agrippement, mais aussi sa fatigabilité, son appétence, ses progrès...Et encore nous faisons une place pour les inquiétudes du père vis-à-vis de l'école en particulier et sa fatigue à lui, ou encore à la petite sœur qui grandit, parle et joue...La famille comme Katal semble comprendre la singularité de cet espace. Et c'est d'ailleurs pour cela qu'ils peuvent y résister, le rejeter même parfois, jouer du négatif dans le lien avec nous.

### **Problématique de la trajectoire, pivot transférentiel et étape charnière du processus thérapeutique**

Après plusieurs mois, et alors que Katal a fortement investi le robinet d'eau et les jouets en plastiques à sa disposition, son père nous fait part de ses réticences à ce que ces jeux se poursuivent plus longtemps. Cela fait déjà plusieurs semaines que Monsieur marmonne son mécontentement lorsque Katal va au robinet dès son arrivée dans la salle, et plus encore lorsque pour la énième fois nous n'y voyons rien à redire ! Nous pensons au départ que le problème vient du fait que Katal est un peu mouillé en sortant de la séance, nous proposons donc un tablier. Mais le père grogne plus encore, car ce faisant nous autorisons encore plus de jeux d'eau. Monsieur finit par s'asseoir tout près du robinet, juste en dessous du tableau à craie, comme pour empêcher Katal d'y accéder. Evidemment rien n'y fait...Sur mon instance à comprendre ce qui est à ce point problématique, il finit par nous dire que depuis que nous le

laissons jouer avec l'eau, il veut ouvrir tous les robinets partout et que ce n'est pas possible ! A cause de nous il ne comprend plus ce qui est permis et ce qui est interdit. Nous créons de la confusion en autorisant ici ce qui est impossible ailleurs.

Nous pouvons comprendre que la dynamique transférentielle du transitoire, figurée ici par le filet d'eau, se fissure partiellement sous l'impulsion de Katal à la mobiliser dans tous les espaces à sa disposition (à la maison, à l'école, chez l'orthophoniste libérale etc.). Dans sa symptomatologie, Katal cherche à rassembler autour de lui parents et soignants. Il nous donne l'occasion de questionner la répétition et l'exclusivité de son investissement, c'est-à-dire d'envisager son attachement à exprimer quelque chose dans son intérêt pour l'eau. Il n'est évidemment pas question d'essentialiser l'eau comme matière, ni même de comprendre l'intérêt de Katal comme une volonté de transmettre un message conscient, mais plutôt de reconnaître l'opportunité qu'il nous offre de renouveler le lien transférentiel.

Nous évoquons alors ensemble ce que l'eau représente pour lui et pour sa famille. Nous savons qu'il va à la piscine avec son père. Aiment-ils nager tous les deux ? La réponse nous surprend : non, Katal avait au départ très peur de l'eau et le père nage mal, alors même qu'il est originaire d'un pays très ouvert sur la mer : une île au cœur de l'océan indien. Le processus associatif ainsi engagé Monsieur dessine sur le tableau à sa portée l'île dont il est originaire et exilé politique.

Il nous raconte, pour la première fois, qu'il est né dans l'archipel au nord de l'île principale du Sri Lanka, dans un village de pêcheur. Là-bas les plages sont magnifiques mais la mer n'est pas un lieu de baignade ou de jeu, c'est un lieu de labeur, d'exploitation. Nous comprenons que c'est le lieu d'une souffrance passée et indicible, lieu de l'interdiction de vivre selon ces croyances et ces opinions propres, mais aussi lieu de l'enfance de Monsieur. Nous profitons de l'aubaine qu'il nous offre pour questionner cette carte qu'il dessine sous nos yeux. Quel furent ces destinations ? D'où vient sa femme ? Comment se sont-ils connus ? Et leurs familles respectives où vivent-elles aujourd'hui ? Il entreprend alors de dessiner et de commenter les différentes trajectoires que lui et sa femme, mais aussi son père avant eux, en tant que réfugié politique, ont dû emprunter pour être là où ils sont aujourd'hui. La carte se couvre bientôt de traits et de points, de courbes et de droites, de lignes brisées aussi. C'est très impressionnant à voir. Il étend son dessin jusqu'à l'Inde, la Chine, la France, l'Angleterre...

Pendant ce temps Katal continue de laisser un petit filet d'eau couler et il transvase consciencieusement des petits codets d'eau dans des plus grands. Ce faisant, il est tout à la fois attentif au récit (des origines) de son père et à ses propres objets d'investissements (du moment présent).

À la fin de la séance, Monsieur nous dira qu'il avait peur de nous parler de sa réticence à laisser Katal jouer avec l'eau. Il craignait notre réaction, sans doute notre blessure narcissique et ses conséquences sur le lien entre nous. Il craignait que l'on se fâche et qu'on les chasse, il comprend que cela n'arrivera pas. Il nous sert alors chaleureusement la main et nous assure qu'il a du respect pour notre travail. Nous lui garantissons que ce respect est partagé et que nous ne sommes pas offensés par ces remarques qui sont au contraire fort utiles pour les connaître, les comprendre et les accompagner dans leur parcours de soin.

Amalini Simon (2007, p.56) évoque en ces termes le noyau transférentiel des thérapies transculturelles avec les familles Tamouls : « Cet imaginaire et les stéréotypes courants dans nos sociétés influencent les rapports entre le thérapeute et le patient dans les thérapies transculturelles. La simple absence des convictions racistes chez le thérapeute ne suffit pas pour

éviter que des représentations stéréotypées entrent dans la relation thérapeutique, notamment les stéréotypes utilisés de façon défensive pour contrôler les angoisses provoquées par la rencontre avec l'autre sont difficiles à débusquer et à élaborer. Changer notre regard, complexifier nos pensées, devenir comme le dirait Laplantine des penseurs du sensible... »

C'est en introduisant des médiations thérapeutiques tout en acceptant d'en questionner la pertinence, que nous avons favorisé la figuration et la mise en récit de la trajectoire migratoire d'une extrême complexité pour cette famille, ouvrant ainsi la possibilité d'un dialogue entre enfant et adultes, mais aussi entre adultes, y compris un dialogue intérieur de reprise et de transformation de moments traumatiques liés à l'exil. Nous faisons l'hypothèse que le père de Katal s'est autorisé avec nous un moment de régression salvatrice et constructive, en disant « Non » d'abord puis en créant une forme, s'autorisant à la déformer immédiatement, et racontant ainsi une part de lui et une part de l'enfant en lui.

Paul Denis (2002) nous invite avec son modèle de la pulsion en deux « formants », en emprise et en satisfaction, « à considérer que la pulsion naît dans l'histoire ». Cela revient à penser qu'un rapport étayant aux Institutions suppose la symbolisation, l'historicisation et la sublimation comme modèle d'introjection plutôt que d'incorporation. Ce dispositif ouvert et contenant aura permis que progressivement la pulsionalité trouve une forme plus scénarisée, vers un projet de mise en récit. Ainsi, lors des séances suivantes, nous laissons Katal jouer de nouveau avec l'eau, mais nous proposons aussi de jouer avec le sable. Une nouvelle trajectoire se dessine alors pour Katal, qui pourra bientôt venir seul en séance avec le psychomotricien, tandis que son père vient seul en consultation avec la psychologue. Un équilibre semble ainsi se dessiner et les aspects transitoires, organisateurs du transfert jusqu'ici, cèdent progressivement la place à une relation plus stable permettant l'analyse de l'ambivalence et l'accueil des affects négatifs. Les troubles les plus bruyants de Katal (son agitation psychomotrice) trouveront à être pleinement accueillis dans l'espace de la cure en psychomotricité.

Parallèlement, la méthode éducative ABA porte aussi ses fruits et Katal parvient progressivement à acquérir quelques compétences sociales (dire bonjour, resté assis quelques minutes à sa table de travail, tracer à l'aide d'un crayon) lui permettant de poursuivre, non sans mal, sa scolarité jusqu'en grande section de maternelle. Cela fut néanmoins possible uniquement grâce à la politique d'inclusion soutenue par le directeur de l'école de Katal. Ce chef d'établissement aura permis la mise en œuvre d'un parcours aménagé comprenant un temps limité en classe (le matin uniquement) et l'accompagnement quotidien d'une auxiliaire de vie scolaire dont la tâche était de contenir l'excitation de Katal vis-à-vis des autres enfants, du matériel scolaire et de lui-même et de pallier à l'absence de langage quasi-totale de Katal à ce moment-là.

### **Trajectoires transférentielles à l'épreuve des espace-temps institutionnels : épilogue clinique**

Toutefois à la veille de son entrée en cours préparatoire (CP) supposant un engagement significativement plus important dans les apprentissages (de la lecture, de l'écriture, du calcul) la question de son orientation bouleversa de nouveau la dynamique du soin au CMPP. En effet, il est habituel que l'ensemble des professionnels intervenant auprès d'un enfant en situation de handicap et de sa famille se réunissent lors des étapes importantes du parcours institutionnel.

Lors d'un entretien préparatoire à cette réunion pluriprofessionnelle, je m'étais entretenu avec l'enseignante spécialisée en charge du parcours scolaire de Katal. Nous partageons le même constat : quoiqu'il ait beaucoup progressé, Katal ne serait pas en mesure d'apprendre à lire et à écrire au sein d'une classe ordinaire. Toutefois, malgré notre accord sur ce point crucial, nous n'aboutissions pas du tout aux mêmes conclusions relatives à son inscription institutionnelle.

Il paraissait évident que Katal devait bénéficier d'une place en Institut médico éducatif ou, à minima, en Unité localisé d'inclusion scolaire. Or, les parents s'opposaient formellement à l'IME qu'ils comprenaient comme une régression dans le parcours médico-éducatif de leur fils. La simple évocation de cette option leur infligeait une grave blessure narcissique. Les limitations imposées par la pathologie de Katal se révélaient crûment et cela leur était insupportable. La mère de Katal parlait dorénavant bien le français et était devenue experte en méthode éducative ABA. Elle militait pour l'inclusion scolaire de son fils et pensait que ses progrès ne seraient conditionnés que par la qualité des stimulations cognitives dont il serait l'objet dans le cadre scolaire ordinaire. Par ailleurs, l'enseignante spécialisée en charge de l'inclusion scolaire refusait d'inscrire Katal en ULIS au motif que sa pathologie nécessitait l'accompagnement individuel d'une auxiliaire de vie scolaire (AVS) et que les ULIS étaient, et devaient impérativement rester, un dispositif collectif (c'est-à-dire avec une unique AVS pour l'ensemble des 12 élèves inscrits et non une AVS dédiée à un seul élève comme les troubles de Katal l'exigeaient).

Quelles options restaient-ils ? Ce fut l'objet de la rencontre qui réunissait les parents, les enseignants et les soignants autour de Katal.

A ma grande stupéfaction, l'enseignante proposa l'école ordinaire, c'est-à-dire une inscription dans une classe de CP sans autre aménagement que la présence d'une AVS individuelle. Les parents se montraient évidemment très enthousiastes à cette option qui répondait à leur désir de conformité et s'accordait bien à la dénégation des limitations de Katal et à la certitude que Katal allait progresser de manière fulgurante s'il était intégré à un programme ordinaire. La psychologue ABA qui les accompagnait depuis plusieurs années étaient également présente à cette réunion et se prononça favorablement pour ce projet à condition que l'équipe pédagogique se conforme aux modèles ABA fondé sur le principe de la frustration/récompense. De mon côté je n'avais de cesse d'opposer des éléments de réalité : Katal avait maintenant presque 8 ans et il ne parlait toujours pas, se montrait souvent agressif, n'était pas en mesure d'exprimer clairement ses besoins primaires et n'avait que très peu de lien avec les autres enfants, y compris sa jeune sœur.

Ce choix de l'inscrire en CP ordinaire semblait convenir à tous, excepté moi, quoique pour des raisons différentes : aux parents parce que cela comblait leur souhait d'avoir un enfant conforme aux exigences de son âge, à la psychologue ABA parce que cela confirmait l'efficacité de son modèle épistémologique et de sa méthode, à l'enseignante spécialisée parce que cela préservait l'organisation de l'ULIS. Nous pouvons donc considérer que ce projet venait sceller une alliance inconsciente défensive et aliénante (Kaës, 2014) autour de Katal. Je m'en sentais personnellement exclue par trop lucide sur ses capacités à trouver sa place parmi les 24 élèves de cette classe. Identifiée à la part d'étrangeté et à la part la plus archaïque de sa pathologie je cherchais désespérément à construire et à imposer une stabilité institutionnelle. Je cherchais à être secourue dans ma capacité à accompagner plus avant cet enfant et sa famille en sollicitant ce que je me figurais comme un accueil inconditionnel par une institution spécialisée (l'IME).

Je m'éloignais donc de la dynamique transférentielle du transitoire soutenue jusqu'ici pour préférer investir imaginairement un ailleurs bien circonscrit, un cadre stable, un continent de sécurité, pour eux comme pour moi ! Cette position fut sans aucun doute vécue par cette famille comme le signe de mon rejet, de ma double non-acceptation de leur différence d'une part et de leur désir de conformité d'autre part. Ce faisant je rejetais, inconsciemment, ce que j'avais jusqu'ici été la première à accueillir. Parmi les éléments relevant de l'espace intra-psychique, nous comptons mon refus inconscient de considérer pleinement la blessure narcissique de ces parents vis-à-vis de leur enfant handicapé ; parmi les éléments intersubjectifs, nous comptons mon refus inconscient de faire alliance avec le projet d'inclusion scolaire et sociale de Katal, parmi les éléments trans-subjectif, nous comptons mon alliance inconsciente avec certains aspects de l'histoire culturelle du Sri Lanka et la mise en retrait dans un espace restreint la vie sociale de Katal et par extension de sa famille (l'IME). Pour voir occupé dans le transfert mais aussi dans les alliances institutionnelles une telle position susceptible d'alimenter un sentiment d'étrangeté, je me trouvais moi-même tenue dorénavant aux marges de cette prise en charge : les parents s'absentaient de mes rendez-vous, et ne prenait plus la peine d'excuser leurs absences. Les rendez-vous annuels auprès de la pédopsychiatre et les rendez-vous hebdomadaire en psychomotricité se maintenaient mais l'espace de la consultation était désertée.

Après quelques mois d'inclusion en classe de CP ordinaire, les deux enseignantes en charge de la classe dans laquelle Katal était scolarisé demandèrent une réunion en urgence. Elles se sentaient totalement démunies face à cet enfant qui ne supportaient aucune frustration, ne présentait aucun progrès, régressait et se montrait agressif y compris avec les enfants qui tentaient de l'aider. Avec le soutien de leur direction elles demandaient à ce que Katal ne vienne plus qu'une heure par jour en classe. Le reste du temps il serait à l'unique charge de ses parents qui poursuivraient pour lui et avec lui les prises en charge ambulatoires au CMPP, auprès de l'orthophoniste en libéral et auprès de la psychologue ABA. Cette situation se révéla vite intenable mais le lien de confiance semblait véritablement rompu avec moi de sorte que la consultation familiale périlclitait et ne permettait donc pas de travailler ces questions.

La crise sanitaire du COVID entérina progressivement le fait que je n'avais plus guère de place dans le parcours de soin de Katal. Je proposais néanmoins régulièrement des rendez-vous que les parents n'honoraient que rarement ou n'investissaient pas authentiquement. Leur demande se maintenait néanmoins au CMPP auprès du psychomotricien pour le suivi hebdomadaire et auprès de la pédopsychiatre pour le renouvellement annuel des aménagements propres à la situation de handicap. Toutefois lors de nos discussions d'équipe à leur sujet c'est le sentiment d'être manipulés qui surgissait. Ils ne venaient plus au CMPP que pour justifier le fait que Katal ne soit pas inscrit dans un parcours de soin plus complet tel que pourrait le proposer un IME. De port d'attache nous étions devenu alibi.

Cette situation à présent sclérosée du point de vue transférentiel n'empêchait pas Katal de grandir et de progresser, notamment dans le langage qui se faisait plus riche quoique très écholalique. La naissance d'une deuxième petite sœur grande prématurée bouleversa de nouveau l'équilibre familial. L'espace-temps de la famille se resserrait naturellement sur ce bébé et Katal à presque 10 ans s'aventurait dorénavant vers la découverte de son corps propre et du corps des autres. Katal explorait de manière itérative ses parties intimes en public, essayait de toucher le corps des autres adultes comme des autres enfants de manière inappropriée.

Ce mouvement déstabilisait beaucoup la mère de Katal qui envisageait par la force des choses sous un jour nouveau la pulsionalité de son fils. La cure en psychomotricité touchait à

ses limites après près de cinq années de travail. Un entretien mené en duo avec la pédopsychiatre relança une dynamique propice au climat de confiance instauré initialement avec cette famille mais cette fois en présence de Madame. A la suite de quoi plusieurs rendez-vous en consultation familiale permirent d'évoquer ensemble le processus adolescent de Katal qui semblait s'engager de manière précoce.

Peu de temps après j'annonçais à cette famille mon départ du CMPP. Ils se montraient très touchés par cette nouvelle et souhaitaient connaître ma destination et les raisons de ce changement. Ils se montrèrent très émus lorsque je leur expliquais que je retournais dans la région d'où j'étais originaire. Ils se montrèrent aussi très inquiets de la suite de leur prise en charge au CMPP si je n'y travaillais plus. Ils imaginaient un instant que sans moi plus personne ne pourrait les accueillir et les accompagner. Je les rassurais doublement : le CMPP serait toujours accueillant pour eux et pour Katal, j'ajoutais que Katal avait beaucoup grandi ces derniers mois et qu'une structure plus encline à accueillir la problématique adolescente s'avèrerait sans doute une meilleure option que le CMPP. Nous pouvions renouer avec la dynamique transitoire du transfert. Ils étaient d'accord sur le principe d'un projet plus en lien avec la puberté naissante de Katal et cela s'accordait par ailleurs bien avec la possibilité qui venait de leur être annoncée d'une entrée en ULIS pour la rentrée suivante. L'équipe avait changée et il était devenu possible d'aménager un accueil plus individualisé à certains élèves dans ce dispositif. La perspective d'un IME n'était plus aussi insupportable et ils avaient même accepté d'en visiter un et d'inscrire Katal sur liste d'attente. La poursuite des rendez-vous au CMPP était garantie auprès de la pédopsychiatre qu'ils connaissaient depuis de nombreuses années.

Pour conclure, nous pouvons comprendre de cette analyse de cas que la pratique clinique des professionnels du soin doit être éclairée et orientée par une connaissance et par une compréhension (au sens de prendre avec) de ce qui précisément fait précession dans la vie des sujets et des groupes familiaux. Par le truchement du transfert mais aussi de l'éthique soignante, l'acte de soin deviendra alors lui-même précession, dans l'objectif de rétablir un équilibre devenu par trop instable sans pour autant figer le mouvement psychique. Dans certaine situation, comme ce fut le cas avec Katal et sa famille, la recherche d'une stabilité trop circonscrite se révèle contre-productive. Comme la marche suppose un déséquilibre compensé par la dynamique du mouvement et l'économique de l'appui, l'accompagnement d'un enfant autiste et de sa famille en situation de migration suppose de composer avec les aspects multidimensionnels de la subjectivité de chacun. De la trajectoire migratoire à la trajectoire institutionnelle, la trajectoire transférentielle nous renseigne sur la posture clinique la plus ajustée et sur la possibilité faite au soin dans un contexte toujours transitoire, celui de l'éthique du soin psychique.

## **Bibliographie**

Denis, P. (2002). *Emprise et satisfaction. Les deux formants de la pulsion*. Presses Universitaires de France.

Derrida, J. (2021). *L'hospitalité, volume I*. Editions du seuil.

- Derivois, D. (2020). *Séisme identitaires, trajectoires de résilience, une clinique de la mondialité*. Chronique sociale.
- Derivois, D. (2009). La complexité clinique interculturelle : quelle posture épistémologique pour le psychologue clinicien?. *L'Autre*. 1(1), 64-79.
- Kaës, R. (1997). Dispositifs psychanalytiques et émergences du générationnel. In A.Eiguer. Sous la dir. *Le Générationnel, Approche en thérapie familiale psychanalytique*. Dunod.
- Kaës, R. (2014). *Les alliances inconscientes*. Dunod.
- Kaës, R. (2015). *L'extension de la psychanalyse: Pour une métapsychologie de troisième type*. Dunod.
- Landrot, F. (2017). *Un pays sans amarres*. Editions des Béatitudes
- Simon, A. & Moro, M. (2007). La tête serrée. Représentations de l'autisme chez les enfants tamouls et leurs parents. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 4(4), 51-56.

Reçu le juillet de 2022 – Accepté le novembre de 2022.