

ARTICULATION DU SOIN ET DU PÉDAGOGIQUE EN HÔPITAL DE JOUR : LE PSY ET L'INSTIT PARLENT-ILS DU MÊME ENFANT ?

Anne-Yvonne Lenfant *et al.*

EDK, Groupe EDP Sciences | *Perspectives Psy*

2007/3 - Vol. 46
pages 267 à 273

ISSN 0031-6032

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2007-3-page-267.htm>

Pour citer cet article :

Lenfant Anne-Yvonne *et al.*, « Articulation du soin et du pédagogique en hôpital de jour : le psy et l'instit parlent-ils du même enfant ? », *Perspectives Psy*, 2007/3 Vol. 46, p. 267-273.

Distribution électronique Cairn.info pour EDK, Groupe EDP Sciences.

© EDK, Groupe EDP Sciences. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Articulation du soin et du pédagogique en hôpital de jour : le psy et l'instit parlent-ils du même enfant ?

Anne-Yvonne LENFANT*, Catherine LEROY**, Frank BONELLI***, Jean-Louis GOËB****

*Pédopsychiatre, Hôpital de Jour « Mosaïques » CHU, Service du Pr Delion, 59037 Lille, CRA Nord-Pas-de-Calais, France.
 **Institutrice spécialisée, CHU, Service du Pr Delion, 59037 Lille, CRA Nord-Pas-de-Calais
 ***Pédopsychiatre, Hôpital de Jour « Mosaïques » CHU, service du Pr Delion, 59037 Lille, CRA Nord-Pas-de-Calais
 ****Pédopsychiatre, CHU, service du Pr Delion, 59037 Lille - CRA Nord-Pas-de-Calais, CNRS-UMR 8160, Laboratoire neurosciences fonctionnelles et pathologies, Université Lille II, France.
ayv-lenfant@chru-lille.fr

Résumé

Contexte : la question de la place des apprentissages pédagogiques au sein d'un hôpital de jour accueillant des enfants présentant un TED, s'interroge pour trouver au mieux comment articuler soin et pédagogie. Méthode : étude de trois situations cliniques. Résultats/conclusion : la mise en perspective d'une évaluation comportementaliste (PEP-R) et de la compréhension psychodynamique des observations cliniques à propos de trois situations permet d'aborder la complémentarité des outils.

Mots clés : trouble autistique, syndrome d'Asperger, psychanalyse, comportement, observation, communication interdisciplinaire.

Articulation of care and educational in a day hospital: the psychiatrist and the teacher do they speak about the same child?

Summary

Background: This article discusses the role allocated to educative methods within a day hospital for children with pervasive developmental disorders, focusing on the necessary coordination of treatment and pedagogy. Method: three case reports are examined. Results/conclusion: while putting into perspective the behavioral evaluation (PEP-R) and the psychodynamic understanding of the clinical observations, the authors raise the question of how to integrate these different tools.

Key words: autistic disorder, Asperger syndrome, psychoanalysis, behavior, observation, interdisciplinary communication.

Ce texte à plusieurs voix permet aux médecins psychiatres et à l'institutrice de l'institution de mettre en perspective leurs approches et leurs outils respectifs, et de tenter d'en préciser les positions et les complémentarités dans la prise en charge des enfants présentant un Trouble Envahissant du Développement (TED) de nature autistique ou non.

Une approche singulière

Le titre volontairement questionnant de cette intervention doit être situé dans une perspective diachronique de la dynamique commune aux hôpitaux de jour d'une approche pluridisciplinaire, s'ajustant au plus près des besoins repérés de l'enfant et prenant en compte toutes ses dimensions afin de favoriser une reprise développementale la plus com-

plète possible tant sur le plan des cognitions que du développement de personnalité [2].

Le dispositif de soin proposé au sein de l'hôpital de jour est mis au service des familles pour répondre aux besoins des enfants du secteur. L'hôpital de jour est une étape dans la vie des familles : il y a un avant, il y a un ailleurs, il y aura un après. Les enfants sont accueillis de plus en plus précocement pour lutter contre l'installation d'un processus autistique dont nous connaissons désormais la rigidité de l'enkystement en l'absence d'une prise en charge suffisamment dense et précoce.

La nécessité d'observer le plus finement possible l'enfant, ses rythmes quotidiens, son abord du monde extérieur et des autres, mais aussi l'intérêt de comprendre le fonctionnement de son monde interne nous amènent à proposer une évaluation sur une semaine comprenant une observation clinique et la réalisation de bilans. Il s'agit d'un préalable à la proposition faite aux parents d'un projet de soins pour leur enfant, élaboré en équipe à partir des évaluations réalisées.

La place des parents est importante dans l'élaboration du projet et nous avons le souci de porter attention à leur vécu. Ils nous interrogent très vite sur les possibilités d'intégration de leur enfant dans la société qui passe à leurs yeux d'abord par une intégration scolaire. Le sujet des apprentissages scolaires est donc délicat à aborder, d'autant que les polémiques sur cette question sont virulentes. Malgré les précautions prises pour nous situer comme une institution soignante articulant les dimensions du soin à celles de l'éducation et de la pédagogie, les parents nous perçoivent ou voudraient nous percevoir avant tout comme une école particulière.

La place faite à la question des apprentissages scolaires au sein de l'hôpital de jour s'est modifiée au fil des années et de notre réflexion mise à l'épreuve de la réalité des difficultés sévères des enfants pour accéder aux apprentissages scolaires, en particulier en milieu dit ordinaire sans accompagnement spécifique [7].

L'enjeu n'est pas de transformer un outil de soins en un outil pédagogique, pas plus qu'il ne s'agit pour l'institutrice de se transformer en thérapeute. L'aide à proposer aux enfants autistes passe nécessairement par l'articulation d'approches différentes mais complémentaires, s'associant dans une pratique souple et singulière pour l'accompagnement de chaque enfant, indispensables pour une réelle reprise développementale. Il est essentiel aujourd'hui de ne fermer aucune porte du fait

même que la clinique de l'autisme ou plutôt des autismes comporte plus de questions que de réponses.

L'outil psychanalytique permet de donner du sens, d'une part dans l'histoire personnelle de chacun, mais également dans nos pratiques par la compréhension qu'il nous permet d'avoir des démonstrations faites par les enfants. Il est donc pertinent et aidant y compris dans le partage avec les familles autour de ce que nous montrent les enfants.

L'observation directe (au sens de Bick) et l'utilisation de la situation contre-transférentielle aident à comprendre comment ces enfants éprouvent leur monde interne et appréhendent le monde.

Les approches cognitives et comportementales participent à la diversité des outils utiles pour aider les personnes avec autisme tant il est évident que leur accompagnement ne peut se réduire à une approche purement psychodynamique en négligeant les domaines éducatifs et pédagogiques.

L'institutrice se positionne en précisant que soin et éducatif peuvent cohabiter et au-delà d'une cohabitation peuvent s'articuler à partir du moment où la dynamique est commune et cohérente : accompagner l'enfant dans son développement, l'aider à devenir le plus autonome possible, le rôle de l'institutrice se situant dans une autre dimension encore, celle du pédagogique.

Tout enfant, quelle que soit sa difficulté, a le droit à l'éducation et à l'enseignement, mais la question est souvent de trouver des critères d'évaluation à l'entrée en classe (ordinaire ou interne à l'hôpital de jour). Comment décide-t-on qu'un enfant est prêt aux apprentissages scolaires ? Une dynamique positive se met en place lorsque l'enfant se rend compte qu'il est capable de réussir quelque chose : son désir de connaissance augmente, d'autant qu'il se rend compte qu'il partage cela avec les adultes.

Il développe alors une meilleure image de lui-même et devient en capacité de devenir un élève dans le sens où il sera en capacité d'être dérouter par les apprentissages. Apprendre implique en effet la capacité de pouvoir accepter d'oublier ce que l'on sait pour laisser la place à de nouvelles connaissances. Il est nécessaire pour cela d'être suffisamment sûr de soi. Le travail de l'enseignant est de permettre aux enfants de se tromper, de recommencer et de le faire en toute sécurité... à la condition que l'enfant y soit prêt.

La réalisation d'évaluations portant sur le niveau développemental et les capacités des

enfants permet de connaître leur niveau. Or, les enfants sans langage ou souffrant d'un syndrome autistique sont difficilement évaluable avec les outils classiques. Ils n'ont en effet pas de langage ou une mauvaise compréhension de celui-ci et peu de vécu scolaire.

LE PEP-R

Un des outils d'évaluation utilisé est le PEP-R, Profil Psycho-Éducatif dans sa forme Révisée [16], développé par Eric Schopler et son équipe de l'Université de Caroline du Nord. La plupart des items proposés ne dépendent pas des compétences linguistiques, le langage est évalué indépendamment des autres fonctions. Le matériel du test est concret, intéressant c'est-à-dire attracteur pour l'enfant. Le temps n'est pas limité et tous les enfants évalués peuvent avoir des réussites car les niveaux du développement concerné sont très divers.

Cet outil permet de préparer un programme éducatif individualisé qui respecte le niveau de développement de l'enfant et ses caractéristiques [15]. Il permettra à l'enseignant de proposer des activités à l'enfant en rapport avec son âge développemental. Souvent le développement est disharmonieux, les résultats de cette évaluation objective les décalages dans les domaines explorés.

Ces enfants sont particuliers, la méthode d'enseignement doit aussi être particulière [14]. Certains moyens issus de la méthode TEACCH peuvent permettre aux enfants d'avancer. Il s'agit de rejoindre l'enfant là où il en est et mettre tout en œuvre pour l'aider à progresser [13].

Le travail de l'enseignante doit rester un travail à visée pédagogique. Il est pourtant incontestable que les progrès des enfants dans le domaine des apprentissages ont une répercussion sur leur développement psycho-affectif. De la même façon, tout progrès dans le domaine du développement psycho-affectif permet d'avancer dans le domaine des acquisitions. Chacun, de sa place, mais acceptant d'articuler son champ de compétences aux autres, contribue aux progrès des enfants.

Les exemples cliniques développés à propos de trois enfants, d'âge et de fonctionnement tant psychique que cognitif différent, ont pour finalité d'illustrer notre propos. Nous allons évoquer Monique, 5 ans, bénéficiant d'une prise en charge intense et complexe malgré des capacités intellectuelles évidentes, mais également Thibault, 2 ans et 3 mois, nécessitant des soins suffisamment denses pour que

soit proposée une hospitalisation de jour malgré son âge réel très jeune, et enfin Hector, trois ans, qui présentent un trouble envahissant du développement de nature autistique typique.

Monique

Monique présente un syndrome d'Asperger qui se situe à l'extrémité de l'éventail du spectre autistique en ce sens que l'on observe une certaine capacité d'interaction sociale. Lorsque nous nous rencontrons, Monique vit un rejet de l'école qui la perçoit comme inen-seignable tant les troubles du comportement sont majeurs. Elle parle avec une grande richesse de vocabulaire mais sans affect, avec une prosodie non adaptée. Monique s'avance, désarticulée, bouche ouverte, laissant couler la salive, grands yeux écarquillés, visage lisse. Les parents racontent cette petite fille « non fermée » : tout coule, salive, aliments, selles, morve. Monique ne peut répondre aux demandes sociales de son entourage. Elle crie, hurle, insulte, se roule par terre, manifeste son angoisse de chute d'être laissée tombée, lâchée... Mais ses possibilités langagières amènent à méconnaître la part malade en elle. On la dit paresseuse, entêtée, difficile à éduquer, opposante, sale... La prise en charge en hôpital de jour tient compte de l'aspect extrêmement dysharmonique de la symptomatologie. En faisant référence aux écrits de Bick [4], on peut concevoir que Monique ait développé une seconde peau (véritable carapace de savoir) capable de la garder rassemblée en l'absence d'un développement du moi. Bick parle de "l'usage inappropriée de certaines fonctions mentales" dû à l'absence d'introspection précoce d'une expérience contenante [5]. Monique est dans un univers bidimensionnel où l'adhésivité règne en maître. La perception de la tridimensionnalité lui fait vivre des angoisses de chutes sans fin, ce qu'elle nous montre dans ses chutes diverses, ses déséquilibres, ses tourbillons. Il est donc vital pour Monique de rencontrer des thérapeutes bien vivants [1] capables de se confronter à ses terreurs. À côté du travail en direction des parents, le projet a consisté à mettre en place :

- d'une part des soins psychothérapeutiques lui permettant d'expérimenter en toute sécurité des expériences identificatoires premières, en particulier l'introspection d'un objet contenant,
- d'autre part des soins au sens large, dans lesquels elle « apprend » des codes sociaux,

– enfin un accompagnement scolaire pour soutenir ses possibilités d'une part et l'équipe enseignante qui l'accueille en milieu ordinaire d'autre part.

À son arrivée à l'hôpital de jour, l'institutrice propose la passation d'un PEP-R à Monique, malgré ses capacités langagières, pour tenir compte de ses grandes difficultés comportementales.

Il s'avère que les résultats sont excellents du point de vue des apprentissages alors que pendant la passation de cette évaluation, Monique bave lorsqu'elle travaille, présente des difficultés à rester concentrée (elle tend alors à s'échapper par le regard ou à digresser dans un discours hors contexte), des difficultés aussi à rester assise. L'ensemble des éléments de l'observation montre l'écart important entre son comportement et ses connaissances.

L'attention de Monique est fugace, elle a besoin d'être recentrée sur son travail ; seule elle ne peut se remobiliser pour continuer celui-ci. Monique montre un problème de capacité à se contenir, il faut l'aider à trouver la juste mesure en intervenant parfois physiquement. L'adaptation aux situations nouvelles est problématique et entraînent des comportements déviantes générant du rejet. Même si Monique interpelle facilement l'adulte, la communication au sens de l'échange n'est pas mise en place ; Monique n'attend rien de l'autre. Sa pensée est concrète et pose la question de la représentation mentale.

L'évaluation de la capacité à imaginer la suite cohérente d'une histoire montre les difficultés d'évocation, d'imagination, mais aussi d'organisation du récit de Monique.

La généralisation de ses connaissances et l'accès à l'abstraction sont difficiles. En effet Monique a une connaissance académique qu'il lui est impossible de mettre en lien avec la situation ; elle est incapable d'inférer.

L'organisation matérielle du travail autant que de ses connaissances est chaotique : Monique se perd dans l'organisation spatiale de la feuille de papier mise à sa disposition, elle est incapable de résoudre un problème, de sérier une donnée et d'agir en buts et sous buts.

Enfin, le graphisme est encore malhabile et lui demande beaucoup d'efforts.

Dans ce que nous explique l'institutrice, on peut comprendre que les chiffres manipulés par Monique ne sont pas des symboles, le vocabulaire est étendu, la compréhension de la syntaxe est correcte, mais elle n'invente pas d'histoires. Dans ses difficultés de comportement, Monique montre son incapacité de

maintenir la sensation d'un espace contenant, véritable espace psychique dans lequel pourrait se développer le véritable outil de penser avec l'utilisation de mots pour décrire ses expériences. Son savoir n'est pour l'instant pas encore utilisé pour penser.

Monique est néanmoins capable d'être scolarisée en milieu ordinaire. Un accompagnement individuel sera nécessaire ainsi qu'un soutien et des conseils à l'équipe pédagogique tant Monique est déroutante.

Thibault

La situation de Thibault est différente : Il a 2 ans et 3 mois lorsqu'il entre à l'hôpital de jour pour la prise en charge de difficultés développementales repérées vers l'âge de 18 mois. À ce moment, période délicate de l'achèvement du travail de séparation-individuation, Thibault cesse brusquement son développement, régresse, développe une symptomatologie autistique. Thibault ne prononce plus un mot, n'explore pas les objets. Il évite activement toute relation, ne soutient que furtivement le regard, ne semble pas entendre, se replie lorsque l'on va le toucher. Toute insistance entraîne un démantèlement de l'activité perceptuelle. Dans le démantèlement du Moi, on peut dire que la fonction contenante, capable d'unifier, de lier les différentes parties de la personnalité ne se met pas en place. C'est comme si chaque modalité sensorielle de l'enfant fonctionnait de manière autonome. Le monde devient une juxtaposition de données sensorielles sans possibilité de liaison. Meltzer évoquait pour aider à la compréhension de ce mécanisme de défense « un mur de briques sans mortier ». Il n'est alors pas possible de constituer un espace interne aussi bien de l'objet externe que du moi, dans lequel les mécanismes de projection et d'introjection, et donc également d'identification projective, pourraient se mettre en place. Dans l'état de démantèlement, c'est la sensation elle-même qui occupe la place. L'univers est unisensoriel et l'investissement sensoriel peut également changer d'un moment à l'autre. L'enfant ne se disloque pas en morceaux épars, mais se clive selon les axes de perception [12].

C'est ainsi que l'on peut comprendre que Thibault voit et entend tout en ayant l'air sourd et aveugle. Il ne peut lier ses différentes perceptions en lui. Thibault s'accroche à la lumière, enfermé dans un monde bidimensionnel où seules les qualités sensorielles de l'objet sont prises en compte : l'objet n'a pas

de qualités intérieures, c'est-à-dire psychiques, puisqu'il n'y a ni intérieur, ni épaisseur. La bouche est ouverte, la salive coule, le silence est total.

Pour Tustin [17], l'enfant autiste vit un fantasme de discontinuité. Le bébé a besoin d'une illusion d'une continuité entre son corps propre (sa bouche) et le sein. Tout se passe comme s'il y avait une rupture catastrophique de cette continuité avec arrachement d'une partie de la bouche laissant une béance occupée par les sensations persécutrices. Thibault montre un fantasme de « perte du museau ». Pour lutter contre la souffrance due aux sensations persécutrices, l'enfant autiste utilise des objets autistiques, investis pour leurs qualités sensorielles et permettant de nier la séparation avec le monde environnant. Thibault s'accroche à un lego l'utilisant comme un objet autistique.

Il transmet son désespoir de manière pathétique lors d'une séance lorsqu'il met en scène la séquence suivante, après avoir lancé un coup d'œil vif et très présent à la thérapeute : il prend deux legos qu'il fait mine d'assembler, montre qu'il n'y arrive pas, les repose sur la table. Un lego restant posé, il déplace le second le posant alternativement à côté, à distance, collé par un angle au premier sans que jamais ce second lego « ne soit bien » avec le premier. Elle lui dit « tu me montres que ce n'est pas possible pour toi d'être deux, bien accrochés ». Il prend un des deux legos et le jette par terre et se met alors à faire des allers/retours sur la table avec le seul lego restant, son regard collé au plafonnier allumé. Elle comprend son vécu d'angoisse de chute tourbillonnaire avec la mise en place de défenses autistiques, même si comme l'indique C. Athanassiou [3], l'adhésivité ne traite pas la terreur ; elle ne peut que l'anéantir un moment. Seul l'espace dans sa tridimensionalité peut être le lieu d'une transformation. L'enseignante décrit le comportement de Thibault pendant son évaluation par le PEP-R : son pouvoir de concentration est léger, mais il accepte d'essayer de faire ; pourtant il renonce vite. Spontanément ses activités sont centrées sur des expériences de vidage et de remplissage. Thibault bave quand il est concentré. Il a tendance à tout mettre à la bouche (perles, pâte à modeler, sopalin) et n'entend ni la clochette, ni le sifflet (utilisés quand il est en activité pour voir si l'enfant peut en être distrait).

Thibault tolère que l'adulte agisse dans son activité, mais celui-ci ne semble pas exister sauf lorsque les regards se croisent. Celui de

Thibault est très fugace, mais de bonne qualité et il peut alors accéder aux consignes demandées. Les consignes gestuelles sont mieux comprises que les consignes verbales et à la condition de pouvoir le (re)tenir par le regard. Thibault n'imité pas l'adulte, et ne semble pas voir les autres. Son regard peut être oblique vis-à-vis des objets, et il lui arrive d'en déplacer un légèrement pour l'observer sous différents plans.

Thibault oublie son côté gauche quand il n'en a pas vraiment besoin mais peut s'en servir quand cela est nécessaire à l'activité comme l'enfilage de perles. L'exploration de ses capacités perceptives montre son incapacité à intégrer des informations sensorielles.

Pour l'instant, au vu du PEP-R, Thibault n'est pas scolarisable, mais il doit être intégré dans un groupe éducatif qui lui permettra d'acquérir les compétences nécessaires à devenir un élève...

La description de l'institutrice rejoint la compréhension psychodynamique de ce que vit Thibault : Thibault accède à des consignes lorsqu'on croise son regard. Geneviève Haag [9] insiste sur le rôle de l'interpénétration des regards de l'enfant et de sa mère qui redouble celle du mamelon et de sa bouche. Interpénétration nécessaire à la constitution de l'objet d'arrière plan d'identification primaire dont la partie médiane constituerait un axe vertical assurant la cohésion des deux moitiés du corps... Thibault, lui, oublie/néglige un hémicorps.

Par ailleurs il ne parvient pas à intégrer les informations issues des perceptions sensorielles, ce qui rejoint l'hypothèse de Meltzer sur la difficulté des enfants autistes à relier les perceptions des sens.

Hector

Hector, enfant autiste sans langage, de tout juste 3 ans, est en séjour d'observation à l'hôpital de jour. Il feuillette un livre avec des photos d'animaux, l'observatrice commente : « la poule, le mouton, la vache... ». Arrive une photo où un lapin est représenté en gros plan. L'observatrice ressent en elle-même une sidération devant l'œil rond qui lui fait vivre une aspiration vertigineuse. Hector lui aussi regarde fixement cet œil tandis qu'un soignant présent dit : « ah, l'œil du lapin que tu regardes toujours ». Hector ouvre alors un autre livre et prenant la main de l'observatrice de manière tout à fait vivante, pointe son doigt sur la poule dessinée et tourne les pages au fur et à mesure de ses commentaires. C'est

l'histoire d'une poule et d'un œuf : « la poule, la poule avec son œuf, la couverture sur l'œuf bien au chaud... ». A la troisième page, Hector pose précisément son doigt sur le bec de la poule... A la page suivante, Hector replace le doigt de l'observatrice sur le bec de la poule. Elle dit : « le bec, ça ferait peur qu'il pique ». Il tourne la page et place le doigt de l'observatrice sur l'œil de la poule l'amenant à dire : « le bec ça ferait peur qu'il pique dans l'œil ». Hector lui lance alors un regard pénétrant très présent, très dense, non persécuteur. Il reprend le livre avec le lapin, lui montre l'œil du lapin. Elle commente : « ça ferait peur qu'on tomberait, tomberait dans l'œil ». Il se lève, se laisse tomber à terre. Elle lui dit, « oui, ça ferait peur qu'on tomberait ». Il lui reprend la main, elle ajoute : « je te tiens, je ne te lâche pas, on va t'aider, on ne te laissera pas tomber ». Il remontre l'œil du lapin, elle pose sa main de manière à mettre un fond à la place de l'œil du lapin et lui dit : « tu vois, on peut fermer le trou, on ne tombe pas dedans ». Hector semble tout à fait paisible, se lève, se retourne, la fait se lever, reprend sa main et les fait avancer tous les deux, ensemble, l'un à côté de l'autre. Elle lui dit : « oui, je crois que l'on s'est rencontré et qu'on va pouvoir avancer ensemble ». Les personnes présentes ressentent beaucoup d'émotion positive et d'espoir dans ce bref moment de rencontre. Hector est difficile à cerner pour l'institutrice qui doit procéder avec tact pour parvenir à évaluer ce petit garçon surprenant par la qualité relationnelle présente à certains moments. La passation du PEP-R est acceptée sans difficulté par Hector qui se montre coopérant et volontaire pour toutes les activités. Lorsque certaines le mettent en difficulté : tenir le kaléidoscope contre l'œil, épreuves d'imitation verbale ou gestuelle par exemple, il ne peut demander d'aide. On voit alors émerger de l'angoisse et des comportements déviants : Hector se replie, évite le regard, s'enferme dans une mélodie fredonnée pour lui seul. Dans le domaine perceptivo-moteur Hector se montre relativement performant avec beaucoup d'émergences. Dans le domaine cognitif, en revanche, Hector se montre en grande difficulté et en particulier en imitation. Par ailleurs, il a de bonnes capacités d'organisation des différents stimuli qui ne lui parviennent pas ; il peut coordonner deux actions et sait associer deux perceptions (la vue et le geste). Au vu des capacités d'Hector à aller vers les autres, à demander de l'aide, et de ses très bonnes capacités de discrimination visuelle,

une scolarité à temps partielle en milieu ordinaire avec l'aide d'un auxiliaire de vie scolaire, sera bénéfique au développement de cet enfant. Par contre, sans aide Hector serait perdu et ne pourrait pas progresser. En effet il n'a pas encore développé des capacités à imiter l'autre, à « faire comme », et n'a pas non plus la capacité à comprendre ce qui est demandé. Il a besoin d'être contenu, rassuré, accompagné. Chaque endroit connu, chaque situation connue, les habitudes de la classe rassurent Hector mais il lui est difficile de se confronter au changement de situations, d'actions connues mais dans des lieux différents, d'utilisation d'un même objet dans des circonstances nouvelles.

Comme l'institutrice l'observe, Hector fait la démonstration qu'il est trop difficile pour lui de se confronter à la discontinuité, il recourt alors à des mécanismes de défense de la bidimensionnalité avec l'aplatissement des surfaces. Ainsi lorsque la thérapeute venue l'observer dans le groupe de vie lui signifie qu'elle va partir, Hector se met alors à étaler les livres à sa disposition les uns à côté des autres, le plus à plat possible, les juxtaposant sans aucun interstice.

Conclusion

Pour conclure, nous allons revenir à la question initiale de notre intervention. Le psy et l'institut de l'hôpital de jour parlent-ils du même enfant ? À l'issue de cette réflexion basée sur plusieurs années de travail commun notre réponse est positive. Nos outils, nos références, nos parcours sont différents. Chacun, dans nos fonctions également différentes, nous pouvons nous rejoindre dans la réponse aux besoins de l'enfant et de sa famille, dans le souci partagé de la reprise évolutive d'un enfant en difficulté et de l'écoute de la souffrance familiale. Le projet de soins tient compte de tous les éléments d'observation apportés par chacun : famille, psychiatre ou psychologue, soignant, enseignant, psychomotricienne, orthophoniste, assistante sociale... Chacun, de sa place, amène sa pièce de puzzle ; aucun ne détient à lui seul la vérité d'un enfant.

Plus précisément concernant les apprentissages scolaires, nous pensons que l'enfant a besoin de manière indiscutable des éléments issus de l'évaluation aussi précise que possible sur un plan cognitif et comportemental afin de déterminer la manière de soutenir l'enfant dans ses apprentissages. Il est fondamental de soutenir la reprise développementale de

ces enfants par une aide pédagogique sous peine de prendre le risque que l'enfant se décourage et que l'on rate des moments féconds d'évolution positive.

Le médecin responsable de l'hôpital de jour assume la pertinence du projet de soin élaboré

en équipe et en accord avec les parents et dans lequel il en est légitime d'aborder la question du thérapeutique dans une acception large de la notion de soin articulant des approches psychodynamique, éducative et pédagogique. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Alvarez A. *Une présence bien vivante*. Larmor Plage : Éditions du Hublot, 1997.
2. Amy MD. *Comment aider l'enfant autiste*. Paris : Dunod, 2004.
3. Athanassiou C. *Bion et la Naissance de l'Espace Psychique*. Paris : Popesco, 1997.
4. Bick E (1967). L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces. In : Williams MH, ed. *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Larmor Plage : Éditions du Hublot, 1998 : 135-139.
5. Bick E (1961). Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoces. Intégration à l'analyse d'enfants et d'adultes des découvertes faites à partir de l'observation de bébé. In : Williams MH, ed. *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Larmor Plage : Éditions du Hublot, 1998 : 141-155.
6. Bion WF. *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF, 1970.
7. Goëb JL, Botbol M. Pour une nouvelle clinique des schizophrénies à l'adolescence dans leur rapport avec les psychoses infantiles : intérêt d'un diagnostic différentiel « par les études ». *L'Information Psychiatrique* 2005 ; 81 : 237-242.
8. Haag G. Autisme infantile précoce et phénomènes autistiques. *Réflexions psychanalytiques. Psychiatrie de l'Enfant* 1984 ; 27 (2) : 293-354.
9. Haag G. La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 1985 ; 33 (2-3) : 107-114.
10. Haag G. Abord psychothérapique des enfants autistes. In : Parquet P, Bursztejn C, Golse B, eds. *Soigner, éduquer l'enfant autiste ?* Paris : Masson, 1989 : 89-106.
11. Haag G. Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *Psychiatrie de l'enfant* 1995 ; 38 (2), 1995 : 495-527.
12. Meltzer D, Bremner J, Hoxter S, Weddell D, Wittenberg I (1975). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris : Éditions Payot, 1980.
13. Mesibov G. *Autisme : le défi du programme TEACCH*. Paris : Pro Aid Autisme, 1995.
14. Mottron L. *L'autisme : une autre intelligence*. Sprimont : Mardaga, 2004.
15. Schopler E, Rutter M, Chess S. *Stratégies éducatives de l'autisme*. Paris : Masson, 1988.
16. Schopler E. *Profil psycho éducatif-r (PEP-R)*. Bruxelles : De Boeck, 1994.
17. Tustin F (1981). *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris : Seuil, 1986.

Communiqué

Journées Françaises de l'Épilepsie

1997-2007

Avancées en épileptologie

8-10 novembre 2007

Nice-Acropolis, France

Renseignements et inscription

www.epilepsie2007.com