

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche - “Médecine et Techniques Médicales”

Année universitaire 2005/2006

Mémoire
pour l’obtention du
Diplôme de Capacité d’Orthophonie

présenté par
Claire CAPITAINE
(née le 20 juin 1983)

“Les histoires, ça aide à grandir”
LE LIVRE EN PEDOPSYCHIATRIE

Président du jury : Monsieur Jean BAUMARD

Directeur de mémoire : Monsieur Jean-Yves CEILLIER

Membre du jury : Madame Marie-Thérèse BARBEREAU

SOMMAIRE

INTRODUCTION..... p11

PREMIERE PARTIE

Chapitre 1 - LE DEVELOPPEMENT COMMUNICATIONNEL et LANGAGIER de L'ENFANT

1 - COMPETENCES DU NOURRISSON..... p14

2 - INTERACTION MERE/ENFANT.....p14

2-1 : le langage adressé à l'enfant.....p16

2-2 : la zone proximale de développement.....p 17

3 - DEVELOPPEMENT DU LANGAGE.....p 17

3-1 : de l'interaction mère/enfant naît le langage.....p 17

3-2 : des premiers sons au premiers mots.....p 18

Chapitre 2 - LES TROUBLES DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT..... p 20

1 - L'ENFANT ET SON ENVIRONNEMENT : QUELLES CARENCES ?

1-1 : situation de précarité : quand l'environnement n'est pas porteur p 20

1-2 : facteurs environnementaux et facteurs propres à l'enfant..... p 22

2 - TROUBLES RELATIONNELS ET TROUBLES DE LA PERSONNALITE

..... p 24

2-1 : la psychose..... p 25

“ <i>La psychose symbiotique</i> ”.....	p 26
2-2 : l’autisme.....	p 28
2-3 : la notion de dysharmonie.....	p 29

3 - CONSEQUENCES DES TROUBLES DU DEVELOPPEMENT SUR LES APPRENTISSAGES.....

3-1 : sur le développement cognitif.....	p 31
3-1-1 : conséquences des carences environnementales	p 31
“ <i>La prématurité</i> ”.....	p 32
3-1-2 : lorsque l’enfant présente des troubles psychopathologiques.....	p 34
3-2 : sur le langage.....	p 36
3-2-1 : troubles du langage oral et écrit.....	p 36
3-2-2 : séquelles des carences environnementales sur le langage.....	p 38
3-2-3 : troubles du langage dans la psychose et l’autisme.....	p 39
3-3 : la scolarité.....	p 41

SECONDE PARTIE

Chapitre 1 - LE SECTEUR DE PEDOPSYCHIATRIE.....

1 : LES STRUCTURES GERÉES PAR LE SECTEUR.....	p 45
1-1 : le centre médico-psychologique.....	p 45
1-2 : le centre d’accueil thérapeutique à temps partiel.....	p 46
1-3 : l’hôpital de jour.....	p 46
1-4 : l’hospitalisation à temps plein.....	p 46
1-5 : autres accueils thérapeutiques.....	p 47
2 : L’EQUIPE MEDICALE ET SOIGNANTE.....	p 47

2-1 : un travail de synthèse.....	p 47
2-2 : les acteurs du projet de soin de l'enfant.....	p 48
2-3 : aspects thérapeutiques.....	p 48
2-4 : les pathologies :présentation de 4 cas cliniques :.....	p 50
- Alex.....	p 51
- Jordan.....	p 52
- Renaud.....	p 54
- Rémi.....	p 56
2-5 : travail de l'orthophoniste.....	p 57
2-5-1 : la notion d'apprentissage.....	p 57
2-5-2 : langage et pensée.....	p 59
2-5-3 : la voix.....	p 62

Chapitre 2 - LE LIVRE DANS L'INTERACTION ADULTE/ENFANT :

1 : LIRE DES LIVRES.....	p 66
2 : LE LANGAGE DU LIVRE.....	p 68

Chapitre 3 - LA BIBLIOTHEQUE.....

1 : DE LIEU D'ACTIVITE OCCUPATIONNELLE à LIEU DE SOIN....	p 69
2 : L'AMENAGEMENT DE LA BIBLIOTHEQUE.....	p 69
3 : UN CADRE	p 69
4 : ... DES REGLES.....	p 70

5 : LES ENFANTS QUI Y VIENNENT.....	p 71
6 : PLACE ET ROLE DE L'ORTHOPHONISTE.....	p 72
7 : LE CLASSEMENT DES LIVRES.....	p 74
7-1 : Remise en cause de ce classement.....	p 77
7-2 : Un nouveau classement ?.....	p 78

TROISIEME PARTIE

Chapitre 1 - <u>FACE à UN ENFANT “DIFFERENT”</u>.....	p 81
1 : NOTION DE NORMAL et de PATHOLOGIQUE.....	p 82
2 : MISE EN PARALLELE du DEVELOPPEMENT NORMAL D'UN ENFANT et du DEVELOPPEMENT de Gauthier, ENFANT AUTISTE.....	p 83
2-1 : présentation de Gauthier.....	p 83
2-2 : développement “normal” de l'enfant et développement de Gauthier.....	p 84
2-2-1 : interactions sociales précoces.....	p 84
2-2-2 : absence d'imagination chez l'enfant autiste.....	p 86
2-3 : l'enfant et ses angoisses.....	p 88
2-3-1 : angoisses archaïques et angoisses de séparation : de proces- sus “normal” à envahissement pathologique.....	p 88
2-3-2 : le concept de “moi-peau” : l'enveloppe corporelle de l'enfant.	p 90
2-3-3 : écoulement du temps et appréhension de l'espace.....	p 91

Chapitre 2 - LE LIVRE, OUTIL DE SOIN..... p 93

1 : L'OBJET LIVRE : LE CONTENANT..... p 93

1-1 : le livre médiateur..... p 93

1-2 : le livre comme soutien visuel..... p 94

1-3 : le toucher : pour une manipulation de l'objet livre..... p 95

1-4 : le canal auditif ou comment capter l'attention de l'enfant..... p 95

1-5 : permanence de l'objet livre..... p 97

2 : LES HISTOIRES : LE CONTENU..... p 97

2-1 : Gauthier..... p 98

2-1-1 : la répétition pour répondre à l'angoisse..... p 103

2-1-2 : "l'atelier langage" p 104

2-1-3 : notion de temps et d'espace..... p 105

2-2 - Jordan..... p 107

2-2-1 : répondre aux angoisses par l'image..... p 110

2-2-2 : la monstruosité dans les livres..... p 111

2-2-3 : le conte..... p 113

CONCLUSION..... p 116

BIBLIOGRAPHIE..... p 117

BIBLIOGRAPHIE DES LIVRES POUR ENFANTS CITES DANS

LE MEMOIRE..... p 120

INTRODUCTION

A mon arrivée aux Buissonnets III (Service de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Georges Mazurelle à la ROCHE SUR YON), les orthophonistes m'ont proposé de prendre en charge un groupe d'enfants à la bibliothèque.

Au fil des séances, j'ai appris à connaître ces enfants ; j'ai découvert, parallèlement, le monde de la pédopsychiatrie. C'est cette découverte et la réflexion, menée au fur et à mesure du stage, que j'ai souhaité retranscrire dans ce mémoire.

Ce travail montre ainsi l'alliance entre la théorie (ce que j'ai appris en cours) et la pratique (comment mettre en pratique ces connaissances).

Je me suis d'abord plongée dans l'étude du développement langagier et communicationnel de l'enfant, en interaction avec son entourage. Nous verrons alors quelles difficultés un enfant peut rencontrer au niveau de son développement.

Par la suite, nous présenterons l'organisation du secteur de pédopsychiatrie : les différentes structures, l'équipe médicale et soignante ; le travail de l'orthophoniste, illustrée par quelques vignettes cliniques sera abordé (les prénoms des enfants ont été volontairement modifiés, afin de garder l'anonymat de chacun); puis nous introduirons le livre, outil très présent dans notre société, pour, enfin, évoquer la bibliothèque du service : que se passe-t-il lors d'une séance, à la bibliothèque?

La troisième partie du mémoire sera consacrée à l'apport du livre et de tout ce qu'il véhicule, pour les enfants hospitalisés. Nous identifierons d'abord les différences, les décalages qu'il peut exister entre un enfant tout-venant et un enfant ayant des troubles relationnels et des troubles d'apprentissage. Ensuite, le livre en tant qu'objet puis en tant que contenant d'un récit, d'une histoire sera étudié à travers le vécu de deux enfants, à la bibliothèque : Gauthier et Jordan.

Nous désirons, dans ce mémoire, mettre l'accent sur la conscience de l'orthophoniste quant à son travail : d'où part-on, vers où va-t-on ? Avec quels enfants, quels outils ? De quelle manière ?

Garder en mémoire le fonctionnement "normal" d'un enfant et son développement permet, d'une part, de mieux comprendre et de mieux cibler les troubles, dans la psychopathologie et, d'autre part, de nous guider pour amener l'enfant à faire le plus d'apprentissages possibles.

A la bibliothèque, face à des enfants en difficulté, comment l'orthophoniste peut-elle se servir au mieux de ses outils (les livres) mis à la disposition de l'enfant ?

PREMIERE PARTIE

Chapitre 1 - LE DEVELOPPEMENT COMMUNICATIONNEL ET LANGAGIER DE L'ENFANT :

1 - COMPETENCES DU NOURRISSON :

L'observation démontre que le bébé vient au monde avec un certain nombre de capacités sensorielles, motrices et psychiques. L'hypothèse émise par des chercheurs(1) sur ces capacités est qu'elles auraient pour fonction de *“favoriser les contacts du bébé avec le monde extérieur (...) Ses remarquables capacités sensorielles et sensori-motrices l'incitent à découvrir le monde environnant et à s'y adapter en se l'appropriant (...) Ses progrès ne sont pas additifs, il y a d'incessantes réorganisations au cours desquelles des comportements disparaissent, se transforment ou réapparaissent”*.

Nous pouvons prendre en exemple l'ouïe du bébé, mature à la naissance. Le nourrisson serait capable d'une perception auditive de la parole. Des travaux de Eimas & al, en 1971 (2) utilisent une technique de succion non nutritive, ce réflexe de succion étant associé à l'audition d'une syllabe isolée afin de montrer qu'à quatre mois, le bébé peut discriminer certaines syllabes, comme [p] et [b] (celles à faible contraste phonétique). Cette aptitude à percevoir ces contrastes serait universelle (3) et peu à peu, le bébé ne distinguerait que les

phonèmes de sa langue maternelle.

2 - INTERACTION MERE/ENFANT :

Notons ici que la mère est “*cet adulte qui prodigue ses soins à l'enfant*” (STERN). Ce peut être un autre membre de l'entourage qui occupe cette fonction. La mère traduit les gigotements, les pleurs, les rires du bébé : elle interprète et s'adapte. Si la réponse apportée par la mère n'est pas juste et n'apaise pas le bébé, elle en trouve d'autres. Ce que l'enfant envoie à sa mère est ainsi transformé en conduites organisées.

(1) C. TOURETTE et M. GUIDETTI “*introduction à la psychologie du développement*” - du bébé à l'adolescence. - 2002

(2) P. GILLET & Al “*Neuropsychologie de l'enfant : une introduction*”-Ed. SOLAL -2000-

(3) WERKER et TEES (1984) ont montré qu'à 6 mois, les bébés canadiens discriminent certains phonèmes de la hindi qui se rapproche de la langue indienne du Canada, capacité qu'un bébé de 12 mois, et même qu'un adulte, n'a pas.

Si on considère la communication comme un échange d'informations, verbales et non verbales, on peut dire que les premières communications du bébé vers son entourage sont non verbales et se produisent par périodes interactives.

Les premières interactions du bébé avec sa mère correspondent à un toucher peau contre peau, corps à corps, contact oeil à oeil(1). Ces relations, surtout si elles sont prolongées et répétées, favoriseront l'attachement mère/nourrisson.

Les contextes interactifs, créés par l'adulte, permettent toute routine de communication ; il s'agit d'un contexte facilitateur qui s'organise pour que l'enfant s'insère dans l'interaction et y fasse des acquisitions sans problème de compréhension. Par exemple, un enfant rencontre des difficultés à faire un puzzle ; la mère va glisser vers lui spontanément une pièce de ce puzzle pour l'aider : c'est un contexte facilitateur. La mère va ainsi réduire cette dyssymétrie entre elle et son bébé et l'intégrer peu à peu à sa culture.

Il est important de mettre un sens sur ce que les enfants nous envoient comme signes, sur leurs réactions, leurs comportements. Au départ, c'est la mère qui interprète les manifestations du bébé. Peu à peu, cela va avoir une signification pour lui aussi et, finalement, pour eux deux. SCHMID-KITSIKIS porte deux regards sur l'enfant : celui de psychologue cognitiviste et celui de psychanaliste. Selon elle, le bébé découvre le monde à travers des expériences

- . émotionnelles (agréables ou désagréables responsables des mises en sens qui abreuveront les expériences sociales, les connaissances scolaires ...)
- .physiques (qualité d'un objet : lourd, gros, rugueux ...)
- .logico-mathématiques (actions sur les objets pour comprendre, structurer, réaliser la permanence de l'objet).

(1) J.P. DUMONT, Ph. DUNEZAT, M. LE DEZ-ALEXANDRE, J. PROUFF *“psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent”* tome 1, 2e tirage - 2004

Laisser l'enfant rentrer dans le discours, dans la communication, oblige à faire des pauses pour qu'il puisse s'y insérer. Puis la mère s'éloigne progressivement pour le laisser jouer seul ; mais l'enfant a alors investi son absence, il en a la représentation et la certitude qu'elle va revenir. Selon KLEIN(1), *le jeu “coucou-le voilà” symbolise perte et retour de la mère (...)* *Tout ce qui symbolise absence et réapparition, permet à l'enfant d'intégrer un sentiment de sécurité.”*

2-1 : le langage adressé à l'enfant (L.A.E.) :

Ce langage, qui correspond à une langue de conversation, est à différencier du langage de l'école, langue de verbalisation.

Il est employé dans le cadre du système interactif et dynamique établi entre elle et son bébé (la dyade).

Beaucoup employé dans la période pré-verbale, ces caractéristiques aideraient au développement des compétences communicationnelles.

Le L.A.E. est le langage qu'emploie la mère pour s'adresser à son enfant ; il est exagérément aigu, simple, clair, formé, répétitif, de manière à capter et retenir l'attention de l'enfant. Certains mots sont accentués, le rythme est plus lent et des pauses ponctuent le discours. Au départ, le lexique utilisé est souvent peu diversifié et concret. Les gestes et les regards sont

synchrones. La longueur moyenne des énoncés (LME) va peu à peu augmenter, la syntaxe va se complexifier, ce qui permettra à l'enfant d'élaborer peu à peu son langage. Le LAE s'adapte constamment à l'évolution de l'enfant et est régulièrement recalibré. On distingue deux types de langage : "parler à " son enfant (beaucoup de contrôle, de morale dans le discours, utilisation d'ordres, d'injonctions essentiellement) et "parler avec" l'enfant (où la communication, le contenu du discours est privilégié). Le deuxième cas, plus souple que le premier, s'observe dans les familles où la parole est donnée à l'enfant : on l'écoute, on peut revenir sur ce qu'il a dit, un jeu de questions/réponses peut s'installer : l'échange est ici privilégié ; le pronostic est plus favorable, concernant le développement du langage.

(1) B. GOLSE "*Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*" - Ed. MASSON - 3e édition - 2001

Selon STERN, la prosodie va aider à construire et élaborer la syntaxe. L'intonation, ou tout autre marqueur prosodique, va être exploitée par l'enfant et il va ainsi pouvoir délimiter les frontières entre les mots. En gazouillant, l'enfant joue avec les contrastes phonétiques de sa langue. La mère, en nommant et pointant les objets, va permettre à l'enfant de construire et d'enrichir son lexique.

2-2 : la zone proximale de développement (Z.P.D.) :

Selon VIGOTSKI, la Z.P.D. serait "*la distance entre le niveau de développement actuel tel qu'on peut le déterminer à travers la façon dont l'enfant résoud seul un problème et le niveau de développement potentiel tel qu'on peut le déterminer à travers la façon dont l'enfant résoud le problème lorsqu'il est assisté par l'adulte ou collabore avec d'autres enfants plus avancés que lui*". C'est l'étayage que fournit l'adulte dans les formats, les contextes interactifs qui va enrichir les connaissances à l'intérieur de cette zone. Pour VIGOTSKI, il est essentiel que l'enfant prenne de la distance par rapport à l'activité pour la maîtriser en en prenant conscience.

Il est essentiel de s'ajuster à l'enfant, à son rythme de développement et à ses capacités. Il aura alors une sécurité affective intérieure qui lui donnera envie de progresser au rythme qui est le sien. Une zone est courte si le développement est entravé ou difficile. Il ne faut pas sur-stimuler ou sous-stimuler l'enfant. Chacun peut appendre dans la zone à respecter. Le respect de la Z.P.D. implique une vigilance quant aux stratégies de compensation qui peuvent survenir quand on sort de la zone (si on sur-stimule l'enfant par exemple) ; l'enfant peut faire illusion pour échapper au stress de la situation, ce qui peut empêcher la construction de bases d'apprentissage et d'acquisitions stables, solides.

3 - DEVELOPPEMENT DU LANGAGE :

3-1 : de l'interaction mère/enfant naît le langage :

SCHMID-KITSIKIS remarque que, dès les premières semaines de la vie, les besoins du bébé sont transformés en régularités : lorsqu'il pleure, la mère accourt pour lui apporter câlins et apaisement. Ces régularités vont être mémorisées par l'enfant : si elles perdurent, il va devenir ce qu'on appelle l'"enfant roi", dans la toute-puissance. Il doit apprendre à attendre s'il veut voir son désir assouvi. Ainsi, l'attente correspond à une régularité qui a été cassée, l'enfant doit alors s'adapter, adopter un autre point de vue ; en se décentrant, ses processus de pensées vont peu à peu s'enrichir.

Le développement cognitif et le développement de la communication entretiennent des liens très étroits. Pour WALLON (1), l'enfant est un être "*génétiquement social*" et construit progressivement son identité à travers ses relations avec autrui ; "*émotion*", "*mouvement*", "*imitation*" vont être à la base de toute cette organisation.

On peut dire que la venue du langage est liée à la prise de conscience que l'autre pense différemment de soi, qu'il n'a pas la même expérience : le langage s'utilise pour communiquer avec autrui. Il est en même temps intériorisé pour se gérer en soi (il permet d'élaborer des pensées). BRUNER situe l'origine du langage dans les premières interactions, les premiers échanges du bébé avec sa mère, et souligne la "*continuité entre les périodes non verbales et pré-verbales et la période verbale ultérieure*" (2). Il décrit des "*savoir faire*", précurseurs de l'acquisition du langage : processus de "*désignation*" (par le geste, la voix, etc), de "*déixis*" (utilisation d'éléments spatiaux, temporels, personnels : je, tu...), de "*dénomination*" (utilisation d'éléments lexicaux).

3-2 : des premiers sons aux premiers mots : (3) et (4)

Avoir connaissance du développement normal du langage dans sa dimension neurophysiologique (organes phonatoires, audition, intégrité cérébrale) et psycho-affective, permet de détecter et de mieux comprendre les troubles du langage dont souffre l'enfant.

A la naissance, le conduit vocal du nourrisson est encore inapte à la parole et on repère seulement quelques sons inarticulés (raclements, baillements ...).

Bientôt, apparaîtront, dans l'interaction mère/enfant, des premières vocalisations : "arheu, arheu...", issues de l'arrière-gorge. Vers trois mois, le bébé peut vocaliser quand sa mère s'arrête: le tour de rôle s'installe. Vers 4/5 mois, les mouvements articulatoires se

développent, le larynx est descendu et la respiration peut être orale ou nasale. A partir de six mois, l'attention conjointe apparaît : le bébé peut suivre la direction du regard de sa mère ; les comportements d'imitation vocale se développent. Le babillage canonique (production répétée de syllabe simple type consonne-voyelle "pa pa pa") s'installe vers 7 mois ; l'enfant peut comprendre certains mots : l'organisation des mots produit du sens.

(1)(2) "introduction à la psychologie du développement"

(3) dictionnaire d'orthophonie - ortho édition, 2004

(4) "neuropsychologie de l'enfant : une introduction"

PIAGET décrit dans cette période, de 0 à 18 mois, les "jeux d'exercices", régis par des liens de causalité ; ces actions (jeter une cuillère par terre par exemple) produisent un résultat (la mère la ramasse) et elles sont alors réitérées car devenues un plaisir.

A presque 12 mois, la période linguistique débute avec des suites de syllabes de plus en plus variées produites par l'enfant. Le geste de pointage qui débute vers 6 mois avec l'apparition de l'attention conjointe (échange de regard entre la mère et son bébé avec le doigt qui pointe et l'objet qui est désigné) s'élabore de plus en plus, témoignant de sa prise de conscience du sens des mots. A travers le pointage, l'enfant accède au langage par la compréhension, le besoin d'étiquetage et la capacité de dénommer objets va se développer.

Ainsi, la compréhension précède la production de mots ; l'apparition des premiers mots se situe généralement entre 12 et 14 mois, mais elle varie beaucoup d'un individu à l'autre. De 18 mois

à 2 ans, on note un brusque accroissement du vocabulaire et l'enfant commence à prononcer deux ou trois mots de suite. Les omissions de consonnes finales disparaissent ("mada" → "madame"); les fricatives sont plus fréquentes ("ati" → "assis"). C'est vers 3 ans, cependant, que se produit une véritable explosion lexicale (1 000 mots environ), avec l'emploi de mots outils (articles, pronoms, expressions spatiales).

Selon PIAGET, le jeu symbolique se réalise à partir de 18 mois avec la représentation de l'image mentale : jeu de "faire semblant". *"Ce jeu participe à la formation de la pensée symbolique et de l'émergence du langage, et fait revivre un conflit pour le compenser ou le liquider à travers le jeu"*.

L'explosion syntaxique a lieu vers 3 ans 1/2. Ainsi à 4 ans, les fondements du langage sont constitués. La connaissance "métalinguistique" se développe : l'enfant prend conscience du

fonctionnement de ce langage et apprend à le contrôler. Des erreurs sont toujours fréquentes, mais peu à peu corrigées au fil des essais de l'enfant. De ce fonctionnement "méta" dépend la capacité ultérieure à utiliser sa langue en apportant réflexion et autonomie dans une situation d'inter-locution. A cet âge, pour PIAGET, les règles sociales s'établissent, le jeu même est réalisé selon une règle commune, celle de la boîte de jeux ou celle sur laquelle les joueurs se sont tous mis d'accord.

Vers 6 ans, l'enfant maîtrise l'ensemble du tableau phonétique, normalement. Mais cela suppose une certaine précision articulatoire que l'enfant aura plus ou moins acquise au cours de son développement.

Chapitre 2 - LES TROUBLES DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT :

1- L'ENFANT ET SON ENVIRONNEMENT : QUELLES CARENCES ?

1-1 : situation de précarité : quand l'environnement n'est pas porteur :

Nous avons vu dans la partie précédente l'importance, pour son développement, des interactions entre l'enfant et son environnement.

L'environnement du bébé correspond essentiellement à l'environnement familial (parental le plus souvent). Nous pouvons dire que la place qu'occupe l'enfant dans sa famille provient à la fois de la manière dont les parents l'ont "conceptualisé" avant sa naissance et du possible (ou impossible) "travail psychique parental" pour passer de l'enfant imaginaire/imagé à l'enfant de la réalité (1).

Ainsi, lorsque l'enfant présente un handicap (sensoriel, moteur, mental ...) la blessure narcissique que cet handicap provoque peut être très profonde. Les parents ressentent alors un grand désespoir et en même temps une grande colère. Cela peut aller jusqu'au déni même du handicap. Faire face à cette "différence" de son enfant demande beaucoup de courage et il arrive que certaines familles, déjà fragilisées par la "dureté de la vie", ne trouvent pas toujours la force nécessaire pour y arriver.

Le passage de l'enfant imaginaire, ou imagé, à l'enfant de la réalité peut être difficile sans

que l'enfant ait un handicap.

(1) D. MARCELLI *“Enfance et psychopathologie”* - Ed. MASSON - 6e édition, 1999

Une relation perturbée entre un enfant et sa mère (nous rappelons ici que le terme de “mère” désigne tout adulte qui prodigue des soins à l'enfant) est souvent repéré dans des familles vivant dans une situation de précarité socio-économique : invalidité, chômage, emprisonnement d'un parent, malnutrition, grande fratrie... Des études (1) ont montré que dans les familles à faibles revenus, il existe une proportion plus importante d'enfants désorganisés ou désorientés. Or, la *“relation d'attachement est une relation structurante pour l'enfant sur le plan psychologique, car elle implique régularité, stabilité, repères, donc sécurité et confiance pour l'enfant. C'est une base de sécurité pour lui, pour pouvoir s'explorer et s'autonomiser”*.

Nous verrons, en seconde partie du mémoire, à quel point cette précarité peut se révéler néfaste pour l'enfant, lorsque nous évoquerons le cas de Jordan, hospitalisé aux Buissonnets III (service de pédopsychiatrie dans lequel j'ai effectué mon stage).

On parle aujourd'hui *“d'hospitalisme intra-familiale”* (2). La carence affective dont peut souffrir l'enfant est multiple : absence de la mère, séparation prolongée ou difficile, mauvaise qualité des soins ...

Ces situations peuvent être vécues comme traumatisantes pour l'enfant. Il peut alors avoir des difficultés à faire face à la situation et à ses conséquences émotionnelles, perturbantes. L'état de détresse peut aussi se retrouver dans une période post-traumatique. On peut évoquer toutes sortes de situations : deuil dans la famille, disputes violentes, naissance d'un frère ou d'une sœur... L'enfant se trouve alors dans une souffrance psychique où se joue un syndrome de répétition (dessins sur le même thème, cauchemars, jeux répétitifs ...). En verbalisant sa souffrance à un adulte qui y répondra de manière adéquate, et en le sécurisant et le rassurant, l'enfant arrivera sans doute à surmonter ce traumatisme. Mais s'il n'y a personne pour le sécuriser, il risque de s'enfermer dans sa souffrance ; il peut *“revivre dans sa tête”* maintes fois la situation traumatique ou, encore, se laisser submerger par ses émotions, ses angoisses, sans vraiment réussir à mettre des mots sur ses ressentis et à prendre du recul.

(1) Chantal ZAOUCHE-GAUDRON “*Les conditions de vie défavorisées influent-elles sur le développement des jeunes enfants ?*” - Ed. ERES, 2005. Dans cette étude, SPIEKER et COLL ont étudié le parallèle entre les revenus faibles des parents et le sentiment de sécurité de l’enfant (sur 179 familles)

(2) “*Enfance et psychopathologie*”

Des réactions d’évitement, des troubles émotionnels (agitation, colère...), des troubles du sommeil, de l’alimentation, des troubles somatiques, etc... peuvent apparaître.

Nous avons vu également que sur-stimuler l’enfant peut entraîner un état de stress important. Le non-respect de la zone proximale de développement, lorsque l’adulte sur-stimule l’enfant, peut l’amener à “faire illusion” pour échapper au stress de la situation, ce qui ne lui permettra pas d’acquérir des bases solides et stables.

Sous-stimuler l’enfant est tout aussi néfaste : ses acquisitions se font à un rythme plus lent et l’enfant acquiert un certain retard.

Nous pensons rappeler, enfin, que sous le terme “conditions de vie défavorisées” dans lesquelles se trouvent certains enfants, une acceptation plus large que celle de “pauvreté” de revenus ou de “statut socio-économique” est exprimée. Ce terme inclut, outre l’aspect économique et matériel, “*l’environnement de la famille et de l’enfant (vie familiale, habitat, voisinage, mode de garde, loisirs, accès à des services, etc), le statut socio-économique et socio-culturel, et, enfin, la dimension psychologique*” .(1)

1-2 : facteurs environnementaux et facteurs propres à l’enfant :

Selon Margaret MALHER (2) le développement de l’enfant et la capacité d’adaptation de la mère sont fortement intriqués : la mère doit être capable de s’ajuster aux besoins de son enfant, en lui apportant “*une sécurité interne*” qui va lui permettre d’aborder la séparation aussi sereinement que possible. L’enfant va alors acquérir “*le sentiment de sa propre continuité et la permanence de l’objet*” (3)

Ainsi, selon elle, les perturbations du processus de développement psycho-affectif de l’enfant peuvent être attribuées aux altérations de l’environnement (comportement maternel inadéquat,

(1) C. ZAOUCHE-GAUDRON “*Les conditions de vie défavorisées influent-elles sur le développement des jeunes enfants ?*”

- (2) M. MAHLER est une psychanalyste généticienne, comme René SPITZ, qui distingue chez l'enfant des processus de maturation (patrimoine héréditaire) et des processus de développement (apport de l'entourage)
- (3) *"psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent"*

par exemple) mais aussi à des défauts innés, propres à l'enfant.

Les troubles somatiques de l'enfant peuvent altérer ses processus de développement ; les troubles

sensoriels tels qu'un déficit visuel ou auditif peuvent retarder l'apparition du langage par exemple; un enfant qui entend mal ce qu'on lui dit répétera les mots "entendus" de manière erronée et un enfant qui voit mal ne distinguera pas correctement les mouvements articulatoires de l'interlocuteur. Les problèmes de santé dont peut souffrir l'enfant l'inquiète souvent beaucoup (maladie, douleur...). Ils peuvent également entraîner chez les parents un sentiment de culpabilité, de rejet.

Dans la psychopathologie, des théories psychanalytiques proposent des hypothèses pour tenter d'expliquer l'apparition de certains dysfonctionnements dans le développement de l'enfant. Ainsi, Bruno BETTELHEIM (comme MAHLER) souligne l'existence de facteurs propres à l'enfant qui pourraient bloquer les processus de développement. Il tente d'expliquer l'étiologie de l'autisme par le vécu d'une *"situation extrême"*. Cette notion de *"situation extrême"* se tirerait de sa propre expérience des camps de concentration nazis, qualifiant ainsi la situation, l'environnement destructeur auquel l'être humain est confronté. Il pense que *"l'enfant autiste serait confronté à une angoisse semblable à celle engendrée par l'imminence de la mort, en raison du fait qu'il serait confronté très tôt à une situation vécue par lui et menaçante et ce, à une période où il manquerait d'expérience positive pour contrebalancer ce vécu"* (1). L'enfant perdrait le sentiment d'une action possible sur l'environnement, ce qui le conduirait à une conduite de retrait: *"le retrait autistique"*. Pour BETTELHEIM, ce n'est pas l'attitude maternelle qui est en cause, mais la *"réaction spontanée de l'enfant à cette attitude"*. Il propose par une thérapie institutionnelle (l'école orthogénique), la présentation d'un environnement adapté à ses symptômes et très favorable à l'enfant qui lui permettrait d'acquérir une *"expérience émotionnelle correctrice et de nouer une relation privilégiée avec un membre du personnel soignant"*.

Egalement comme MAHLER, Wildred BION pense que des perturbations dans le développement de l'enfant peuvent venir de facteurs environnementaux et/ou de facteurs

propres à l'enfant. Inspiré des travaux de FREUD, il pointe certains traits de la personnalité d'un sujet à *"tendance*

(1) Pierre FERRARI *"L'autisme infantile"* QUE SAIS-JE - PUF
psychotique :

- *intolérance à la frustration*
- *importance de pulsions destructrices*
- *crainte d'un anéantissement imminent*
- *instauration massive et immédiate de relations d'objets"* (1)

En approfondissant les premiers stades de l'organisation de la pensée, il prolonge les théories de Mélanie KLEIN.

Pour BION, la psychose est un état mental, et deux personnalités, l'une psychotique et l'autre non psychotique, existeraient à des degrés variables chez tout individu à la naissance. Peu à peu, une personnalité prendra le dessus sur l'autre ; pour lui, deux facteurs concourent à cette divergence: *"la force destructrice primaire, avide et envieuse, qui existe chez tout nourrisson à des degrés divers et, d'un autre côté, le développement même de cette force qui est directement lié à celui des premières relations objectales avec une mère plus ou moins capable de contenir et de modifier les émotions violentes projetées sur elle par le nourrisson"*.

Il ne faut cependant pas culpabiliser les parents (ou autre personne de l'entourage de l'enfant); les rendre responsables du retard de leur enfant bloquerait davantage toute perspective d'évolution, si l'on considère l'apport environnemental comme principale source de dysfonctionnements.

2 - TROUBLES RELATIONNELLES ET TROUBLES DE LA PERSONNALITE :

En citant MAHLER, BETTELHEIM et BION, nous avons introduit les termes d'"autisme" et de "psychose", que l'on retrouve dans la psycho-pathologie.

(1) B. GOLSE “*Développement affectif et intellectuel de l’enfant*”

La psychopathologie est “*l’étude des troubles mentaux et psychologiques, c’est la science de base de la psychiatrie*” (1).

Nous allons expliquer ici ces notions de psychose, d’autisme, et celle de “*dysharmonie*”. Elles seront reprises par la suite dans le mémoire, pour évoquer le fonctionnement particulier d’un enfant ou, encore, pour montrer quel travail peut être fait à partir du livre avec un enfant autiste par exemple (Gauthier, dans la dernière partie du mémoire). Ce sont des pathologies que j’ai pu observer au cours de mon stage.

Il existe d’autres pathologie que nous pourrions évoquer et que l’on rencontre en pédopsychiatrie. Toutefois, il ne s’agit pas ici de toutes les nommer et les définir, mais de montrer, à travers quelques pathologies, quels troubles relationnels et quels troubles de la personnalité un enfant peut présenter.

2-1 : la psychose :

Le terme de psychose fait souvent appel à des perturbations sévères de l’organisation de la personnalité, à des capacités communicationnelles et relationnelles entravées, à une difficulté d’appréhension de la réalité (réalité interne : celle du sujet et/ou réalité externe : celle de l’environnement).

Selon le dictionnaire d’orthophonie (2), le terme de psychose renvoie à une “*atteinte globale de la personnalité*” ; le psychotique ignorerait ses troubles, ce qui laisse à penser que la psychose atteint le psychisme dans sa totalité ; sa désorganisation progressive affecterait souvent l’image du corps.

La psychose infantile se caractérise par la perturbation massive de la relation de l’enfant avec son entourage : signes d’apathie, absence de communication avant un an, grande différence par rapport au monde visuel et sonore.

(1) définition extraite du dictionnaire PETIT ROBERT

(2) ortho édition, 2004

Aux troubles relationnels, s'ajoutent des troubles du cours de la pensée, de l'humeur et de l'affectivité. Le langage est souvent touché : mutisme ou encore discours logorrhéiques avec productions de néologismes ... (1). Nous verrons plus loin quels troubles du langage peuvent être présents chez un sujet psychotique.

Certaines psychoses sont dites "précoces" (l'autisme était considéré, avant, comme une psychose infantile), d'autres sont plus tardives ("psychoses de la seconde enfance"). Avant d'expliquer ce qu'est l'autisme, nous pouvons dire quelques mots sur les psychoses dites "de la seconde enfance". Elles sont plus rares et apparaissent entre 5/6 ans et 12/13 ans. L'enfant, à cet âge, a atteint un certain niveau de maturation et sa personnalité est mieux structurée. Ainsi, malgré un état psychotique qui va se caractériser par des phrases de régressions, l'enfant a "*un langage mieux élaboré, ses processus cognitifs sont davantage investis et le réel est mieux distingué de l'imaginaire*" (2).

Souvent, cet état psychotique d'apparition tardive est la prolongation d'une psychose précoce. Il peut survenir après une enfance "normale", mais ce deuxième cas est plus rare.

L'enfant manifeste un certain retrait, il s'isole ; on remarque parfois une adaptation sociale "de surface" ; des troubles du comportement peuvent apparaître (fugues, colères, agressivité) avec passage à l'acte.

- la psychose symbiotique :

Il existe différentes formes de psychoses dont les définitions évoluent ; nous n'en ferons pas état ici, nous évoquerons seulement la psychose symbiotique décrite par M. MAHLER.

La psychose symbiotique décrite par Margaret MAHLER (3) est une forme de la psychose infantile dans laquelle on retrouve des traits autistiques et symbiotiques en grand nombre. Les signes du syndrome symbiotique sont peu visibles au départ, puis deviennent évidents avec blocage des acquisitions de l'enfant ou régression s'apparentant à un état autistique.

(1) ortho édition, 2004

(2)(3) "*Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*"

Le développement de l'enfant est alors irrégulier et instable : intolérance à toutes contraintes, troubles psychomoteurs et langagiers, problématiques de l'angoisse de séparation et de

nécessité de l'individualisation, mise en place de rites lors de l'alimentation, des soins par exemple.

Après avoir travaillé avec des enfants atteints de psychoses graves et observé les comportements dans la relation mère/bébé, M. MAHLER fonde sa théorie du développement sur trois grandes étapes (1) :

1) la phase d'autisme normale correspond au premier mois de la vie, dans laquelle le nourrisson est plus proche d'un état de sommeil que de veille. Il ne distingue pas vraiment sa propre capacité à réguler les tensions créées par ses besoins (uriner, vomir, tousser ...) de celle de sa mère découlant des soins qu'elle lui procure. *Il vit dans une espèce de vide hallucinatoire*. Avec le maternage, le nourrisson finira par se sensibiliser progressivement aux stimuli extérieurs et accédera ainsi à la phase symbiotique.

2) la phase symbiotique normale se termine à la fin de la première année de vie. Lors de cette phase, le bébé est en état de dépendance absolue, en fusion avec sa mère. C'est cette dernière qui va lui permettre de développer ses capacités sensorielles et perceptives et joue le "rôle de *Moi auxiliaire de l'enfant*". Le désir va remplacer le besoin chez l'enfant lors de la phase d'attente, se substituant ainsi à l'état de tension de la phase autistique.

3) la phase de séparation de l'individualisation : d'abord marquée par le développement du schéma corporel. Puis les acquisitions de l'enfant (marche, se tenir debout) lui permettent de s'éloigner physiquement de la mère et de découvrir le monde.

L'enfant va élaborer des mécanismes de défense (dénier, intériorisation partielle ...) et va intérioriser les demandes parentales. A cette période (24 mois), l'enfant se préoccupe de son identité sexuelle. Finalement, le développement des fonctions cognitives et les acquisitions qu'il fera mettront fin à ces processus.

Pour MAHLER, lorsque le développement précoce du psychisme est perturbé, des troubles de la personnalité ou des modifications peuvent apparaître, dont les "*particularités renvoient au stade où elles se sont produites*" (2).

(1) "*Développement cognitif et affectif de l'enfant*"

(2) "*Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*"

2-2 : l'autisme :

Au départ, lié au terme de psychose infantile, l'autisme fait aujourd'hui partie dans les nouvelles classifications de ce qu'on appelle les Troubles Envahissants du Développement

(T.E.D.). Selon la définition du dictionnaire d'orthophonie, *“ces troubles, sévères et précoces, sont caractérisés par des retards et des déviations dans le développement de la communication, des interactions sociales et, parfois, des habiletés cognitives”*.

On y trouve des pathologies telles que l'autisme et les troubles autistiques, syndromes de RETT et D'ASPERGER, de l'X fragile. Léo KANNER, en 1943, décrivait pour la première fois un état autistique ; depuis des progrès scientifiques ont été enregistrés. Des techniques d'imagerie cérébrale (1) ont montré l'existence *“d'anomalies structurales au niveau de l'organisation cérébrale. La perturbation du développement cellulaire se situerait dans les 30 premières semaines de gestation”*.

La cause de l'autisme reste encore assez mystérieuse. Dans les années 1970, l'hypothèse d'une origine psychologique l'emportait (pour BETTELHEIM, l'autisme serait la conséquence d'une relation très perturbée entre la mère et son enfant : carences de soins maternels) ; aujourd'hui, l'hypothèse d'une origine génétique gagne du terrain.

Le syndrome d'autisme infantile est un trouble global et précoce du développement, apparaissant avant l'âge de 3 ans (2).

Certains symptômes autistiques sont présents précocement chez l'enfant et affecte la capacité de l'enfant à communiquer avec autrui : absence de pointage proto-déclaratif, absence d'attention conjointe, absence de jeu symbolique ou imaginatif (jeu de “faire semblant” par exemple). Un handicap mental, des affections médicales (épilepsie, déficits sensori-moteurs ou perceptifs) accompagnent souvent ces manifestations.

(1) Théo PEETERS *“L'autisme : de la compréhension à l'intervention”* - DUNOD - 1996

(2) *“Une reprise de l'information sur l'autisme”* article du magazine L'ORTHOPHONISTE n° 259 mai 2006

Le comportement de l'enfant autiste est parfois bien typique : balancement d'une partie du corps (tête par exemple, ou tronc), gestes stéréotypés avec ses mains, sautilllements sur la pointe des pieds, agitation, colère, agressivité : des troubles majeurs du comportement sont fréquemment observés.

Différentes conceptions concernant l'autisme infantile sont répandues (1) : pour les cognitivistes, l'autisme est un trouble déficitaire portant uniquement sur les capacités de communication (...) et la prise en charge est donc centrée sur la rééducation. Ils notent un retard intellectuel parfois considérable à l'âge adulte. Pour l'école psychanalytique, l'autisme se situe parmi les psychoses précoces et se caractérise par le retrait et le besoin d'immuabilité et une organisation extrêmement rigide de la pensée, autour de modes de défense contre l'angoisse (clivage déni, identification projective...). Le D.S.M. IV indique, chez l'enfant autiste, une altération des interactions sociales (mimiques, gestualités défailantes), une altération de la communication, et des comportements stéréotypés et des activités réduites.

Les définitions concernant l'autisme varient sensiblement. Nous retiendrons les trois principaux signes, souvent observés chez la personne autiste : le "retrait autistique" (trouble relationnel), le "besoin d'immuabilité" et les troubles du langage et de la communication (écholalie, communication verbale et infra verbale perturbée ...).

Nous développerons davantage ces signes lorsque nous aborderons les conséquences des troubles du développement sur les apprentissages.

2-3 : Notion de dysharmonie :

Il peut arriver qu'il y ait une discordance dans les développements intellectuel et affectif : ils ne sont pas effectués de façon synchrone et harmonieuse. Dans l'autisme et la psychose, on peut retrouver une dysharmonie.

(1) *"Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent"*

Lorsqu'on a affaire à une dysharmonie évolutive, on peut voir que l'enfant "fait illusion", c'est-à-dire qu'il peut, par exemple, avoir un langage parlé correct sur le plan formel, mais être très en retard au niveau symbolique (échec à l'apprentissage du graphisme ou de la lecture) ou encore utiliser un langage très pauvre lors des échanges relationnels et affectifs.

Dans une dysharmonie évolutive, on note des *"troubles des conduites, de la personnalité ou du développement"* (1). Il n'y a souvent *"pas de perte des repères essentiels, ni rupture avec*

le réel” (ce qui aide à différencier une dysharmonie d’une psychose).

Mais il faut savoir qu’un retard dans un certain secteur du développement peut entraîner des perturbations plus globales, pouvant concerner l’ensemble du développement et de la personnalité. Par exemple, un enfant présentant une maladresse gestuelle, même isolée, peut éprouver des difficultés pour expérimenter les propriétés des objets et cela peut avoir des répercussions sur son développement cognitif. Les activités motrices seront moins exploitées, moins investies. Sa maladresse peut également avoir des conséquences relationnelles : *“sur-protection de sa mère, gêne dans ses relations avec ses pairs”* (2).

Il peut être difficile de repérer tous les aspects du développement d’un enfant lorsque certains sont freinés ou bloqués et qu’ils se répercutent en plus à d’autres niveaux.

Geneviève HAAG (3) signale l’impossibilité de repérer les divers aspects du développement (images du corps, expressions émotionnelles, exploration de l’espace et des objets, langage, graphisme...) qui vont s’articuler, soit de façon harmonieuse et synchrone, soit *“au prix de clivages temporaires plus ou moins prolongés”*. En outre, elle note que l’efficacité des capacités intellectuelles se développe en fonction *“des zones libérées”*. Un secteur de développement peut rester *“bloqué par des conduites autistiques avec retour sur des problématiques antérieures archaïques”*, alors qu’un autre secteur évolue (motricité par exemple) permettant l’émergence de capacités nouvelles.

(1)(2) *“Psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent”*

(3) dans *“Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l’autisme infantile traité - Psychiatrie de l’enfant”* 1995

Gauthier, un enfant autiste que nous présenterons en dernière partie du mémoire, montrait une dysharmonie dans son développement. Ses acquisitions ne se faisaient pas à un rythme égal, ce qui rendait plus difficile certains apprentissages.

3 - CONSEQUENCES DES TROUBLES DU DEVELOPPEMENT SUR LES APPRENTISSAGES :

Les carences éducationnelles, les troubles relationnels et de la personnalité dont peut souffrir l’enfant vont avoir des répercussions sur ses apprentissages.

3-1 : sur le développement cognitif :

3-1-1 : conséquences des carences environnementales :

Le développement cognitif de l'enfant sera sans doute perturbé si les carences éducationnelles, environnementales sont importantes. Dans le cas d'une mère qui se désintéresse de son enfant, qui ne le porte pas, ne lui parle pas, ne le stimule pas, l'enfant aura plus de difficultés à faire des apprentissages ; une corrélation existe entre les troubles du développement de l'enfant et la pathologie mentale d'un, voire des deux parents (schizophrénie, alcoolisme, dépression, etc)(1)

Les besoins du bébé ne sont alors pas reconnus et les soins sont incohérents, inadéquats. Il peut arriver que l'enfant sur-investisse ses capacités intellectuelles et scolaires, mais il peut être aussi pris dans la "folie" du parent.

Des expériences ont déjà été réalisées pour montrer les répercussions d'un parent "déprimé" sur le développement du bébé. TRONICK et COL, notamment réalisent l'expérience suivante (2) : Il est demandé à la mère de montrer à son bébé (âgé ici de 2 mois) un visage dépourvu d'expressions pendant trois minutes : après être passé par une phase de recherche active lors de laquelle le nourrisson va tenter de faire réagir sa mère (cris, agitation, regard...) il finit par adopter une attitude de repli et une expression fermée se lit sur sa figure. L'inverse peut également s'observer, l'enfant devenant très agité, hyperactif.

(1) *"Enfance et psychopathologie"*

(2) cette expérience, d'inspiration éthologique (qui utilise la situation expérimentale pour en faire un modèle théorique) met l'accent sur l'importance de l'accessibilité de la mère.

KLEIN, dans *"Deuil et dépression"* (1), souligne l'importance du rôle ou du non-rôle de la mère et de l'entourage aimant dans les processus d'intériorisation de l'enfant. *"Chez les enfants dominés par leur monde intérieur au point de ne pouvoir contrecarrer leurs angoisses en se servant des aspects agréables de leurs rapports avec les gens, de graves difficultés psychiques sont inévitables. Chez les jeunes enfants, les expériences déplaisantes et le manque d'expériences agréables, l'absence de contact intime et heureux avec les personnes aimées accroissent l'ambivalence, réduisent la confiance et l'espoir, et confirment la peur de l'anéantissement intérieur et de la persécution externe ; ils ralentissent en outre et souvent jusqu'à arrêter les processus salutaires qui permettent de conquérir à la longue la sécurité intérieure"*.

Nous pouvons évoquer à nouveau le cas inverse, celui où le repli pathologique du bébé place les parents dans une situation douloureuse ; la communication est perturbée et les rapports faussés: blessure personnelle des parents qui se sentent coupables, sentiment d'étrangeté face à l'enfant... Cela peut provoquer de leur part un certain désinvestissement ; l'enfant n'étant plus assez stimulé, accompagné dans son développement, les acquisitions sont plus difficiles, les apprentissages plus laborieux. Les progrès lents, ou même l'absence de progrès, peuvent décourager les parents. Le sentiment d'impuissance s'ajoute à la culpabilité. Face à un enfant autiste par exemple, les parents peuvent avoir l'impression de fournir des efforts énormes et de se sentir ensuite très peu "récompensés" par le peu de réactions ou des réactions autres que celles attendues de l'enfant.

- la prématurité :

Des troubles cognitifs et somatiques peuvent apparaître chez un enfant prématuré également. Un enfant est dit prématuré lorsqu'il naît au terme d'une gestation inférieure à 37 semaines. Deux facteurs récurrents ont été relevés, pouvant provoquer une naissance prématurée : le facteur concernant la mère et le facteur socio-économique incluant précarité des conditions de vie, alimentation défectueuse, fatigue, travail pénible ... L'enfant prématuré rencontre bon nombre de problèmes à la naissance : assistance, immaturité des fonctions respiratoires, digestives et immunitaires (2).

(1) Mélanie KLEIN "*Deuil et dépression*" - Petite Bibliothèque PAYOT - 2004

(2) "*Introduction à la psychologie du développement*"

La grande majorité de ces enfants, bien pris en charge, ne garde aucune séquelle neurologique ou cérébrale, mais la prématurité peut être telle qu'elle peut provoquer une infirmité motrice cérébrale, un déficit intellectuel, une hypotonie majeure, etc.

Il existe également un autre facteur assombrissant l'avenir de l'enfant prématuré : le facteur psychologique. Le bébé évolue alors, à sa naissance, dans un univers très médicalisé, robotisé (perfusion, incubateur, couveuse). De plus, le traumatisme psychique causé par cette naissance trop précoce et la longue période de séparation qui en suit rendent difficiles les relations entre la mère et son bébé. "*Une bonne proportion d'enfants battus sont d'anciens prématurés ou des enfants ayant été placés en réanimation*" (1). Cela pourrait s'expliquer

notamment par le désinvestissement affectif de ce nourrisson dont on a été séparé brutalement et sur qui on n'a pas encore pu jouer son rôle de parent. Dès le départ, des barrières se dressent entre l'enfant prématuré et son environnement.

Nous verrons le cas d'Alex, enfant prématuré, dans la seconde partie de ce mémoire, et les troubles qu'il présente.

“Le retard du développement moteur se comble au cours de la deuxième année pour les prématurés nés au 7e ou 8e mois, et peut persister au-delà de la 4e année pour ceux nés au 6e mois” (2).

Les difficultés peuvent survenir précocement (troubles alimentaires, de l'efficiace intellectuelle, du développement moteur) ou tardivement (trouble déficitaire de l'attention, maladie motrice, impulsivité, colère) entraînant des difficultés d'apprentissage (lecture et écriture par exemple) si ce syndrome apparaît au début de la scolarité.

(1) *“Introduction à la psychologie du développement”*

(2) *“Enfance et psychopathologie”*

3-1-2 : lorsque l'enfant présente des troubles psychopathologiques :

Nous avons vu, en évoquant la dysharmonie, qu'un retard moteur même mineur pouvait avoir des répercussions sur le développement cognitif et relationnel.

Chez le psychotique, on relève souvent un désinvestissement des capacités cognitives ; si les fonctions intellectuelles sont la plupart du temps conservées, l'enfant se sert peu ou inefficacement de ses capacités (il va le faire sur un mode auto-sensoriel par exemple). AJURIAGUERRA avance que *“chez les psychotiques, il s'agit plutôt d'instabilité dans l'équilibre cognitif, mais il y a possibilité d'un certain nombre d'acquisitions intellectuelles. Un conflit continuel se jouerait entre le monde cognitif et le monde affectif avec des mécanismes d'évitement des conflits et de transformation du réel (1).*

L'enfant psychotique peut ressentir des angoisses fortes : angoisse de persécution, sentiment de dépression, etc. Un appauvrissement intellectuel, un désinvestissement cognitif important peuvent être là un moyen de se défendre contre l'angoisse psychotique.

Phobies, rituels confèrent à cet état psychotique un caractère obsessionnel. L'apparition possible d'hallucinations, d'idées délirantes, est le signe d'une pensée éclatée, ne distinguant plus réel et imaginaire. Les capacités cognitives sont alors bien altérées.

La venue d'angoisses fortes peut se voir aussi chez un enfant ne présentant pas une psychopathologie comme la psychose. Nous avons vu en première partie comment certaines situations vécues par l'enfant se révèlent traumatisantes. Certains enfants se sortent bien d'un traumatisme (faculté d'adaptation, plasticité, capacité à se stabiliser). Le terme de "résilience" est alors employé pour définir cette résistance au traumatisme et à ses séquelles : capacité à résister et à se construire. Mais d'autres enfants sont plus "vulnérables" ; l'angoisse devient trop forte; une désorganisation psychique peut en résulter, allant jusqu'à une régression, freinant ou même stoppant le développement cognitif, entre autres, de l'enfant.

(1) article de E. SCHMID-KITSIKIS et AJURIAGUERRA "*Aspects opératoires en psychopathologie infantile*" revue de neuro-psychiatrie - 1973

Chez l'enfant autiste, les problèmes cognitifs ont un rôle central (1) : abstraction et compréhension verbales sont différemment réalisées ; cependant, la capacité à mémoriser "par coeur" et le repérage visuo-perceptif sont souvent préservés.

Dans la pathologie autistique, on retrouve des troubles relationnels assez importants qui vont se répercuter sur le développement cognitif.

. Le retrait autistique est caractéristique et présent, avec des troubles de la perception et de la cognition : l'autiste semble avoir un "regard vide" pour l'interlocuteur ; le contact oculaire est souvent rare et parasité par des regards périphériques (selon Uta FRITH) (2). La perception auditive peut être différente de celle d'un enfant non autiste (réaction de repli face à certains bruits ou, au contraire, recherche de sensations, de vibrations). Les capacités attentionnelles peuvent être perturbées par la recherche d'auto-sensations. L'autisme peut avoir une réaction de fuite lors d'un contact avec autrui par le toucher. Les capacités de

réception et d'expression de la communication non verbale peuvent donc être altérées par ces réactions sensitives et sensorielles inhabituelles.

Le contact est parfois fuyant avec les personnes ou avec les objets, variable, mais peut évoluer favorablement au cours d'une prise en charge. Contrairement à ce qui était avancé autrefois, *“la dimension sociale et le désir d'entrer en contact avec autrui ne sont pas absents dans l'autisme, mais les conduites sont altérées sur le plan qualitatif (au niveau de la compréhension des expressions faciales et des gestes de communication)”* . (3)

Il arrive que le schéma corporel soit mal intégré. Les fonctions sphinctériennes peuvent être perturbées et des troubles de l'alimentation existent (triage des aliments, vomissements, refus de s'asseoir...). Il est important de noter l'existence d'une hypersensibilité à la douleur ou, encore, d'une hyposensibilité apparente, conséquence possible d'une insuffisance des moyens d'expression, obligeant l'adulte à être attentif et à l'écoute de tout ce que peut signaler l'enfant autiste.

(1)(3) Théo PEETERS *“L'autisme : de la compréhension à l'intervention”*

(2) *“Langage oral et bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme”* - GLOSSA n° 88 - 2004

Barbara DONVILLE (1) relate l'expérience vécue par Victor qui, voulant se laver les mains tout seul, avait ouvert le robinet d'eau chaude ; lorsque sa maman entra dans la salle de bains, elle l'aperçut, s'ébouillantant les mains et ne semblant pas s'en rendre compte.

. Le besoin d'immuabilité ou, encore, l'intolérance au changement est également l'un des principaux signes du spectre autistique et pousse le sujet à ritualiser la place et la présence de personnes ou d'objets. En cas de rupture de l'immuabilité, le sujet autiste peut manifester des crises anxieuses ou de rage, se replier dans des stéréotypies par exemple.

Les troubles du langage, très souvent observés chez l'enfant autiste, seront développés plus loin.

3 - 2 - Sur le langage :

3-2-1 : troubles du langage oral et écrit :

Les troubles du langage peuvent se définir en tant que troubles du langage oral et troubles du langage écrit. Nous pouvons évoquer plus particulièrement la dysphasie et la dyslexie.

. Troubles du langage oral :

Il est parfois difficile de différencier un retard simple de langage d'une dysphasie. Mais lorsqu'un trouble du langage persiste au-delà de 5 ans après une prise en charge adaptée, il s'agit vraisemblablement d'un trouble dysphasique. La qualité de la compréhension du langage oral constitue aussi un critère important. La dysphasie est un *“trouble développemental se manifestant par une structuration déviante, lente et dysharmonieuse de la parole et du langage oral (sur les versants expression et/ou compréhension)”* (2)

La dysphasie n'est pas imputable à un trouble sensoriel, moteur, mental, de la communication (autisme par exemple, ou privation sociale aigüe) mais elle peut y être associée. L'enfant dysphasique est en difficulté à la fois sur le plan familial, scolaire et social. Jonathan, dont nous évoquerons le cas plus loin, présenterait une dysphasie : le versant expressif est largement et majoritairement touché. C'était un enfant mutique qui était apparu pour la première fois devant l'orthophoniste.

(1) *“Vaincre l'autisme”* - Editions Odile JACOB, 2006

(2) dictionnaire d'orthophonie

De gros troubles du langage peuvent avoir des conséquences relationnelles. L'enfant s'isole ou s'agite, il n'est pas compris et lui-même ne comprend pas toujours...

Les troubles du langage oral sont variés ; ils peuvent concerner la voix (dysphonie), le rythme ou la prosodie du discours (dysrythmie, dysprosodie), l'articulation (dysarthrie) etc, allant d'une perturbation plus ou moins accentuée (préfixe “dys”, exemple : “dysphonie”) à l'absence totale (préfixe “a”, exemple : “aphonie”). Des troubles de l'articulation, des troubles de la parole, un bégaiement, peuvent s'entendre chez un enfant vivant dans un environnement “peu porteur” (stress, absence de langage adressé à l'enfant ou langage très réduit, limité à des ordres, des injonctions, à l'énonciation d'interdits ...).

. Troubles du langage écrit :

La dyslexie est un trouble du langage écrit. Il faut bien noter ici avoir la notion de “difficulté durable” : le dyslexique est un apprenti-lecteur qui ne peut pas atteindre le niveau d'une lecture experte. La dyslexie concerne aussi les *“troubles qui touchent à l'automatisation et à l'usage aisé et fluide de l'écrit, après la phase d'apprentissage [...] Le dyslexique peine à déchiffrer, doit choisir ses lectures et évite certains écrits comme les modes d'emploi, les*

textes administratifs ou les livres épais. Pour lui, la lecture est synonyme d'efforts, de contraintes, de souffrance... Bien qu'il ait fréquenté l'école, soit entré au CP, entende bien, voit bien et soit normalement intelligent" (1).

Deux grandes familles de dyslexie sont distinguées parmi les dyslexies développementales (opposées aux dyslexies "acquises") : la dyslexie dite "phonologique" qui se caractérise par des difficultés à identifier les logatomes (ou non-mots) ; la reconnaissance de mots réguliers ou irréguliers est assez bonne. Le sujet photographie ici le mot, il le lit dans sa globalité.

Dans la dyslexie dite "de surface", le sujet identifie mieux les mots réguliers et les pseudo-mots que les mots irréguliers. Le sujet déchiffre ici davantage qu'il ne reconnaît le mot dans sa globalité.

(1) Annie DUMONT "*Réponses à vos questions sur la dyslexie*" Ed. POCKET 2003

A une dyslexie peut s'ajouter d'autres troubles de l'écrit : dysorthographe, dysgraphie.

3-2-2 : séquelles des carences environnementales sur le langage :

En tant qu'orthophoniste, nous nous intéressons tout particulièrement aux troubles du langage. Notre travail a pour objectif de faire émerger le langage s'il est inexistant ou d'enrichir les possibilités verbales et communicationnelles de l'enfant, ou de "réduquer" un trouble instrumental : l'orthophoniste doit s'ajuster pour répondre aux besoins de l'enfant en fonction de ses capacités et de ses difficultés et, finalement, user d'une approche au cas par cas.

On admet enfin que le développement du langage oral ne peut se concevoir en dehors d'un système de communication défini dans la relation mère/enfant et qui s'instaure dès la naissance. "*On sait en effet que les enfants ayant souffert d'un isolement profond présentent, longtemps après leur retour dans la vie sociale, des troubles importants du langage oral*" (1). Le langage dans sa fonction communicative est altéré, ainsi que dans ses aspects linguistiques : lexique, syntaxe, grammaire ... Les carences relationnelles profondes peuvent avoir des conséquences lourdes sur le langage de l'enfant.

Le langage employé par l'entourage de l'enfant lui sert d'exemple ; alors si les parents utilisent un langage imprécis, vulgaire, ou encore un langage où les liens entre les propos énoncés ne sont pas clairement établis, comment l'enfant va-t-il développer correctement son langage ? Comment va-t-il apprendre à faire des liens logiques, à formuler et expliquer quelque chose, à comprendre et se faire comprendre ?

De même, un enfant à qui l'on ne parle jamais n'aura pas ce bain de langage ; il va s'isoler, s'enfermer sur lui-même ou s'agiter au contraire.

(1) *“Neuropsychologie de l'enfant : une introduction”*

3-2-3 : troubles du langage dans la psychose et l'autisme :

Chez les enfants présentant une psychopathologie, les troubles du langage sont très souvent observés en lien avec des troubles relationnels (troubles du langage oral).

Chez l'enfant psychotique, des troubles de la voix et des troubles du langage sont régulièrement constatés : retard de parole ou de langage : écholalie, non respect du tour de parole..., troubles de la communication : inhibition, retrait, crises d'angoisses ou autres manifestations affectives (le sujet passe du rire aux larmes, est exalté, excité, peut avoir une mimique perturbée : rictus).

Parmi les signes autistiques les plus couramment observés, nous avons noté le “retrait autistique”, “le besoin d'immuabilité”, et les troubles du langage.

. Les troubles du langage et de la communication reflètent la dimension sociale du trouble et sont quasiment toujours présents chez l'autiste, à divers degrés, que ce soit dans l'élaboration (retard de type mutisme) ou dans son utilisation (compréhension perturbée, écholalie, jargon, non respect du tour de parole).

L'expression sonore peut aussi prendre la forme de cris, de geignements. Plus précisément sur le plan structurel (1), on retrouve parfois dans le langage de l'enfant autiste des inversions pronominales, des troubles de la syntaxe, une absence du "je" et du "oui", une utilisation inappropriée des prépositions, conjonctions, pronoms, une écholalie ...L'écholalie serait, selon M. EVOY et LOVELAND, "*une forme primaire de stratégies pour acquérir des compétences verbales et sociales et servirait à maintenir le contact social*"(2).

Sur le plan pragmatique, la production verbale n'est pas adaptée au contexte conversationnel (3). L'autiste a des difficultés à amorcer une conversation, à maintenir un thème dans la conversation, à accéder à l'humour, à l'ironie, à l'informativité ...

(1)(3) "*Une reprise de l'information sur l'autisme*" - L'ORTHOPHONISTE magazine

(2) "*Langage oral et bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme*" Nathalie COURTOIS du PASSAGE

La communication infra-verbale est perturbée, se manifestant par un déficit de l'expression faciale et gestuelle, par des signaux manquant d'intensité et de clarté et par une absence d'ajustement postural.

Uta FRITH (1) développe cet aspect troublé du langage dans sa valeur communicationnelle par le fonctionnement "méta" du langage. Selon elle, en effet, nous induisons dans nos énoncés toutes sortes "*d'états mentaux*" qu'un interlocuteur va "*sur-interpréter*". L'autiste, cependant, va avoir une compréhension littérale, non nuancée, et sera en difficulté pour saisir ce que nous dissimulons habilement volontairement ou involontairement dans notre discours (mimiques, sentiments...). La personne autiste utilise davantage des gestes utilitaires, instrumentaux, tels le pointage ou la guidance avec main de l'interlocuteur pour transmettre une information pure.

De manière générale, les trois grandes fonctions des relations sociales sont atteintes : interaction, attention conjointe et régulation du comportement (intervenir sur le comportement d'autrui).

Des tests (2) effectués sur des autistes pour évaluer la compréhension lexicale et syntaxale montrent que la deuxième compétence est plus perturbée que la première, la plupart du temps; les autistes auraient plus de difficulté à saisir le sens des phrases. Différentes études

(PRIZANT en 1983 ; TAGER, FLUSBERG et CALKIRS en 1990) montrent que l'enfant autiste serait spécialement dépendant de l'approche "holistique" dans l'acquisition du langage (répétitions, routines, utilisation de formules automatiques). Nathalie COURTOIS DU PASSAGE nuance en signalant une différence entre la construction syntaxique en spontanée et en écholalie : les structures de base du français qui sont absentes en spontané, sont présentes en écholalie, mais sont rares et/ou incomplètes.

Tous ces troubles entraînent en cascade des perturbations de l'expérience précoce et pèsent lourdement sur l'évolution ultérieure.

(1) *polycopié extrait de "Enigme de l'autisme"*

(2) tirés des tests orthophoniques de BELOT et TRICOT, 2001 : TVAP, ELO, NEEL, VOCIM, EVIP, BEPL

En conclusion, on peut dire que l'autisme garde encore une large part d'inconnu, mais tout le monde s'accorde pour dire que c'est un syndrome (et non une maladie unique) *"résultant probablement de facteurs étiologiques multiples, souvent associés"* (génétique ou environnement?).

Une prise en charge précoce est nécessaire, mêlant soin et éducation. Beaucoup d'acteurs entrent en jeu dans cette prise en charge, notamment l'orthophoniste, sur le travail de la communication, qui a une place de plus en plus essentielle.

3-3 - La scolarité :

Du fait des troubles cognitifs et langagiers, la question de la scolarité se pose.

Lorsque l'enfant ne "marche" pas du tout à l'école, deux positions sont à évoquer : est-ce la structure scolaire qui est inadaptée à l'enfant en difficulté, ou est-ce l'enfant en difficulté à l'école qui est "déviant", pathologique ?

Un écart existe également entre *"possibilité d'apprendre et désir d'apprendre"*. La famille peut jouer là un rôle : des parents, anciennement en échec scolaire, n'auront pas investi ce

temps d'apprentissage ; l'image de l'école qu'ils renvoient à l'enfant peut être alors négative, dévalorisante. De même, le livre, s'il a une place à la maison, aidera l'enfant à lire : *“Le bonheur de lire est en général partagé par le parent lecteur”* (1). Il goûte d'autant plus le récit s'il a lui-même écouté et lu pendant son enfance. Qui n'a pas, à l'initiative de ses propres parents ou d'une enseignante, soufflé comme le loup sur les maisons de paille, de bois et de briques en racontant l'histoire des *“Trois petits cochons”* ? Les principaux troubles observés à l'école concernent le comportement, puis la motricité et le langage. Avant l'échec, un retard apparaît le plus souvent (s'il survient brutalement, ce peut être le premier indice d'une désorganisation psychotique).

L'enfant peut acquérir du retard, puis se trouver ensuite dans une situation d'échec lorsqu'il présente des troubles du langage tels la dysphasie (sur un versant oral) ou la dyslexie (sur le

(1) *“10 astuces de parents pour donner envie de lire à ses enfants”* Editions FLEURUS, 2006

versant écrit). Il a alors des difficultés à suivre une scolarité “normale” ; la perte progressive de confiance en soi, le sentiment de dévalorisation qui peut apparaître face à ces difficultés, le poussent davantage à fuir l'école. Ces élèves pourront devenir difficiles à aborder parce que *“des années d'échec scolaire ont produit sur eux un effet négatif durable. [...] La situation scolaire se dessine dès les premiers mois de la scolarité élémentaire. Si tous ceux qui échouent dans les premiers apprentissages de l'écrit ne deviennent pas “illettrés” pour autant, si certains finissent par savoir lire et écrire, aucun ne rejoint le groupe des enfants profitant sans difficulté de l'école”* (1).

Chez l'enfant autiste ou psychotique, le temps scolaire peut être réduit ou adapté, en fonction des capacités intellectuelles conservées et de la manière dont il les utilise. Certains, malgré un passé fragile et chaotique, retrouvent une scolarité “normale” (et après avoir suivi une scolarité adaptée). Il est nécessaire de maintenir au maximum une scolarité, même adaptée, pour que l'enfant continue de progresser et fasse de plus en plus d'acquisitions ou, du moins, les consolide.

(1) René DIATKINE, préface de l'ouvrage de Marie BONNAFE "*Les livres, c'est bon pour les bébés*" - Editions HACHETTE, 2001

DEUXIEME PARTIE

Il apparaît important de ne pas catégoriser un enfant, de ne pas l'étiqueter, ce qui le figerait dans un tableau clinique.

Au contraire, observons l'enfant en tant qu'être humain, être social, être communicationnel avec des difficultés d'apprentissage et/ou des difficultés relationnelles (1)

.
Rester ouvert et attentif à toute évolution et tous types de problématiques nouvelles, ou jusque là passées inaperçues, permet de prendre l'enfant dans sa globalité et non avec des déficits bien définis (morcelé entre ce qui va et ce qui ne va pas).

Il apparaît certes plus "pratique" de définir la problématique d'un enfant en un mot, c'est ce que je cherchais à faire au début du stage pour "cibler l'enfant", pour apprivoiser peu à peu ces pathologies et me familiariser avec leurs symptômes, ce n'est sans doute pas la meilleure approche à adopter face à un enfant.

Chapitre 1 : LE SECTEUR DE PEDOPSYCHIATRIE :

En pédopsychiatrie, le soin est ouvert aux enfants de 0 à 16 ans ; la demande est faite par les parents, qui peuvent être conseillés par l'école, le médecin de famille ou tout autre service de pédiatrie. Il est important de collaborer avec les familles. Un projet de soin est alors établi pour chaque enfant, prenant en compte les symptômes, mais projet élargi aussi à l'ensemble des signes de souffrance de l'enfant et de son entourage.

Des études récentes (2) montrent que des prises en charge intensives peuvent modifier le pronostic de la psychose et de l'autisme, non pas dans le sens d'une guérison, mais d'une évolution favorable de la personnalité. Les perspectives d'évolution se considèrent selon deux axes : *“amendement des troubles psychopathologiques”* et *“handicap intellectuel et social résiduel”*.

(1) PUF “Que sais-je” : *“l'autisme infantile”* : tout enfant atteint de troubles psychiatriques, quelle que soit la nature et la gravité de ceux-ci, doit être reconnu comme un sujet porteur d'une histoire personnelle unique et animé d'une vie psychique spécifique, même gravement désorganisée.

(2) *“psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent”*

1 - LES STRUCTURES GERÉES PAR LE SECTEUR :

La présentation de ces diverses structures tient de l'apport de plusieurs ouvrages : de *“enfance et psychopathologie”*; du livret de présentation de l'hôpital G. MAZURELLE et d'un photocopié du service secteur nord. Ce centre hospitalier Georges MAZURELLE, dans lequel j'ai effectué mon stage de 4e année de fin d'études, fut l'un des pionniers d'une politique de secteur : les services adultes et enfants sont, en effet, sectorisés, c'est-à-dire que chacun de ces services dessert un secteur géographique ; les soins sont ainsi plus accessibles. De plus, en cas d'hospitalisation, cette sectorisation garantit une continuité des soins par la même équipe médicale et soignante. Les services pour enfants sont au nombre de trois : le secteur est, le secteur ouest et le secteur nord. Ce secteur nord est lui-même divisé en trois : les Herbiers, Montaigu et La Roche. Chacun de ces sous-secteurs fonctionne à partir d'un centre médico-psychologique et propose une palette de soins diversifiée pouvant aller de la prise en charge individuelle à des hospitalisations.

J'ai effectué mon stage avec l'équipe de la Roche, plus en lien avec l'hôpital de jour, mais aussi avec les équipes de la structure d'hospitalisation à temps complet. Ces unités de soins sont regroupées sous l'appellation Buissonnets III.

Les enfants cités dans le mémoire (et dont les prénoms ont été volontairement modifiés afin de garder l'anonymat de chacun), sont hospitalisés de jour ou temps plein aux Buissonnets III.

1-1 : le centre médico-psychologique (CMP) :

C'est le pivot de l'organisation des soins : unité d'accueil et de coordination, il organise des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile.

Toute première consultation a lieu au CMP le plus proche du domicile de la famille.

C'est au CMP également que se font les bilans, certaines synthèses, qu'ont lieu les réunions.

1-2 : le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) :

Ce temps d'accueil thérapeutique peut constituer le temps thérapeutique principal. La prise en charge n'y dépasse pas deux heures par jour ; au delà il s'agit d'"hospitalisation de jour".

Il peut avoir lieu dans la journée, ou le soir après l'école. Il s'agit dans ce cas d'"espaces transitionnels" entre l'école et la famille afin de permettre à l'enfant de "se récupérer" après la tension et les efforts accumulés lors de ce temps scolaire.

1-3 : l'hôpital de jour :

L'enfant est accueilli dans cette structure plusieurs demi-journées par semaine. Ce type d'hospitalisation comprend souvent un temps de repas pris en groupe. L'hôpital de jour des Buissonnets III propose des suivis individuels ou en groupe visant à sécuriser l'enfant et à favoriser la communication. Les enfants y viennent toute la semaine. Les soignants utilisent soit des espaces adaptés (pataugeoire, etc) soit les lieux extérieurs lors de sorties accompagnées.

Cette forme de prise en charge est proposée lorsqu'un problème grave lié à la séparation se pose.

Ce qui différencie, entre autres, la prescription, "*hospitalisation de jour*" d'une prescription

“*hospitalisation à temps complet*” est que l’angoisse des enfants se cristallise moins sur les fonctions vitales et perturbe donc moins la vie familiale : l’enfant rentre chez lui le soir lorsqu’il est à l’hôpital de jour.

1-4 : L’hospitalisation temps plein :

Les soins y sont de même nature que lors d’une hospitalisation de jour, mais une vigilance particulière est portée à l’alimentation, au sommeil, à la propreté et à tous les problèmes somatiques: une prise en charge corporelle est effectuée dans ce type d’hospitalisation. L’enfant y est pris dans sa globalité, avec ses composantes psychiques, physiques, sociologiques. La continuité des soins apporte là une cohésion et une cohérence répondant au sentiment de morcellement et de non-sens de l’enfant souffrant de psychose. Le projet thérapeutique comporte pour chaque enfant un temps de retour dans sa famille.

1-5 : autres accueils thérapeutiques :

Des séjours thérapeutiques sont organisés régulièrement. Il s’agit d’hospitalisation hors du cadre habituel du centre avec les mêmes soignants.

L’accueil familial thérapeutique peut prendre en charge des enfants souffrant de pathologies psychiatriques. Le but est d’offrir à l’enfant qui a des difficultés propres et/ou un environnement familial perturbant, un climat affectif et éducatif stable. Mais cet accueil familial thérapeutique ne concerne pas les Buissonnets III, qui, eux, travaillent avec le réseau de l’Aide Sociale à l’Enfance (l’A.S.E. gère un certain nombre de situations familiales).

Il existe une autre forme d’hospitalisation intéressante à rappeler : l’hospitalisation mère/bébé. Les perturbations graves de la relation mère/bébé (liées à la prématurité, la pathologie d’un parent, dépression) entraînent une prise en charge précoce (de la naissance à la scolarisation en maternelle), de groupe ou individuelle et basée sur les soins essentiels au bébé : corporels, maternage ...

2 : L’EQUIPE MEDICALE ET SOIGNANTE :

Le travail en équipe est primordial pour la prise en charge de l’enfant, chacun apportant des informations, des observations et allant dans le sens d’une cohésion et une cohérence des

soins: permanence et continuité sont les bases pour ce travail d'équipe.

Les grandes orientations thérapeutiques sont déterminées par un praticien hospitalier, chef de service. L'encadrement général est assuré par le médecin chef de service, assisté d'un cadre infirmier et d'un psychologue.

2-1 : un travail de synthèse :

Un travail d'élaboration, outil essentiel du travail en institution, a lieu lors des synthèses. Ces synthèses ont pour but de parler d'un enfant, de son évolution, des questions à soulever, de confronter les différents aspects relevés lors des prises en charge avec les professionnels, et de noter les divers sentiments suscités par la relation avec l'enfant. *“Il est nécessaire de ne pas reproduire les conduites parentales les plus pathogènes”* et donc, de distinguer, dans les désaccords que peut susciter une synthèse, les conflits provenant de la pathologie des enfants des conflits propres aux adultes. En effet, les conflits inhérents à la pathologie d'un enfant peuvent entraîner des “contre-attitudes” de l'adulte soignant (protection, rejet...).

2-2 : les acteurs du projet de soin de l'enfant :

L'équipe soignante se compose de nombreux professionnels : praticien hospitalier, psychologue, infirmier, orthophoniste, psychomotricien, éducateur, surveillant.

Chaque enfant a un référent, élément rassurant et stable pour l'enfant. Le référent garantit la continuité et l'unité entre les divers soignants et entre les soignants et la famille, l'école ... Le référent se déplace à domicile. Il est l'interlocuteur privilégié de tout le personnel gravitant autour de l'enfant.

2-3 : aspects thérapeutiques :

“La politique de soins du service s'appuie sur la conception psychanalytique pour expliquer et comprendre les pathologies et les situations de soins”. (1)

Des fonctions thérapeutiques dans le service psychiatrique peuvent être tirées des théories de WINNICOTT (2). On relève chez *“la mère naturellement bonne”* la fonction de *“handling”*

(façon de manier), c'est-à-dire technique des soins corporels, la fonction de "*holding*" "*maintien*" de l'intégrité du corps afin que l'enfant puisse établir peu à peu le sentiment de sa personne dans son corps : le bébé qui n'a pas eu "*l'expérience d'un holding suffisamment bon*" a une croissance entravée par les distorsions et un ralentissement.

(1) polycopié explicatif du service secteur nord des Buissonnets , 2002

(2) "*Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*"

Selon WINNICOTT, la pathologie renvoie l'analyste à l'enfance du patient : "*ces patients là ont été confrontés à une défaillance de l'environnement facilitant avant que leur moi immature et dépendant ait acquis la capacité d'organiser ses défenses*" (1). On voit donc toute l'importance d'un bon développement de l'enfant, qu'il acquiert des bases stables et solides, en interaction avec son environnement, pour sa vie future.

L'enfant apprend à vivre en communauté : avoir une relation privilégiée avec son référent, échanger avec autrui (autres enfants et le personnel) ; la constitution de "groupe" permet d'entretenir avec les enfants une relation moins brute, moins envahissante, l'enfant n'est pas dans le face à face avec l'adulte. La fonction de "*pare-excitation*" décrite par WINNICOTT se retrouve dans cette stabilité des échanges en groupe, apaisement des conflits ; l'excitation est "*réglée à un niveau assimilable*".

La fonction contenante est essentielle : canaliser les émotions, organiser les affects et les verbaliser, leur donner un sens. L'enfant pourra alors se construire "*un espace psychique propre et organiser sa vie émotionnelle*".

L'institution peut constituer une "*aire transitionnelle*" . En lui apportant suffisamment de sécurité et de stabilité pour faire face à la réalité du monde, des objets, l'enfant va pouvoir peu à peu laisser de côté l'organisation psychique qu'il avait mise en place. Mais ce passage ne se fait pas brutalement, sans retour en arrière, des allées et venues sont possibles entre ces deux états, l'un pathologique, l'autre davantage normalisé (sain, organisé).

Marie BONNAFE insiste sur la nécessaire distinction entre "*objet transitionnel*" et objet réel, concret : l'objet transitionnel "*désigne une première impression, une première trace*

dans l'esprit, forgée par l'enfant à partir de choses concrètes". De même, l'"espace transitionnel" est, selon elle, une "forme de la relation humaine" : "l'enfant, encore très dépendant du désir de l'adulte, construit les prémices d'un affranchissement de la surveillance bienveillante ou trop envahissante de l'adulte. C'est un état intérieur qui s'établit aussi bien si l'enfant est porté dans les bras ou s'il est à distance" (2)

(1) *"Le bébé et sa mère"* Donald WINNICOOT - PAYOT - 1992

(2) *"Les livres, c'est bon pour les bébés"* Marie BONNAFE - Editions HACHETTE - 2001

2-4 : les pathologies : présentation de 4 cas cliniques :

Lors de ce stage de 4e année, j'ai essentiellement travaillé avec l'hôpital de jour et avec les deux groupes "les Herbiers" et "Montaigu" où certains enfants bénéficient de l'hospitalisation à temps complet (internat).

Les pathologies, même lorsqu'un diagnostic a été posé (autisme par exemple) varient d'un enfant à l'autre et chaque problématique diffère de par le milieu familial et social de l'enfant, et de par leur personnalité. Quatre vignettes cliniques sont présentées ici, quatre enfants différents et qui demandent une prise en charge adaptée à chacun d'entre eux :

- Alex
- Jordan
- Renaud
- Rémi

Ces vignettes cliniques illustrent la partie théorique dans laquelle nous avons choisi de décrire l'autisme, la psychose, les carences environnementales graves, que l'on retrouve en pédopsychiatrie.

Un point essentiel est à souligner quant au pronostic : on ne parle pas de "déficience", d'"enfants déficients". Parler d'état déficitaire implique, en effet, une fixité sur laquelle aucune amélioration n'est possible et place le déficit au centre du tableau clinique. Pensons qu'une prise en charge est toujours génératrice d'évolution.

Dans le cas d'anomalies géniques, lorsque les facteurs organiques entrent en jeu, peut-être pouvons-nous parler de "*troubles à expression déficitaire*" (1) mais le pronostic à long terme serait une erreur car le devenir de l'enfant peut se révéler très fluctuant et réserver des surprises.

Les différents éléments cités dans la présentation des enfants sont relevés des comptes-rendus de synthèse, chaque soignant rapportant le travail effectué avec l'enfant.

(1) *“Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent”*

Alex :

Son arrivée à l'hôpital de jour a eu lieu il y a six mois (il a été en CATTP avant, pendant une année). D'emblée, les soignants ont été mobilisés par cet enfant qui pouvait détruire les jeux de ses camarades, se faufiler dans une autre pièce dès qu'une porte était ouverte. Il semblait ne pas écouter et tenir compte des remarques qu'on pouvait lui faire. Alex accaparait sans cesse ses parents ; il ne supportait pas la frustration. Il recherche aujourd'hui davantage de câlins et de bisous: gestes de tendresse qu'il refusait avant.

Il est noté qu'Alex est né à 5 mois 1/2 avec un poids de 900 g. Enfant unique, il a été attendu pendant plusieurs années. Cette grossesse non aboutie a été traumatisante pour la mère ; elle n'a pas eu le temps de se préparer à la venue de cet enfant ; sa fragilité et les nombreuses hospitalisations qui ont suivi sa naissance ont entraîné une angoisse de mort chez ses parents.

La séparation est difficile aujourd'hui : Alex a du mal à se représenter l'absence de sa mère. Un doudou peut lui être proposé, représentant la “zone transitionnelle”, afin qu'il puisse gérer l'absence de ses parents et s'en détacher. Parallèlement, un travail est effectué avec la mère afin qu'elle se permette de poser des limites à Alex et qu'elle laisse de côté ses craintes de le voir grandir et ses craintes de le laisser à d'autres personnes dans la journée.

Le regard d'Alex est bien plus soutenu face aux adultes, même si le manque d'appui, d'accrochage avec ce regard lui fait toujours défaut. A son arrivée, il regardait beaucoup de côté. Sa vision latérale était-elle plus développée ? Est-ce là une séquelle de sa prématurité ? On peut supposer que lorsqu'il était en couveuse, ses parents étaient davantage de côté que face à lui ; ou les lumières du plafond étaient-elles trop éblouissantes ? ... Peut-on faire un lien entre le regard d'Alex et le regard fuyant d'un enfant autiste ?

Le problème d'enveloppe corporelle se retrouve souvent chez les grands prématurés ; le maternage, le portage, le contact peau à peau ne pouvant se réaliser lorsque le bébé est en

couveuse. Il est donc important de travailler la construction de la charpente corporelle à travers le bain, par exemple.

Les activités sont proposées à cet enfant en fonction de sa problématique : activité de bain pour laquelle il est vraiment partant, l'atelier cuisine où il se montre détendu et intéressé. Le club-apprendre lui est également proposé, qui peut mener à une éventuelle scolarisation. L'effectif du club-apprendre est réduit ; les enfants apprennent là quelques règles de la vie sociale, comme rester assis, ne pas chahuter, ne pas couper la parole, etc. Alex n'a pas été scolarisé avant son entrée aux Buissonnets III. Il va aujourd'hui à l'école attenante au service, deux heures par semaine.

Alex imite beaucoup les autres, à la fois dans leur langage et dans leurs comportements. Il est nécessaire qu'il s'approprie son propre langage. Le bilan orthophonique indique une écoute partielle, une compréhension mono-lexicale ; sa voix, toute petite, est à peine audible. Alex ne serait pas encore dans une distance face à l'autre suffisante (prise de conscience que l'autre ne pense pas forcément comme soi), distance essentielle pour acquérir un langage à soi.

Jordan :

Jordan a 9 ans. C'est actuellement sa 5e année à l'hôpital de jour. Il est arrivé à 4 ans dans le service : il n'avait alors pas de mots et se montrait très instable. Dernier enfant d'une fratrie nombreuse, il a longtemps été le "bébé" de la famille. Il a besoin d'être cadré par l'adulte avec lequel il a du mal à trouver la bonne distance. Sa quête affective est grande et il teste souvent les nouvelles personnes.

Jordan a quelque fois un comportement inadapté : se colle aux autres enfants, les touche facilement. Il sait ce qui est autorisé et ce qui est interdit, mais a des difficultés à le mettre en pratique. On note qu'il semble constamment insécurisé. Il aurait pu se protéger en se laissant aller sur un mode déficitaire, d'autant plus qu'on a découvert tardivement des problèmes auditifs et visuels. Des événements familiaux traumatisants se bousculent : succession de décès dans la famille, délits divers du père provoquant une incarcération le week-end, scènes d'alcoolisation et de violence dans une habitation rudimentaire.

Le sommeil de Jordan est agité, mais il peut maintenant évoquer ses cauchemars et, de manière générale, verbaliser son ressenti, corporel et émotionnel, notamment sa tristesse face au deuil par exemple et il prend conscience que tout le monde, même lui, mourra un jour.

Depuis son hospitalisation, on remarque essentiellement des progrès en langage.

Jordan apprécie les diverses activités qui lui sont proposées. A l'école, il commence à se poser et participe beaucoup à l'oral. Si l'adulte est à ses côtés, il peut bien faire une activité, sinon il évacue par l'hyperactivité. Sa recherche d'exclusivité se remarque dans les activités proposées, comme au "club petite table" et une agressivité sous-jacente se ressent lorsqu'il fait aboyer un chien par exemple, ou lorsqu'il met en scène un hérisson qui pique.

Son manque d'organisation et sa difficulté à faire des liens entravent ses capacités d'imagination.

La psychomotricienne note une distinction possible droite/gauche, mais des difficultés toujours présentes à se repérer face à des obstacles. L'évolution constatée au cours de la prise en charge orthophonique est très intéressante. Il peut verbaliser sa fatigue avec l'orthophoniste (alors qu'auparavant, il ne faisait pas preuve d'une telle conscience de lui-même), cherche le dialogue et se montre disponible pour écouter une histoire inconnue, bien que ses capacités d'attention soient fluctuantes.

Jordan peut faire des apprentissages : sa compréhension face à des "livres plus compliqués" s'affine, en même temps qu'il commence la lecture : épeler les mots, associer consonnes/voyelles, reconnaître des lettres et des mots. Il semble avoir bien compris la différence entre parler et se taire : le silence est de mise à certains moments et la parole permet à d'autres moments d'échanger et de se libérer de ce qui tracasse.

Jordan a peur de l'inconnu, il s'inquiète d'un départ possible vers une autre structure : peut-être une entrée en IME, car il est hospitalisé depuis longtemps et il est important qu'il découvre autre chose, qu'il s'ouvre sur l'extérieur et évolue dans d'autres lieux.

Renaud :

A 9 ans, Renaud est un garçon avec des difficultés relationnelles importantes et on perçoit très vite chez lui de gros troubles du langage. Il se sent vite persécuté et interprète beaucoup les paroles des autres. Il se met facilement en position de défense derrière un “je ne sais pas” et montre une certaine méfiance envers adultes et enfants. Il met en avant beaucoup de plaintes somatiques (maux de gorge, vertiges...) qui montrent une conception corporelle étrange. Il a des difficultés à parler de ce qui lui fait peur. Il semble lancer des informations flashes, mais il fuit dès qu'on tente d'instaurer le dialogue. Il est noté peu d'échanges dans la famille et beaucoup de tensions ; le langage dans lequel baigne Renaud est qualifié de “pathologique”.

La référente pointe que les échanges verbaux dans la famille sont aussi très difficiles. Quand on a rencontré la maman de Renaud, on note une accumulation d'éléments dans son discours sans liens apparents entre eux : c'est à l'interlocuteur de reconstituer le puzzle.

A l'extérieur, Renaud se montre adapté, ce qui pousse les soignants à se poser la question du groupe: est-ce que ce sont les autres enfants psychotiques de l'hôpital qui le mettent davantage en échec ? Cet enfant a 9 heures d'école dans la semaine. L'enseignante signale des difficultés à mémoriser les mots, un manque de vocabulaire qui le gêne beaucoup et un problème d'articulation. Il peut s'énerver quand il ne comprend pas et reste sur son idée quand on lui pose une question. En mathématiques, il applique les mécanismes appris, mais peut-il organiser une logique et raisonner par lui-même ? Son écriture cursive est bonne. L'enseignante le qualifie d'”autodidacte” : n'a pas de demandes, ne souhaite pas être aidé par un adulte, n'attend pas les explications pour poursuivre une activité.

René DIATKINE, (dans “*l'enfant et l'écrit*” - 1983) écrit : “*les enfants psychotiques à évolution non déficitaire ont souvent un comportement particulier devant l'écrit. Ils peuvent adopter le nouveau codage en l'investissant en tant que tel, comme un nouveau mode de transcription, sans que le jeu littéraire proposé par le texte n'entre dans leur système de pensée. Cela ne les empêche pas parfois de lire à haute voix correctement et d'orthographier (...). Chez les enfants atteints de psychose active, ayant un développement normal, l'apprentissage de la langue écrite est souvent très rapide. Le surinvestissement des symboles à partir de pulsions inconscientes aboutit à des formes particulières qui intéressent tant le langage oral qu'écrit (...), caractéristique de l'appropriation du signe par l'enfant*

psychotique qui lui attribue une place dans leur système, pour ne pas risquer que celui-ci se désorganise". (1)

Ainsi, pour l'enseignante, Renaud "lit". Il a acquis facilement la combinatoire, mais ne semble pas identifier les mots. En orthophonie, on s'aperçoit qu'il est pénalisé par les carences et les lacunes lexicales. Il fait véritablement illusion. Il s'agit davantage d'un "charabia" dans lequel on reconnaît certains mots. La compréhension de ce qu'il "lit" est mauvaise. A partir d'un mot ou d'une phrase du passage lu, il reconstruit l'histoire. Par exemple, lors d'une séance d'orthophonie, sur un texte dans lequel l'auteur raconte la vie difficile d'une famille de loups qui, pour se nourrir, dénichait dans les poubelles des restes laissés par les hommes, Renaud va, à partir du mot "poubelle", décrire l'histoire d'incinérations, d'usines à ordures ... A-t-il conscience de cette traduction faussée ? Croit-il avoir réellement compris ? Ou est-ce un mode défensif pour ne pas se sentir en échec face à l'orthophoniste en ne répondant pas ? Il semble parfois prendre davantage appui sur l'image que sur le texte même. Les difficultés de cet enfant nous font penser à des troubles psychotiques.

Face à ces difficultés, le travail de l'orthophoniste va être d'abord de l'aider à organiser sa pensée, d'augmenter son stock lexical et de ne pas le laisser se parasiter par toutes les idées qui flottent dans sa tête et qui n'ont pas un lien toujours très direct avec le sujet proposé.

En séance d'orthophonie, Renaud arrive tout le temps avec un thème à nous proposer. L'émission de FRED et JAMY "*C'est pas sorcier*" le passionne, mais quelles images les notions expliquées par les deux animateurs font naître chez lui ? Quels liens construit-il entre ces différentes explications ? Lorsqu'un mot n'est pas compris dans une histoire ou même dans un discours oral, il ne s'arrête pas pour en attendre et chercher une explication ; il ne parvient pas à exécuter deux activités en même temps : à privilégier l'activité principale (dessiner par exemple) et ignorer ou faire passer en second plan l'activité secondaire (telle une discussion avec les copains) : il ne parvient pas à se décentrer lorsque quelque chose le heurte ou même le traumatise (départ de sa soeur à l'armée, par exemple). Il "colle à un événement, sans prendre du recul et sans le verbaliser, ce qui pourtant l'aiderait à gérer le stress occasionné par cet événement.

(1) extrait du polycopié "*L'enfant, l'écrit et la psychiatrie*" - 1983

A partir d'un livre, d'un globe-terrestre, ou divers outils servant de support au thème qu'il a

choisi, il va tenter, avec l'orthophoniste, d'élaborer une histoire et de la verbaliser.

Dans une autre séance, Renaud peut évoquer Jeanne d'Arc, Charlemagne, les tempêtes de neige et l'apparition des premières voitures. On l'aide alors à re-situer ces événements dans le temps et dans l'espace, pour lui permettre de mettre de l'ordre dans ses idées. Actuellement, il nous semble que Renaud progresse ; en séance, il est moins sur la défensive, il essaie de se faire comprendre et il se pose davantage. Des acquisitions sont possibles (un exercice sur l'ordinateur nous a montré qu'il connaissait certaines règles de grammaire : l'emploi de "où" et de "ou" par exemple).

- **Rémi :**

Rémi a fait son entrée à l'hôpital de jour il y a 3 ans 1/2. C'est un enfant qui travaille beaucoup l'éprouvé de ses sensations, plutôt que la relation avec autrui. Enfant autiste, Rémi est très attiré par les éléments liquides qu'il met en scène : par exemple, il verse son urine dans un récipient, il joue avec sa salive avec laquelle il peut enduire la tête d'un playmobil représentant le grand-père, ou un animal malade (signe de protection ?). Il peut toucher l'herbe ou les feuilles mouillées, comme pour en vérifier l'humidité. Lors de la prise en charge bain, Rémi est calme ; il produit des bruits de gorge avec l'eau, recherche la sensation de glissement, de frottement contre la baignoire, avec son dos ou son ventre.

S'il y a quelques mois il faisait preuve de violence, d'agressivité, il se montre maintenant moins agité et on remarque une relation plus forte avec l'adulte, notamment un accrochage plus important avec le regard. Il peut verbaliser "m'énerve", "maman", "papa", "bonjour", "viens" et "bye bye" (dit à la fin d'une séance bibliothèque) et il peut dire les prénoms de ses soeurs.

Rémi a pris conscience depuis peu de la troisième dimension, qui se traduit par une peur du vide. Comme il retire aisément ses chaussures pour sentir le sol sous ses pieds, un travail sur les ressentis corporels peut ainsi être effectué avec lui.

Il est important de faire sens avec ce que nous renvoie cet enfant ; quand il se bouche les oreilles en émettant un long "iiiiiii" par exemple, ne restons pas dans une description classique de l'autisme : les auto-sensations, mais montrons-lui au contraire que cela a du sens pour nous aussi, lui permettre de mettre des mots dessus (douleur, gêne, acouphènes ? ...) Rémi est dans ces sensations de remplissage de l'espace ; mais ces productions sonores sont parfois fatigantes pour l'entourage. Par exemple, il peut émettre "iii" devant les images du dessin animé *Winnie l'ourson*. On lui renvoie une hypothèse d'histoire oralisable, en

verbalisant sur ce “iii” prolongé : “Winniii court viiite”. Lui-même va pouvoir alors moduler cette voyelle en fonction de ce qu’il veut signifier : “viiite”, “triiiiste” ... Une gestualité vient enrichir ces sonorités, jusqu’à en faire des mimes qui nous font basculer peu à peu vers un mini récit. Lorsque son grand-père a été hospitalisé, il a pu émettre un “iii” triste, très différent d’un “iii” qu’il peut vocaliser lorsqu’il est joyeux.

A l’école, Rémi compulse en cassant du matériel quand la maîtresse l’interroge ; mais il est bon de le garder dans une scolarité adaptée. Pour Uta FRITH *“l’éducateur idéal doit aimer l’enfant parce qu’il est autistique et non malgré le fait qu’il soit autiste ... Avoir des enseignants dont la démarche pédagogique soit solide, calme et rassurante profite à n’importe quel enfant ; elle est donc également recommandable pour les enfants autistes. Les enseignants doués sont rares, mais si l’un d’entre eux prend en charge un enfant autistique, les effets peuvent être spectaculaires”*.

2-5 : travail de l’orthophoniste :

2-5-1 : la notion d’apprentissage :

On peut dire qu’un individu, tout au long de sa vie, “apprend” (apprend à parler en public, à marcher, à lire, à conduire, apprend le respect, la politesse. C’est, cependant, pendant l’enfance, que l’individu fait des apprentissages multiples qui nous paraissent parfois spectaculaires. Il va engranger des connaissances, établir des liens entre les faits, les mémoriser et, finalement, les ressortir au moment voulu. J. C. JUHEL (1) cite quatre étapes pour apprendre (ce qu’est un “papillon” par exemple) :

- 1) l’appréhension par nos divers sens et les nerfs afférents
- 2) l’intégration (lors de laquelle l’information est comprise et classée)
- 3) la rétention (ou mémorisation à court ou long terme)
- 4) le transfert (l’information passe par la parole, le geste et l’écrit).

(1) J.C JUHEL *“Aider les enfants en difficulté d’apprentissage”* - Ed. PUF, 1998

La Zone Proximale de Développement décrite par VIGOTSKI nous montre également une évolution par étapes de l’enfant. PIAGET nous parle aussi de différentes périodes dans ce développement, comme nous l’avons vu dans la première partie.

Apprendre requiert certaines aptitudes telles que une bonne organisation spatio-temporelle (écoulement d'un message écrit de gauche à droite et de haut en bas par exemple), une bonne perception auditive et visuelle, des facultés de mémorisation, de symbolisation, de représentation mentale, de raisonnement, de réversibilité de la pensée.

Chez les enfants cités précédemment, on a pu percevoir des difficultés à organiser ces différentes étapes. Un enfant n'ayant pas eu suffisamment de soins maternels, de stabilité, d'accompagnement, n'a pas forcément acquis une sécurité intérieure, une organisation psychique, une intériorisation des affects pour permettre l'apprentissage.

Par son travail, l'orthophoniste consolide et réajuste ces bases nécessaires à l'enfant. Il est important de rappeler ici le bain de langage dans lequel l'enfant évolue, normalement, et le travail sur le langage oral qui a pu être effectué avant d'orienter l'enfant vers l'apprentissage de la lecture par exemple, comme c'est le cas pour Renaud et Jordan.. En outre, l'apprentissage de la lecture, de l'écriture, du calcul nécessite une formalisation, une maturation et une maîtrise suffisante du langage et des instruments sensori-moteurs.

Jonathan. avait une prononciation très réduite des mots. Il y a quelques mois, il était perçu comme déficitaire, "handicapé" par sa famille, face à ses gros troubles d'apprentissage (il a eu une fente palatine à la naissance ; la sphère buccale a été longtemps synonyme de souffrance, de douleur, et n'a pas été investie). C'est un enfant au visage envahi par la tristesse, inexpressif, qui est apparu pour la première fois dans le bureau de l'orthophoniste. Depuis son arrivée il y a trois ans, des progrès impressionnants ont été réalisés. Quand je l'ai observé au début de l'année, sa compréhension était bonne ; il associait correctement le dessin du chat avec le mot écrit "chat" par exemple. Volontaire et désireux d'apprendre, il aimait taper sur le clavier de l'ordinateur, qu'il avait bien investi, pour écrire des mots avec l'aide de l'orthophoniste. Le langage écrit peut

(1) *"Aider les enfants en difficulté d'apprentissage"* J.C. JUHEL - Ed. P.U.F - 1998

permettre de débloquent le langage oral. Une partie de la séance, et même parfois la séance entière, était consacrée à écrire des mots, des phrases puis une histoire sur un thème choisi par Jonathan. Pour cet enfant qui ne maîtrise pas la production orale, l'écrit devient une

soupape supplémentaire pour communiquer, support qui vient mettre en évidence son désir de communiquer avec précision.

Aujourd'hui, il reproduit le bruit des lettres qu'il voit, il connaît l'alphabet et il sait quasiment lire; il déchiffre et peut écrire un mot même si celui-ci est mal connu ou imprononçable pour lui. Sa prononciation est toujours assez difficile (mots tronqués). Ce petit bonhomme de 7 ans nous a souvent surpris par sa connaissance de certains mots, relativement longs et peu courants (tels "otarie", "perroquet") et qu'il peut écrire assez rapidement à l'ordinateur. Il se récompense d'ailleurs lui-même en prenant un bonbon ou même verbalise son désir en demandant l'autorisation d'en manger un.

2-5-2 : langage et pensée :

Les enfants que l'on peut observer à l'hôpital portent en eux une certaine souffrance ; leur donner un véritable statut de sujet est indispensable et cela va leur permettre d'accéder à une authentique communication avec autrui.

Pour certains enfants, il s'agira de favoriser l'émergence du langage, pour d'autres d'enrichir leurs possibilités d'expressions orales en prenant plaisir à exprimer leurs ressentis, leur vie intérieure et leur expérimentation au monde. Le travail de prise en charge orthophonique avec Renaud dont nous avons déjà parlé rappelle cette nécessité de donner à l'enfant les outils, les moyens pour instaurer une communication véritable avec autrui. Ne pas se limiter aux apprentissages académiques, mais faire du langage un outil fonctionnel en vue d'une communication sociale. Le langage est un outil qui reste dans la constitution même de la pensée et des relations sociales. Langage et pensée sont très intriqués. *"La mise en place des notions d'espace et de temps, des reports de causalité (...) a un pouvoir organisateur sur le fonctionnement psychique"* (1).

(1) *"L'autisme infantile"* - P.U.F. "QUE SAIS-JE ?"

Rappelons que les relations entre pensée et langage ont fait l'objet de nombreuses recherches dans le domaine des sciences humaines et sociales, notamment chez des auteurs comme J. PIAGET (pour lui, le langage n'est qu'un des aspects de la fonction symbolique, il est d'abord égocentrique chez le petit enfant puis socialisé, pour communiquer avec ses

semblables) et comme VIGOTSKI, pour qui le langage est d'abord et avant tout un outil de socialisation (fonction communicative) qui se transforme ensuite en langage pour soi-même (langage intériorisé).

On peut s'interroger sur l'existence d'une pensée sans langage ; les conséquences de cette réflexion est importante, par exemple sur l'évaluation de la capacité du patient à gérer son présent et son avenir. (1) Il est important de se demander là ce qu'on entend par "langage" : une personne qui n'a pas de productions orales peut communiquer autrement (gestualité) : affirmons qu'une personne mutique a un langage.

Chez l'enfant psychotique, l'apprentissage, à l'école par exemple, peut être vécu comme une véritable intrusion à l'équilibre précaire qu'il avait plus ou moins établi ; un comportement de retrait ou, au contraire, d'agressivité peut s'observer alors face à l'adulte connaisseur, qui porte en lui la connaissance que l'enfant ne possède pas. Renaud peut ainsi mettre fin très rapidement à une question ou à un exercice demandé ("arrête !" ; "bon, on va faire ça maintenant" ; "je ne sais pas").

Dans le dialogue avec l'enfant, certaines de nos questions peuvent l'"agresser". Il nous faut alors gérer les silences, les doutes qui peuvent s'installer et lui proposer des solutions intermédiaires pour qu'il puisse faire face à ces interrogations.

Selon WINNICOTT (1) *"la représentation mentale est le conditionnement indispensable à la mise en place de la pensée"* ; par elle, l'enfant va *"tenter de pallier le manque en remplaçant transitoirement et symboliquement l'objet désiré"*. Pour les chercheurs en psychologie cognitive, la *"représentation mentale correspond aux constructions individuelles que la personne se fabrique, des réalités externes qu'elle expérimente"* - on parlerait ainsi d'un *"langage de la pensée"*.

(1) dictionnaire d'orthophonie

Aidons l'enfant à verbaliser ses idées, à les organiser, à les hiérarchiser, à les trier ; mettre en mots, c'est conceptualiser, symboliser, c'est faire sens. *"Le langage renforce et stabilise la fonction symbolique, démultiplie la capacité de communication, permet le passage de l'indicatif à l'évocatif, donc de penser l'absence"* (1). Il faut donc que l'enfant ait la représentation mentale d'une chose (objet, sensation ...) pour pouvoir la verbaliser. Pour

KLEIN, “il n’y a pas de développement du langage sans expérience d’absence ou de perte. Le développement de la fonction symbolique implique une perte préalable et une tolérance à cette perte” (2)

Uta FRITH précise (3) : “tous ces enfants (autistes) ont vraiment besoin d’amour”. Mais bien sûr, il s’agit de repérer les questions angoissantes que l’enfant peut se poser, comment y répondre et signifier qu’on peut y revenir à tout moment ; s’ajuster à l’enfant, à ses besoins, à sa demande est une forme d’amour.

Concrètement, en séances, l’orthophoniste va présenter des histoires séquentielles pour permettre entre autres l’instauration des notions de temps et d’espace, ce qui va aider l’enfant à se situer dans le temps (en tant que fils, fille, petit-fils ou petite-fille de ...) et dans l’espace (place dans la fratrie).

Pour le Dr Yvan HALIMI, praticien hospitalier, pédopsychiatre et chef du secteur nord de l’Hôpital Mazurelle, en intégrant les “structures architecturales de parenté” progressivement, l’enfant pourra accéder à d’autres formes de savoirs (classement, temporalité, causalité...). L’architecture de parenté est une notion travaillée dans des tests effectués par les psychologues, qui la considèrent comme le “premier schéma complexe de connaissances acquises par l’enfant”.

(test le PREDASCO : précurseur des acquis scolaires). L’enfant va prendre peu à peu conscience de la différence des sexes, la hiérarchisation relationnelle, la notion de succession, de réciprocité (“parent de ...”, “enfant de...”). L’annexe 1, à la fin du mémoire, propose une explication plus approfondie de cette notion.

(1) “Enfance et psychopathologie”

(2) “Développement affectif et intellectuel de l’enfant”

(3) extrait de “Enigme de l’autisme” Op. Cité, pages 297 à 198

On peut travailler la discrimination visuelle, le vocabulaire, la mémorisation à travers les jeux tels que le MEMORY. Le travail des composantes spatio-temporelles (rythme, mélodie etc) et de l’intégration du schéma corporel (selon HAAG, les lallations, par exemple, indiquent que la bouche est récupérée dans l’image du corps) est vu avec l’orthophoniste. Faire un puzzle où l’on construit d’abord le contour, puis l’intérieur permet de concevoir comment se réalise

une tâche : planification puis exécution. L'enfant va ainsi apprendre à organiser sa pensée. Les attitudes de l'orthophoniste ont leur rôle : chatouiller l'enfant ou autre contact corporel, ou lui parler, lui poser des questions alors qu'il réalise un jeu ou un exercice mobilise ses facultés attentionnelles et l'oblige à rester concentré et à prendre conscience de cet état de concentration.

2-5-3 : la voix :

Chaque individu a sa voix propre. Si le langage est un outil de la communication verbale, les caractéristiques de la voix sont des paramètres de la communication qui apportent des informations supplémentaires au message (rythme, accent, intonation, intensité ...).

Nous avons écouté, au cours du stage, les voix des enfants hospitalisés, voix en tant que reflet de la personnalité.

Ainsi, rappelons-nous la description d'Alex. Sa voix se modifie en fonction de l'espace : dans un espace restreint, sa voix est de faible intensité, alors que dans un espace plus grand, lorsqu'il est en groupe, sa voix prend de l'ampleur. Du fait de sa prématurité, son enveloppe corporelle reste fragile. L'équipe ressent alors le besoin de travailler avec lui dans des endroits plus confinés, qui l'empêcheraient de "se diluer", pour l'aider à se construire.

Geneviève HAAG (1) présente la voix des enfants autistes comme étant parfois "*haut perchée, monocorde, en rapport avec le vécu corporel de chute*" ; selon elle, cette voix témoignerait du malaise avec l'espace. Certains enfants produisent des sonorités répétées, des sortes de lallations

(1) G. HAAG "*Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité*", 1995

continues, ou même chantonnent, à la bibliothèque notamment, face à un livre. De même, Rémi, en séance avec l'orthophoniste, fait de telles productions vocales. Geneviève HAAG (1) situe la voix dans la recherche de "*flux sensoriel*". Les enfants autistes sont parfois à la recherche de sensations auditives, tactiles, visuelles (frottements cutanés rythmés, balancement régulier de la tête ...). Elle les interprète comme "*un moyen d'entretenir une*

sensation très primitive de continuité d'exister”.

(2) *“On observe dans les maladies mentales des perturbations vocales plus ou moins importantes, ce qui démontrent les liens qui existent entre le psychisme et la voix”.* Certains auteurs voient un mécanisme psychologique à l'origine de toute dysphonie qui n'est pas expliquée par une lésion vocale. Pour A. MONET (3), cette dysphonie correspond à *“un mécanisme de régression, de défense contre l'angoisse existentielle et qui aboutit à une hypertonie vocale”.* Pour A. CORNUT (4), il s'agit d'*“un amoindrissement et d'une détérioration de la qualité de l'expression vocale, en rapport avec le vécu du sujet”.*

Renaud a une voix très particulière. Il se sent facilement persécuté et prend alors une “grosse voix” avec des intonations un peu stridentes, perçantes pour se défendre. La psychomotricienne qui le prend en charge note des réactions de cris au moindre contact. Sa voix est nasonnée, éraillée, peu modulable ; son rire est fort et saccadé. Lorsqu'il est mal à l'aide, il parle en baissant la tête, empêchant sa voix de sortir librement et clairement. On croise alors difficilement son regard. Renaud présente des troubles psychotiques, ce qui peut, peut-être, aider à comprendre cette voix en se référant à A. MONET . Il semble faire croire qu'il sait, et, face aux autres enfants du groupe, ou face à l'adulte, il se défend par cette voix éraillée : *“t'arrête, mais ..., t'arrête !”.* Les récits dans lesquels il se lance nous apparaissent décousus, désorganisés. Il est difficile de percevoir quelle représentation il a du monde, mais on constate, lorsqu'on lui donne la parole avec un temps d'écoute suffisant, que sa voix paraît plus posée et plus calme.

(1)G. HAAG *“Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité”*, 1995

(2)(3)(4) LE HUCHE et ALLALI *“Pathologie vocale d'origine fonctionnelle”* tome 2, 2e édition

Chez Maxime, enfant de 10 ans, on sent une tension dans tout son corps, on sent un malaise allant même jusqu'à une certaine souffrance. La voix de cet enfant nous a rapidement interpellé : assez grave, rauque, éraillée, elle rappelle celle de Renaud, mais en plus intense, plus forte.

Il a beaucoup de difficultés à moduler sa voix ; lorsque l'adulte chuchote, il peut, par imitation, parler moins fort, mais pendant quelques minutes seulement.

Maxime est en famille d'accueil, suite au signalement de maltraitances ; sa voix est sans doute porteuse de tout ce vécu personnel et des angoisses qui le submergent. A la bibliothèque, face à un livre sur les pompiers, Maxime va parler sans cesse, sortant ainsi totalement de l'histoire. Sa voix forte montre bien toute la tension qui monte en lui, ce qui nous fait dire qu'il utilise sa voix et sa parole pour se défendre de ses angoisses, pour parler et surtout parler plus fort que les autres enfants et l'adulte en parasitant la lecture de l'histoire et détournant l'attention de celle-ci.

Les autres enfants du groupe semblent impressionnés par sa voix. Ainsi, Maxime "colle" très souvent Léo, autre enfant de l'hôpital de jour. Se positionnant comme un grand frère face à Léo, il le guide vers les livres, lui donne la main, etc. Sa voix de "grand", de leader, correspond à ce comportement d'enfant responsable qu'il veut donner à voir. Léo est, au contraire de Maxime, très passif, très en retrait. Sa voix, faible et aigüe, a peu de portée ; "*confinée*", "*petit filet de voix qui s'égraine sans retenue et sans fin*" , rappelle les caractéristiques de voix des états dépressifs (1).

(1) "*Pathologie vocale d'origine fonctionnelle*" ALLALI et LE HUCHE

Chapitre 2 : LE LIVRE DANS L'INTERACTION ADULTE/ENFANT :

Nous avons vu jusqu'à présent, essentiellement, l'importance du langage oral pour le développement du bébé : dans l'interaction avec son entourage, pour exprimer ses émotions et ses affects et sa perception du monde et pour organiser et développer sa pensée. Mais un autre langage est tout aussi essentiel dans le développement de l'enfant : le langage écrit. En

même temps que le langage oral, présentons à l'enfant le langage écrit, notamment à travers les livres pour l'aider à comprendre le monde, à rêver, à enrichir son vocabulaire, à accéder aux apprentissages fondamentaux que sont la lecture, l'écriture et le calcul.

On ne trouve pas dans l'interaction les mêmes aspects que lorsque l'enfant est seul face au livre. Ce qui nous intéresse, c'est l'accompagnement de l'enfant face aux livres : langage oral et écrit sont très intriqués.

Alberto MANGUEL, lors d'une conférence du 24 janvier 2006 à la ROCHE SUR YON "*Devenir lecteur*", décrit le monde comme un livre ouvert que l'on voudrait déchiffrer. Lire est, selon lui, une activité d'abord intime, qui définit la personne elle-même (en lui permettant de mieux se connaître) puis prend une dimension plus sociale. La rencontre entre un livre et son lecteur reste mystérieuse ; toute lecture est une traduction, c'est-à-dire qu'à chaque lecture d'un même livre, il y a une mémoire qui change. Le lecteur créé, également, les textes qu'il lit : la lecture laisse un espace à l'imagination et, lors de cette lecture, il va appréhender des mots, des phrases, des dialogues entre les différents protagonistes de l'histoire qui ne seront pas forcément ceux écrits par l'auteur et qui alors pourront laisser une impression, une émotion autre que celle voulue par l'écrivain. De même, un enfant n'appréhendera pas une histoire de la même manière selon son humeur, son état d'esprit.

Selon Marie BONNAFE (1) *"il est non moins certain qu'une histoire ne sera pas entendue pareillement par un petit ou un grand bébé, selon qu'il a faim, qu'il est calme ou en colère, que son papa est là ou pas là. Il aménagera chaque fois l'histoire en fonction de ses beaux rêves*

(1) Marie BONNAFE "*Les livres, c'est bon pour les bébés*"

et de ses cauchemars, de ses besoins satisfaits ou non, de ses émotions qui se transforment si rapidement dans la réalité et plus vite encore dans l'effervescence de son monde imaginaire".

1 - LIRE DES LIVRES :

Contrairement à la télévision où les images défilent, donnant l'impression d'être réelles, souvent, "vivantes", les images du livre sont toujours statiques et permettent une meilleure distinction du réel et de l'imaginaire. Sur un livre, on peut avancer et revenir en arrière et accompagner l'enfant dans sa découverte plus aisément qu'avec un film. Alors "lisons des livres à nos enfants !" Mais attention, sous cette injonction, il est essentiel de s'ajuster à l'enfant en fonction de son âge, de sa demande, de ses questionnements (respecter la zone proximale de développement, comme nous l'avons vu dans la première partie du mémoire).

Avant de proposer un livre à l'enfant, regardons-le : est-ce un récit long, complexe ? Les images sont-elles parlantes ; quelles émotions suscitent-elles ? quelles impressions donnent-elles ? Quelle est l'histoire proposée ? Comment finit-elle ? Quels personnages sont mis en scène ?...

Autant de questions qui nous alertent et qui stimulent notre vigilance lorsque l'on propose un livre à l'enfant. Il y a des familles dans lesquelles le livre est une évidence et d'autres familles où le livre n'a pas sa place. Dans ces familles non lectrices, le livre peut faire écho à un échec antérieur (école, difficulté à lire, écrire, langage pathologique, etc). L'adulte-lecteur qui ne prend pas de plaisir face à un livre aura beaucoup de mal à transmettre du plaisir à l'enfant et le livre devient alors transparent pour ce dernier.

L'orthophoniste va essayer de faire découvrir ce plaisir à l'enfant, plaisir qui va être moteur pour donner envie de lire, accéder à tout ce que véhicule une histoire.

L'histoire, lorsqu'elle est symbolique, a davantage d'impact ; un livre qui raconte le quotidien d'un enfant handicapé est très en miroir avec la réalité. Un autre livre qui parle de la différence, mais de manière symbolique (par exemple, une société de personnages ronds ; un couple donne naissance à un bébé carré : "*petit cube chez les tout ronds*") permettra une distanciation avec la réalité et la possibilité de rebondir sur autre chose ; trop collé à la réalité laisse peu d'espace à l'imaginaire et au rêve.

Une demande des parents des enfants hospitalisés aux Buissonnets III revient régulièrement : que lire à l'enfant ? Mais surtout "*que donner à lire pour répondre aux questionnements d'un enfant*" ? Il n'existe pas un livre-solution, le livre est un médiateur : support pratique dans la relation adulte/enfant. Le livre doit être utilisé en ce sens en tant qu'outil de communication et, en aucun cas, ne remplace la présence de l'adulte, son accompagnement. Lire plusieurs

livres sur le même thème est donc bien plus enrichissant et permet plus d'ouvertures et d'élargissements, qu'en lire un seul. Certains parents refusent à un enfant la lecture d'un livre sur le loup parce qu'après "*il fait des cauchemars*", mais tous les loups ne sont pas méchants ou, s'ils le sont, il y a une personne plus forte qu'eux dans l'histoire : dans la "*La tétine de Nina*", Nina, pour faire taire le vilain loup, lui met sa tétine dans la bouche. Et les histoires pour enfants sur les loups finissent (presque) toujours bien.

Par exemple, sur le thème du sommeil et des mauvais rêves, "*Max et les maxi-monstres*" nous fait vivre un cauchemar ; il fait rentrer le lecteur dans le cauchemar peuplé de monstres d'un petit garçon : Max. Par identification à Max, la propre peur de l'enfant, ses cauchemars, peuvent être verbalisés et, ensuite, contenus par les paroles de l'adulte. Au contraire, l'histoire d'un enfant qui prend son doudou pour dormir paraît plus gentille, plus simple (comme "Petit ours brun fait un cauchemar") mais les effets occasionnés sont beaucoup moins féconds.

Nous verrons plus loin comment la création d'images fortes provoque des émotions intenses et métaphorise les craintes de l'enfant : comme le héros, il essaie de trouver une solution pour résoudre un problème.

Il arrive que la lecture d'un livre, sur le thème du deuil par exemple, soit trop douloureuse pour le parent ; il est alors bon de le verbaliser à l'enfant. Cet apport du livre pour apaiser les angoisses d'un enfant va être repris, de manière plus approfondie et illustrée d'observations cliniques lors de séances bibliothèques avec les enfants hospitalisés en dernière partie. Il s'agit ici d'introduire l'importance du livre, de manière plus générale, pour déboucher sur un travail de recherche à la bibliothèque.

2 - LE LANGAGE DU LIVRE :

Le livre ouvre sur le langage : langage d'évocation, langage de communication et il est l'objet d'apprentissages (1).

L'évocation permet de tester et de travailler l'accès au stock lexical et sa constitution. Le livre permet d'évoquer des éléments passés, futurs ou imaginaires. L'enfant, s'imprégnant des différents éléments composant l'histoire, peut la reformuler, la raconter à son tour. Cette reformulation n'est pas seulement un commentaire des actions narrées, mais traduit également l'impression, l'émotion suscitée par l'histoire.

La communication est favorisée avec le livre. L'enfant écoute, attend son tour, apprend à ne pas interrompre et à partager avec le lecteur le plaisir de lire un livre. Il apprend à distinguer silence, lors de lecture, de la parole lorsqu'il commente et exprime ses émotions : *"la communication s'établit dans le consentement mutuel des règles du jeu social"* (2). Parler sur l'histoire (la mimer, la commenter, donner son avis sur celle-ci ...) et parler autour de l'histoire (à quel livre elle nous fait penser, quel autre titre on pourrait mettre, l'enfant vit-il la même chose que la personne de l'histoire ? ...) : pour affiner sa pensée, approfondir sa réflexion, permettre à l'enfant de se familiariser avec le livre et sa thématique, donner une ouverture sur un autre monde que le sien ...

En quelques mots, le livre favorise les apprentissages des structures syntaxiques, linguistiques, les différents registres de la langue, les marqueurs spatio-temporels, etc...

A la bibliothèque, il nous apparaît important de ne pas questionner l'enfant sur sa compréhension de l'histoire lue. Nous ne sommes pas là pour vérifier ce qu'il a compris, ce qu'il a appris.

Nous allons voir maintenant comment s'organise la bibliothèque et quel travail l'orthophoniste effectue dans cette structure.

(1)(2) A. POPET et al. Ed RETZ, 2004 - *"Le conte et l'apprentissage de la langue"*

Chapitre 3 - LA BIBLIOTHEQUE :

1 : DE LIEU D'ACTIVITE OCCUPATIONNELLE à LIEU DE SOIN :

Depuis plusieurs années, les orthophonistes du service reçoivent des enfants hospitalisés dans le service à la bibliothèque. Souhaitant mettre l'accent sur l'importance d'une prise en charge orthophonique pour les enfants autistes, un texte a été rédigé par ces orthophonistes afin de recadrer leur rôle et d'affirmer leur position, à la bibliothèque notamment ; au départ, le sentiment des orthophonistes était que les enfants étaient envoyés à la bibliothèque pour créer *"un espace de respiration nécessaire aux soignants et autres enfants du groupe de vie"*. En plus de réduire les groupes et de soulager les soignants, l'enfant venait y prendre du plaisir

autour des livres, accompagné par un orthophoniste. Très rapidement, les orthophonistes ont posé un cadre, des règles, par exemple comme ne pas sortir les livres hors de la bibliothèque afin de créer un sentiment de continuité pour l'enfant qui retrouve son livre à la séance suivante et afin d'imposer ce lieu comme espace thérapeutique avec son matériel propre.

Un intérêt croissant a été porté aux notes prises sur chaque enfant en fin de séance (quant à leurs comportements, aux livres lus, aux questions que se pose l'orthophoniste face à certaines attitudes de l'enfant ...). Tout cela apporte un regard complémentaire sur l'enfant, sur son évolution. Les séances à la bibliothèque font aujourd'hui partie de la prise en charge globale de l'enfant.

2 : L'AMENAGEMENT DE LA BIBLIOTHEQUE :

La bibliothèque est un espace moyennement spacieux, éclairé par des baies vitrées. Des chauffeuses disposées en U entourent deux petites tables et font face aux étagères, permettant ainsi une ouverture vers les livres. Un coin avec portes-manteaux est prévu pour se délester de son manteau ou de son pull et pour se déchausser, de manière à se mettre à l'aise pour regarder, écouter une histoire. Une petite pièce à part, fermée, comprend toilettes et lavabo, et permet aux enfants de s'y rendre seuls, tout en étant accompagnés et contenus par la voix de l'adulte.

3 : UN CADRE ...

La notion de "cadre" est très importante chez ces enfants parfois "désorientés", se trouvant dans un chaos psychique ; on a pu remarquer que la pose de limites est sécurisante, contenant. La bibliothèque est un lieu d'échange, d'écoute, mais face à des enfants très angoissés, perturbés par une histoire lue ou un événement familial récent, l'agitation se communique très facilement et les enfants peuvent vite s'"éparpiller" dans la pièce et devenir difficilement canalisables. Il n'est pas rare de voir un enfant se réfugier dans les toilettes ou se cacher dans le placard pour attirer l'attention de l'orthophoniste ou pour trouver un espace contenant, apaisant.

L'orthophoniste aide alors l'enfant à revenir dans le groupe et à verbaliser ses craintes. Une histoire peut être racontée, illustrant le comportement de l'enfant, pour l'amener à en parler, à en prendre conscience et à trouver ensemble des solutions.

Chaque enfant a sa manière propre de réagir ; il est indispensable pour l'orthophoniste de s'ajuster pour répondre au mieux à ses besoins.

Dans de grands espaces, il arrive que des enfants aient des difficultés à trouver une contenance suffisante, ceux qui ont tendance à se "diluer" psychologiquement. Un cadre, une enveloppe corporelle bien établie, aide à contenir sa pensée ; se mettre sur les genoux de l'orthophoniste par exemple, ou encore se lover contre elle, peut l'empêcher de trop s'épandre, et l'aide alors à mobiliser ses capacités attentionnelles.

L'espace limité qu'offre la bibliothèque, propice à une cohésion dans le groupe, limite les débordements.

4 : ... DES REGLES

Elles sont maintes fois répétées au cours d'une même séance car les enfants testent les limites; envahis par une impression de morcellement, la notion de continuité, de permanence est essentielle pour eux. Les règles établies sont communes à tous et régissent chaque séance : enlever son manteau, retirer ses chaussures, respecter la parole de l'autre et maintenir le tour de rôle. Sans être trop rigides, elles s'adaptent à l'enfant. Vincent gardait ses chaussures, par exemple, à toutes les séances. Deux livres à la suite peuvent être lus à Léo qui est peu demandeur et très passif.

Les enfants regardent un livre avec l'orthophoniste, avec un autre enfant ou seul, s'ils le souhaitent. Chacun a droit à la lecture d'un livre au minimum pendant la séance ; entre les enfants qui réclament constamment et ceux qui refusent le livre, il n'est pas toujours évident de trouver le juste milieu ! Accompagner l'enfant dans ses choix est essentiel ; en fonction du thème, de la complexité du récit, des capacités de concentration, de la fatigabilité de l'enfant et de sa problématique (à quelles angoisses faut-il faire face ? Quelle utilisation fait-il du langage ?...), l'orthophoniste est à même de cibler un livre.

Le respect des autres enfants (ne pas taper, ne pas se moquer, écouter, etc), comme le respect du matériel (pages aisément déchirées) est de mise.

La séance dure en général 45 minutes ; elle peut être abrégée si elle apparaît comme étant trop difficile ou trop longue pour un enfant.

5 : LES ENFANTS QUI Y VIENNENT :

Le nombre d'enfants par permanence varie, allant de 1 à 5/6 enfants maximum. Un seul adulte est généralement présent. Il arrive qu'un enfant y vienne seul avec l'orthophoniste, ayant besoin d'un accompagnement individuel (difficultés relationnelles trop envahissantes, mis à mal par d'autres enfants ...) ; pour d'autres enfants au contraire, les séances de groupe sont indiquées, afin de casser leur fonctionnement pathologique qui se joue dans une relation duelle.

Sur les groupes de vie, les enfants peuvent se familiariser avec des livres mis à leur disposition, mais le petit nombre de soignants par rapport au nombre d'enfants les contraint à les regarder seul. Les groupes sont souvent hétérogènes : d'âge différent, avec des problématiques différentes, certains savent lire, ont un bon langage assez développé, d'autres ne déchiffrent pas ou très peu un texte, se situent davantage dans de l'infra-verbal que dans du verbal.

Entre-eux, les enfants peuvent se renvoyer des éléments positifs. Jules par exemple, qui n'hésite pas à recadrer Maxime qui affabule, en lui lançant "*tu dis n'importe quoi !*". Ce que dit Jules n'a alors pas la même portée que la parole de l'adulte : par crainte de ne pas avoir d'amis, Maxime peut écouter ce que disent ses camarades de lui.

Lorsque la séance se termine, l'orthophoniste raccompagne les enfants sur leurs groupes, certains rentrent seul, sans l'adulte, en commun accord avec les soignants de son groupe.

6 : PLACE ET ROLE DE L'ORTHOPHONISTE :

"L'orthophoniste la plus éclairée est celle qui ne se contente pas des apprentissages académiques, mais vise l'utilisation fonctionnelle du langage en vue d'une communication sociale. Elle choisit les outils et les méthodes thérapeutiques les plus adaptés à l'enfant.

C'est aussi par une approche linguistique plus descriptive que nous pourrions proposer des thérapies langagières encore mieux ajustées à la parole d'enfants souffrant d'autisme (1), d'où l'importance du bilan et l'importance de connaître le mode de fonctionnement de l'enfant, ses failles, etc.

Certains enfants sélectionnent tous les livres d'une même collection (les "*petit ours brun*" par exemple) et les empilent, comme Jordan qui, par cet empilement, compulse et essaie de se contenir par l'action.

D'autres enfants réclament la même histoire séance après séance : à chaque lecture, ils y puisent quelque chose de nouveau et le livre est laissé de côté une fois pressé, épuisé de tout ce qu'il pouvait apporter à cet enfant.

Mais l'enfant peut aussi "s'enfermer" dans une histoire, jusqu'à ce que cela devienne pathologique : Théo enfant autiste, ne tolère que la lecture de "*Kirikou et la sorcière*" ; l'amener vers un autre livre relance la dynamique et réactive d'autres capacités, d'autres processus. Fanny, également, choisit "*Dis moi ce que tu fais*" à chaque séance, pointant les images et attendant que l'adulte dénomme ce qu'elle pointe. Peut-être a-t-elle besoin de cet accompagnement, mais il faut savoir lui proposer d'autres livres dont le récit serait plus complexe afin de lui apporter une plus grande

(1) Nathalie COURTOIS DU PASSAGE "*Langage oral et bilan orthophonique chez l'enfant atteint d'autisme*"

ouverture sur le langage. Le travail avec Fanny peut se faire par étapes : lui donner un lexique nominal, puis verbal d'abord (l'album "*Dis moi ce que tu fais*" présente des actions : les ours sont "en train de faire" : manger, balayer, jouer, dessiner, creuser, conduire, etc.). Fanny est passive face aux livres, elle attend que l'adulte lise, et elle participe très peu. La faire réagir, la rendre active face à l'histoire peut l'aider à construire et augmenter son stock lexical que l'on remarque très réduit.

Ces enfants sont envahis par leurs émotions (parfois violentes), leurs angoisses et leurs affects qu'ils ne parviennent pas à exprimer. Une histoire peut provoquer beaucoup d'angoisses ou réactiver celles qui étaient latentes. Il est essentiel que l'orthophoniste remarque toutes ces attitudes et les identifie (ce qui est possible quand on connaît la

pathologie de l'enfant, ses symptômes) et aide l'enfant à les verbaliser. Ainsi, Fanny, à la lecture d'une histoire sur un loup, s'est mis les mains sur les oreilles en gémissant : il a alors fallu la rassurer, lui expliquer que le loup n'était pas un personnage réel, qu'il n'allait pas sortir du livre et qu'on pouvait le toucher sans qu'il morde, et que de toutes façons, "il est emprisonné dans le livre et disparaît quand on tourne la page".

Il n'est pas toujours évident de donner une explication juste face à la réaction particulière d'un enfant, mais si on réussit à comprendre et verbaliser ce qui ne va pas, on remarque que l'enfant s'apaise et se détend. C'est aussi par ses attitudes, par la communication infra-verbale que l'on juge sa compréhension.

L'orthophoniste n'est pas que débiteur d'un texte lu et l'enfant ne vient pas que "pour écouter des histoires" même si le fait de les introduire dans le plaisir d'écouter est une étape essentielle. Le temps de latence, nécessaire pour permettre à l'enfant de s'introduire dans le discours est utile ici aussi pour lui permettre de s'imprégner de l'histoire et de la commenter, s'il le souhaite. L'orthophoniste amène l'enfant à choisir des histoires de plus en plus diversifiées et complexes, à devenir autonome face à un livre, à se construire une identité ("je" est différent du personnage de l'histoire, "je" face à un support). Selon les enfants, elle ne choisira pas la même histoire et ne la lira pas de la même manière. Il faut savoir s'adapter, adapter les histoires, permettre à l'enfant d'apprendre tout en respectant sa zone proximale de développement.

7 : LE CLASSEMENT DES LIVRES :

Le classement des livres à la bibliothèque de l'hôpital est particulier : ils sont classés dans les étagères en fonction de leur niveau de difficulté et de leur genre. Des gommettes de couleur permettent cette différenciation. Le nombre de gommettes, de 1 à 3, indique le genre du livre, ce qu'il véhicule :

○ (1 gommette) : livre avec des personnages réels, véhiculant des événements du quotidien (tels "*Nanie d'un haut, Nanie d'en bas*", "*Le nouveau lit de Nathalie*").

○○ (2 gommettes) : un récit anthropomorphique ("*Petit ours brun*", "*La famille Trompette*" ...) c'est-à-dire qui met en scène des animaux , à l'image des êtres humains (réactions, comportements humains).

○○○ (3 gommettes) : récit qui se situe dans l'imaginaire, à l'opposé des

événements réels de la vie quotidienne (exemple : “*La sucette de Nina*”, “*l’arbre sans fin*” ...).

La couleur des gommettes, quand à elle, définit le niveau de complexité du livre :

➤ en **noir**, les livres présentant des images, sans texte, et ils peuvent avoir un récit (“*la plage*”, “*il pleut*”, “*la poule et l’oeuf*”);

➤ en **bleu**, les livres à contenu lexical (“*Dis moi ce que tu fais*”, “*Ca roule, ça vole, ça flotte*”). Ces livres ne présentent pas un récit. Un récit est “*un discours, qui se rapporte aux événements du passé, antérieurs au moment de l’énonciation et qui représente une forme de narration dans laquelle le sujet parlant n’apparaît pas explicitement*” (1).

Les imagiers ont une gommette bleue : un imagier est une collection d’images, représentant généralement des mots du vocabulaire courant, et qui permettent de désigner, de dénommer, de trier, d’apparier, de rechercher l’intrus.

➤ les gommettes **roses** indiquent un script, mettant en image des événements de tous les jours (“*Petit ours brun*”).

“Le script narratif, aussi appelé scénario, est une structure cognitive activée dès le 9e mois de l’enfant par des rituels de jeux interactifs (routines). Ces jeux fondés universellement sur les mêmes règles (exposition, complication, résolution), organisent la compréhension des situations, et les commentaires réalisés en même temps par l’adulte offrent à l’enfant des moyens de

(1) dictionnaire d’orthophonie

modélisation narrative. En ce qui concerne le script, cette modélisation se fait à partir des événements qui doivent se dérouler dans l’histoire selon un ordre immuable”. (1)

Or, il n’est pas rare de voir des enfants de 5-6 ans à l’instar de Léo ou de Vincent ayant un langage encore peu développé, choisir essentiellement des livres scripts. On voit ici, dans cette définition, l’importance de l’accompagnement de l’orthophoniste, l’importance de sa présence auprès de cet enfant face au livre.

L’orthophoniste va orienter l’enfant en difficulté de communication dans ses choix, afin de dépasser le stade de script pour aller vers des récits, ce qui lui permettra d’étayer sa pensée,

pour l'aider à développer son langage. Pour Marie BONNAFE, *“la série des “Petit Ours Brun” possède une construction très simple, bien en accord avec des illustrations très expressives selon un déroulement bien mené”* (2). Certains de ces petits livres rappellent la comptine (tel *“Petit Ours Brun qui dit non à tout”*), *“dans ces moments de transition entre les tout premiers livres et les histoires plus compliquées, l'adulte peut s'appuyer de ces ouvrages dont la construction en texte et en images se rapproche de la comptine”*.

➤ les gommettes **jaunes, vertes, rouges, orange** vont marquer l'accroissement du niveau de difficulté et de longueur du récit.

➤ les gommettes **blanches** sont collées sur les contes (*“Barbe bleu”, “Le petit chaperon rouge”*)

➤ les gommettes **violettes** vont sur les *“Belles histoires”*.

➤ les gommettes **marron** sont sur les *“J'aime lire”* : le récit est ici plus long que celui des *“Belles histoires”*

(1) dictionnaire d'orthophonie

(2) Marie BONNAFE *“Les livres, c'est bon pour les bébés”*

La disposition des livres dans les étagères est intéressante à observer. À gauche, en bas, se trouvent les livres pour “petits”, tels scripts, imagiers. Plus on se déplace vers la droite, plus on

trouve des récits, complexes. En haut des étagères sont rangées les bandes dessinées, les encyclopédies (en noir), difficilement accessibles pour les plus jeunes.

Le rangement des livres est donc réfléchi et tient compte de différents critères sur lesquels l'orthophoniste se base pour aider l'enfant à choisir un livre selon son âge, le niveau de complexité et la longueur du récit ...

Etablir un classement qui aidera le mieux l'enfant dans ses choix, ses envies, ses appétences, n'est pas évident. *“Une bibliothèque offre à ses usagers des collections de livres, des*

documents en libre accès. Le lecteur peut ainsi, à sa guise, flâner dans les rayons et se laisser tenter par l'offre. Il peut diversifier des choix, préciser ses intentions, découvrir de nouveaux titres ou de nouveaux auteurs". (1)

A la bibliothèque de l'hôpital, l'enfant ne flânera pas dans les rayons, mais passera d'étagère en étagère. Ce sont davantage les couleurs, les nouvelles formes, les nouveaux personnages qui l'attireront, ainsi que des histoires inconnues. Certains enfants remarquent d'ailleurs très vite les nouveaux livres, ceux qui ont été récemment mis dans les étagères.

Eliséo VERON poursuit son commentaire en ajoutant que "*classer, c'est proposer une interprétation et une organisation des différents domaines de la connaissance*". Nous voyons en effet comment les livres ont été disposés dans les étagères en fonction de leur genre. Cette disposition correspond à différents niveaux de développements cognitifs de l'enfant, par lesquels il doit passer pour acquérir peu à peu une structure de pensée et de langage de plus en plus élaborée.

(1) Eliseo VERON "*Perception et usage du classement et de la classification en bibliothèque*" - 1990 - (description tirée d'internet)

"Classer, c'est aussi proposer une mise en espace de ces documents. Quels critères doivent orienter les choix qui sont en jeu dans l'établissement spatial des fonds de bibliothèques ? Y-a-t-il de bonnes et de mauvaises modalités de mise en espace ? Peut-on maîtriser les effets de l'entrelacement des deux dimensions, celle de la classification et celle de la mise en espace?" (1).

On peut noter qu'une "*réflexion sur la structuration globale de l'espace doit se nourrir d'une analyse attentive de l'hétérogénéité de la demande des lecteurs, où se mettent en oeuvre diverses stratégies*".

7-1 : remise en cause de ce classement :

On peut se demander, à l’instar d’Eliséo VERON, s’il existe un classement qui satisferait tout le monde, les lecteurs, enfants comme adultes.

L’adulte, s’il est à l’aise dans cet endroit, va pouvoir apporter à l’enfant davantage de confort et de bien-être que s’il est mal à l’aise. Cependant, c’est avant tout un lieu de soins, où l’enfant se construit, s’organise. On remarque que les enfants vont vers les livres déjà connus, feuilletés : ils se repèrent géographiquement et non en fonction du classement établi. Ce classement établi sert davantage à l’orthophoniste, les livres sont ses outils.

Mais que se passe-t-il quand l’orthophoniste lit une histoire aux jeunes auditeurs et que l’un deux, non captivé par ce qui est lu, va chercher un livre pour le regarder, seul ? Il va au hasard choisir un album (comme Fanny qui a sélectionné un livre mis en avant sur l’étagère par rapport aux autres et non choisi rigoureusement) ou bien il connaît déjà le livre ; mais va-t-il en sortir un nouveau ? et comment interpréter ce choix ? Attirance par les couleurs, le dessin, l’image ? Probablement. Certains ne savent pas lire et ne déchiffrent donc pas le titre. En le feuilletant, ils vont s’en faire leur propre idée, éclairés par les illustrations. On voit ici l’importance de la présence de l’orthophoniste face à des enfants souvent démunis cognitivement, perturbés, envahis par des angoisses ; et il faut savoir répondre à ces états à travers le dialogue, avec le support livre.

(1) J.P. BRETHERS “Commentaires sur le livre d’A. Manguel “une histoire de la lecture:essai” 1998 internet

7-2 : un nouveau classement ?

La question d’une autre organisation des livres peut être soulevée. On peut relever dans le classement déjà établi des points forts et des points faibles :

points forts	points faibles
- l’adulte, ayant bien investi le classement, repère rapidement les livres à proposer à l’enfant au regard de son niveau et de ses possibilités et difficultés (ce qui est le cas, d’ailleurs, pour tout classement)	- l’enfant n’a pas le même repérage que l’adulte : il se repère géographiquement : à gauche, livres “petits” et à droite livres “grands” ; certains enfants, refusant le récit, vont systématiquement vers les livres scripts (= petits)
- les collections sont placées ensemble, l’adulte repère plus aisément un album dans une collection	- l’enfant compulse certaines collections quand elles sont mises ensemble, les empile et s’enferme dans ce tri (les “ <i>Petit ours brun</i> ” par exemple).

<p>- les couleurs des gommettes aident l'enfant à ranger rapidement le livre dans son étagère en fin de séance</p> <p>- originalité ; approche très linguistique de ce classement (linguistique montre comment le langage oral obéit à des règles internes de fonctionnement) ; les capacités de l'enfant à accéder à un certain niveau de compréhension, face au récit, se remarquent bien.</p>	<p>- l'enfant, s'il a fait un cauchemar ou s'il s'est fait gronder, aura plus de difficultés à chercher un livre sur ce thème (et l'orthophoniste également, sauf si la bibliothèque est bien connue !)</p> <p>- certains livres, comme les bandes dessinées, les encyclopédies, sont rangés tout en haut des étagères, les rendant accessibles aux plus grands seulement</p>
--	---

Cette séparation en points “forts” et “faibles” n’est sans doute pas la plus pertinente ; des nuances sont à apporter : un point “faible” peut être un point “fort” parfois ; par exemple, le fait de ranger les encyclopédies dans les étagères du haut peut pousser l’enfant à verbaliser son désir de les feuilleter, à venir en faire la demande à l’adulte (il ne reste pas, dans ce cas, passif, à attendre que l’orthophoniste propose une histoire). D’autre part, lorsque l’enfant trie les livres, ce n’est pas toujours mauvais pour lui (tout dépend de l’enfant) : Jordan, par exemple, avait trouvé ce moyen d’agir (autre que de jeter les livres ou de courir dans toute la pièce) pour se poser pendant la séance, en attendant son tour.

Quel autre classement existe-t-il ? (liste non exhaustive) :

- par auteur
- par genre littéraire (bandes dessinées, revues, ensemble) qui se rapproche du classement déjà effectué
- par collection (tous les “*Petit ours brun*” ensemble, les “*Tintin*”, les “*Kirikou*”...)
- par taille du livre (taille physique)
- par ordre alphabétique ; Alberto MANGUEL remarque que le classement des livres est souvent un barrage : *“l’ordre alphabétique n’a de sens que pour qui connaît les auteurs, les classifications imposent une certaine tyrannie et obligent le lecteur curieux à délivrer le livre de la catégorie à laquelle on l’a condamné”* ;
- par thème.

On peut observer ce que donnerait un classement par thèmes, non sans avoir la prétention de rassembler tous les livres sur tous les thèmes qui existent : présenter à l'enfant une diversité suffisante pour qu'il puisse y trouver son compte. On relève différents thèmes dans les livres de la bibliothèque des Buissonnets III :

. Alimentation	. Séparation	. Rivalité fraternelle	. Famille de couleur
. Sommeil	. Deuil	. Grands-parents	. Amitié/amour
. Doudou	. Naissance	. Colère/bêtises	. Voyage (dans le monde
. Rêves	. Propreté	. L'école	ou dans pays imaginaires).

La présentation des livres peut être un moyen d'attirer l'attention de l'enfant : utiliser des présentoirs inclinés, proposer un thème par semaine/par mois, poser certains livres de manière à ce que la tranche soit visible et d'autres, afin que ce soit la couverture qui soit vue...

L'orthophoniste peut opérer sur un travail toujours en évolution. Une modification spatiale des chauffeuses a suscité beaucoup d'intérêt et de remarques ; le changement n'est donc pas toujours perturbant, s'il n'est pas trop radical.

Il serait intéressant de noter les thèmes souvent demandés par les enfants, ou d'expérimenter sur un thème en particulier choisi par eux. Un travail pourrait s'élaborer autour de :

- quel livre on préfère et pourquoi ?
- élargir leurs réflexions, leur permettre d'aborder des ouvrages inconnus ou des thèmes rarement ou jamais choisis. Un livre se retrouve souvent avec plusieurs thèmes ; dans "*Cendrillon*", on a à la fois le thème de la rivalité fraternelle, de l'amour, de la différence...

TROISIEME PARTIE

Chapitre 1 - FACE A UN ENFANT “DIFFERENT” :

Nous pouvons introduire cette partie présentant Gauthier, en quelques lignes :

Gauthier est un enfant qui a rapidement interpellé les soignants à son arrivée : c'est un enfant qui jette les objets, les casse, qui ne joue pas. Son regard est ailleurs. Il dit peu de mots, émet des sortes de grognements, des onomatopées. Ce qui attire l'attention sur cet enfant, c'est aussi son mode d'approche envers les autres. Il se montre agressif.

La relation duelle semble l'apaiser et il ne supporte pas la présence d'un tiers.

On remarque une hyper-excitabilité, se manifestant par des moments de véritable désorganisation.

Lors des premières séances bibliothèque, Gauthier se montre agressif envers les enfants et l'adulte, et envers les livres qu'il jette, qu'il déchire. Il peut cracher, taper, ne supportant pas que l'adulte lise une histoire à un autre enfant. Il recherche l'exclusivité. Les enfants craignaient Gauthier dont les réactions pouvaient être vives et violentes. Lors de ces moments de colère, il lance des jurons. Peut-être que certaines histoires lues lui font peur et qu'il ne peut pas le verbaliser ?

Au regard de ces premières observations à la bibliothèque, on pourrait se demander : quelle place y a-t-il pour lui ? Quel travail peut être effectué à partir du livre ? Comment peut-on répondre à cette agressivité qu'il nous renvoie ?

La connaissance de son anamnèse peut nous éclairer. Ses difficultés, son décalage dans certains domaines se remarquent davantage lorsqu'on le "compare" à un enfant ayant un bon développement, harmonieux, notamment, dans le domaine des interactions sociales précoces et dans les capacités d'imagination, comme nous allons l'étudier.

1 - NOTION DE NORMAL ET DE PATHOLOGIQUE :

Lorsqu'un enfant adopte une conduite particulière, la question d'une difficulté de maturation ou d'une mise en place d'un processus pathologique se pose. *"Cette "évolution" nécessite une connaissance approfondie du développement dit "normal" : divers stades de maturation traversés, principaux repères organisateurs du psychisme, sont nécessaires avant d'aborder l'étude des conduites pathologiques".(1)*

La question du "normal" et du pathologique est épineuse ; en fonction des cadres de références choisis (le normal en tant que "moyenne statistique" ou en tant qu'"idéal à réaliser", ou en tant que "santé", opposé à "maladie" ?) (2) ces notions de norme et de pathologie varient.

Pour toute démarche pédopsychiatrique, il faut reconnaître et évaluer le symptôme, tenter de le situer au sein de la structure et procéder également à une évaluation génétique et environnementale de l'enfant, afin de pouvoir bien distinguer les conduites propres à un fonctionnement pathologique de celles qui se rapprochent de la normalité.

Certains enfants adoptent une conduite qui, en surface, apparaît comme "normale" ; WINNICOTT appelle cette conduite le "*faux-self*" (3), c'est-à-dire que l'enfant s'organise en se soumettant aux exigences et aux pressions de l'entourage. Il existerait un faux-self physiologique, exerçant une fonction défensive, mais si la mère ne s'adapte pas aux pulsions du nourrisson, si elle lui fait défaut au lieu de répondre à son geste, le sentiment d'exister de ce bébé peut être perturbé: le self est "clivé", il n'y a plus de spontanéité et l'enfant n'a plus le sentiment d'être "réel".

Notons, pour conclure, que le normal et le pathologique ne doivent pas être considérés comme deux états bien distincts ; le développement de l'enfant, sa maturation, sont par eux-mêmes "*des sources de conflits qui peuvent susciter l'apparition de symptômes*".(4)

(1) "*Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*"

(2)(4) "*Enfance et psychopathologie*"

(3) "*Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*"

2 - MISE EN PARALLELE DU DEVELOPPEMENT NORMAL D'UN ENFANT ET DU DEVELOPPEMENT DE Gauthier, ENFANT AUTISTE

2-1 : présentation de Gauthier : (1)

Gauthier est le premier enfant de sa famille ; l'accouchement s'est fait à terme. Gauthier a eu une croissance régulière jusqu'à 8 mois 1/2 (mis à part des trémulations et une hypertonie à 2 mois 1/2). A 9 mois, on note chez cet enfant un strabisme associé à une myopie. Un retard moteur apparaît : dans l'acquisition tardive de la station assise et de la marche. Des troubles psychologiques sont relevés, lors d'une consultation au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) : à 21 mois, Gauthier est un enfant qui ne joue pas, qui regarde ailleurs, et avec un langage très peu développé, qui le rend presque incompréhensible auprès des personnes qui ne le connaissent pas. Cependant, Gauthier fait certaines acquisitions, telles la

propreté sur le plan sphinctérien, ce qui fait penser à une dysharmonie évolutive. Sur les conseils du CAMSP, une rencontre est organisée entre Gauthier et ses parents, et le service de pédopsychiatrie des Buissonnets III.

Une proposition de soins en groupe est faite à la famille. Gauthier y est accueilli avec sa mère. Il a alors 27 mois. Mais les parents n'étant plus suffisamment disponibles, le groupe s'arrête et des visites à domicile régulières sont alors mises en place. On parle d'autisme pour Gauthier, selon le diagnostic posé par le CAMSP. L'école où il est scolarisé évoque ses difficultés ; une hospitalisation aux Buissonnets III est envisagée à temps partiel ; Gauthier accède au langage et fait quelques acquisitions. Se succéderont alors différentes prises en charge : club apprendre, inter-groupe, week-ends thérapeutiques, puis son intérêt pour certaines activités plus intellectuelles pousse les soignants à lui proposer le club- terre, l'école, la bibliothèque et également des séjours thérapeutiques.

Aujourd'hui sorti du service des Buissonnets III, après dix ans de prise en charge qui l'ont aidé à "sortir de cet état autistique", Gauthier a été orienté vers un Institut Médico-Educatif (IME).

(1) notes relevées dans les résumés de consultations de Gauthier

Nous avons choisi d'étudier de manière plus approfondie le cas de Gauthier, autiste, parce que son évolution au fil des années est nette et remarquable ; de plus, il a bénéficié d'un suivi relativement long à la bibliothèque et nous allons voir comment le livre a pu aider cet enfant à développer son langage oral, à accéder à l'écrit et, finalement, à se construire psychiquement.

2-2 : développement "normal" de l'enfant et développement de Gauthier :

2-2-1 : interactions sociales précoces :

Comme nous l'avons vu, les interactions de l'enfant avec son environnement ont un rôle essentiel dans son développement (affectif, cognitif ...).

On retrouve chez Gauthier des éléments témoignant d'une difficulté à se socialiser, différemment d'un enfant normal. L'importance du stade des 9 mois de l'enfant est souvent soulignée : Gauthier a eu une croissance régulière jusqu'à 8 mois 1/2. Strabisme et myopie, repérés à ce moment-là, rendent difficiles les épisodes d'attention conjointe, qui débutent habituellement vers 4/5 mois. Gauthier a marché à 20 mois seulement, sans marche à quatre pattes, alors que la marche se fait habituellement à partir de 10/12 mois : l'enfant normal se tient debout, en s'appuyant sur des meubles. L'enfant autiste peut avoir une vision en trois dimensions acquise tardivement ; c'est le cas de Gauthier qui exprimait une grande angoisse pour la marche et trébuchait souvent, en rapport avec sa perception du monde en deux dimensions (à 2 ans, on notait une difficulté à empiler des cubes et à remettre le capuchon sur un feutre). Ce n'est que vers 7 ans que la troisième dimension apparaît chez lui.

Or, chez l'enfant autiste, un trouble des relations sociales est régulièrement constaté : le bébé autiste devient irritable lors de ces rencontres entre lui et son entourage et semble chercher à s'isoler. Pour Théo PEETERS (1), *“l'isolement est utilisé comme mécanisme de défense”*. Il ajoute que *“le problème n'est pas du tout dû à une relation mère/enfant pathologique [contrairement à ce que pense WINNICOTT] il est uniquement dû à la nature biologique*

(1) *“Autisme : de la compréhension à l'intervention”*

différente du bébé autiste ainsi qu'à son style cognitif différent”. Dans ces interactions avec les personnes qui l'entourent, les réactions du bébé autiste nous paraissent ainsi bien étranges, que ce soit au niveau du regard, du langage ou du contact.

Certaines acquisitions sont, cependant, régulières. Il acquiert la propreté à 2 ans. Gauthier a fait ses nuits au bout d'un mois ; il prenait la sucette au départ, puis l'a remplacée par son pouce. Les biberons, généralement arrêtés vers 6 mois, ont été stoppés pour lui à 9 mois et le passage à la cuillère s'est effectué sans problème.

Gauthier présente un retard de langage même s'il est en évolution (il aime les chansons ; et pour STERN, les routines de type *“comptines”* sont une manière de rentrer dans le récit). L'attention conjointe témoigne de la possibilité de se décoller de l'autre ; l'enfant regarde ailleurs en suivant la direction du regard de ses parents. Cela marque la différenciation que l'enfant fait de lui-même et de ses parents. Or, chez Gauthier, les épisodes d'attention

conjointe apparaissent bien plus tardivement. Le “non” de l’enfant indique aussi cette séparation de soi avec l’autre. A 7 mois, un enfant normal réagit au non, puis le verbalisera. A 3 ans, Gauthier vocalise “on on” en secouant la tête et le produit à bon escient. Mais certains enfants sont détruits par le refus, sont dans la négation : ce sont eux qui posent le “non”, ils sont dans la toute-puissance.

Le stade du miroir, décrit par LACAN (1) correspond également au stade du pointage : l’enfant prend conscience de son propre corps, de sa propre image, et c’est dans cette période (entre 8 et 24 mois environ) que l’enfant accède peu à peu au langage par la compréhension. Pour LACAN, ce stade du miroir permet d’accéder aux trois grands registres du psychisme humain : le Réel, l’Imaginaire, le Symbolique.

A 3 ans 3 mois, Gauthier a passé un bilan orthophonique où il est noté qu’il entre dans une communication orale et que son langage apparaît en pleine évolution dans un contexte, certes, de sollicitation maximale. Gauthier pointe un objet et vocalise “té” par exemple, que la maman traduit _____

(1) D’abord l’enfant perçoit son reflet comme un être en chair et en os, autre que lui ; puis il comprend que son reflet n’est qu’une image, mais sans l’identifier en tant que sienne ; enfin, il comprend que son image est la sienne tout comme l’image de sa mère est le reflet d’elle-même - Dictionnaire d’orthophonie.

par “qu’est-ce que c’est?”. Il sait dire son prénom, babille, est capable de moduler sa voix (voix

chuchotée, intonation forte) ; ses productions langagières sont encore restreintes : il émet des onomatopées, mais qui sont adaptées au contexte (“boum” quand une chaise tombe). S’il n’a pas encore les mots pour nommer, il sait associer une image à un objet réel.

A son hospitalisation aux Buissonnets III, Gauthier a 4 ans. Il recherche la relation duelle, qui l’apaise. L’hypothèse est faite que la construction de son identité ne serait qu’à un “*état embryonnaire*” et aurait besoin du psychisme d’un soignant pour se sentir exister, pour aborder l’étape nécessaire de la différenciation et de la construction de la personnalité.

La relation avec les autres enfants n’est pas recherchée, alors qu’à cet âge, vers 5 ans, les enfants désireux de se faire des copains sont plus intéressés par leurs pairs que par les adultes (1). Cependant, la prise en charge individuelle est contre-indiquée pour Gauthier, car jugée trop envahissante et le but pour cet enfant est, entre autres, de lui apprendre à vivre en

groupe. L'emploi de la première personne du singulier ("je") qui arrive habituellement vers 3 ans, n'apparaît chez Gauthier qu'à 6 ans. Il peut alors jouer seul avec l'adulte à ses côtés, écouter une histoire sur les genoux d'un adulte.

A 7 ans, son langage reste, toutefois, toujours plaqué : il reprend, sans émotions adéquates, les pensées de l'adulte. La perception du déroulement du temps est absente.

Peu à peu, Gauthier entre dans le langage écrit : à 10 ans, il s'attache à former des lettres, mais sans chercher à mettre du sens. Puis dénomination, lecture de mots, reconnaissance d'autres mots montrent un bon investissement pour l'écrit ; Gauthier pose à cette période beaucoup de questions sur des thèmes qui le préoccupent (la mort, la tristesse...). C'est également à cette période qu'un travail est effectué avec lui sur la différenciation réel/imaginaire, à partir des histoires lues à la bibliothèque notamment.

2-2-2 : absence d'imagination chez l'enfant autiste :

Le jeu d'imagination est souvent absent chez l'enfant autiste. Il manque de spontanéité et

(1) *"Autisme : de la compréhension à l'intervention"*

d'invention, est répétitif et formellement limité. Il est intéressant de noter cette absence d'imagination de l'enfant autiste : comment réagit-il alors face aux histoires, face aux livres ? Vers 18 mois, l'enfant normal joue à faire semblant et à 24 mois, le jeu symbolique apparaît : d'abord relatif aux objets présents, puis planifié avec la recherche d'objets adéquats (à 3 ans).

L'enfant autiste, au contraire, développe peu de curiosité sur l'environnement qui l'entoure et utilise les objets de manière plus ritualisée : les tourne et retourne, les aligne. L'objet est porté à la bouche. L'enfant autiste ne parvient pas, comme l'enfant normal, à élaborer des jeux de plus en plus complexes : il reste limité à des schémas simples et répétitifs et ne réussit pas à "mettre en scène", à négocier les rôles des personnages dans le jeu (l'enfant normal le réalise vers 5 ans).

Un autre point, argumentant l'absence d'imagination chez l'enfant autiste et qui peut se retrouver lorsqu'il est confronté à une histoire, réside dans la perception qu'il a d'un dessin par exemple : la prise de détails est plus développée que la prise de l'information dans son ensemble. Or, *"dans le jeu de l'imagination, il faut aller plus loin que la perception"* (1). Comprendre un récit dans son ensemble peut alors être un exercice difficile pour l'enfant

autiste. Par exemple, Gauthier fonctionne sur un mode uni-sensoriel : il a une perception morcelée des objets qui l'entourent: un enfant est arrivé un jour à la bibliothèque avec un bras plâtré ; pour Gauthier, cela signifiait que l'enfant n'avait plus de bras, parce qu'il ne le voyait plus, il était caché.

Ces comparaisons réalisées entre Gauthier, autiste, et un enfant normal, ont pour but de souligner l'écart entre ces deux développements, essentiellement dans des domaines qui concernent l'orthophonie : langage, communication, socialisation, jeu et imagination, construction de l'identité et de la personnalité.

On voit bien ici encore l'importance de s'ajuster à l'enfant, de repérer et d'identifier ses failles afin de lui proposer les outils les mieux adaptés (dans le cas de l'orthophoniste à la bibliothèque, ce sont les livres) et d'identifier aussi les points d'appui pour partir de ce qui est solide.

Gauthier, enfant autiste, est pris en exemple ici, mais cette absence d'imagination se retrouve aussi chez d'autres enfants de la bibliothèque non autistes : ils peuvent "coller" à l'histoire, s'identifiant

(1) T. PEETERS *"L'autisme : de la compréhension à l'intervention"*

totalemment aux personnages, sans prendre du recul.

Fanny, par exemple, a beaucoup de difficultés à suivre un récit long ; elle tourne les pages sans prendre le temps d'écouter la lecture de l'adulte et ne semble se nourrir que des illustrations du livre. Son vécu de fragilité corporelle et psychique l'empêche-t-elle de "trop penser" ?

Pour Sami ALI, un mouvement dialectique unit sans cesse le réel et l'imaginaire : *"le développement de l'individu et de la pensée ne se considérerait pas comme un processus simple et linéaire, mais complexe où chaque acquisition complète plus qu'elle ne dépasse les organisations précédentes, puisque, lorsque le réel se met à exister comme tel, il est repris comme un cas particulier de l'imaginaire"* (1).

Le réel et l'imaginaire étant lié, comment un enfant subissant une réalité qui le détruit, qui l'envahit, peut-il développer correctement des capacités d'imagination ?

2-3 - L'enfant et ses angoisses :

2-3-1 : angoisses archaïques et angoisses de séparation : de processus "normal" à envahissement pathologique :

L'angoisse, très active chez l'enfant autiste, se traduit de manière différente en fonction de l'âge de l'enfant et de sa psychopathologie. De manière générale, les enfants venant à la bibliothèque sont très envahis par ces angoisses, à tel point qu'elles peuvent freiner les processus de pensée, empêchant l'enfant d'évoluer. Un de nos buts, lors de ces séances bibliothèque, va être d'aider l'enfant à faire face à ses angoisses, à les contenir, avec les histoires lues ensemble.

Margaret MAHLER décrivait un développement de l'enfant passant d'abord par une phase d'autisme normale, puis une phase symbiotique et, enfin, une phase d'individualisation, chaque stade étant investi et dépassé : le développement de l'enfant est alors harmonieux.

Geneviève HAAG repère un stade autistique, également, dans la première année de vie de l'enfant: grande sensibilité aux indices prosodiques et rythmiques, auto-sensation (arrachage du

(1) J-M GAUTHIER *"Le corps de l'enfant psychotique"*

biberon...); si l'enfant n'a pas investi ces différents processus de développement, des troubles de nature autistique peuvent alors apparaître et perdurer.

L'angoisse, relativement commune à tout enfant, ne peut dans ce cas se contenir et *"la première chose que l'on voit progresser chez ces enfants souffrant de troubles envahissants du développement (TED), c'est l'angoisse et c'est d'autant plus difficile à supporter que c'est bien la seule chose qui paraisse évoluer dans la personnalité du petit être, tout le reste stagne ou, pire encore, régresse. Mais l'angoisse, elle, est toujours là, qui le tenaille, qui l'envahit, qui le paralyse"* (1).

On distingue différentes angoisses, récurrentes cependant, dans la problématique des enfants hospitalisés : l'angoisse dite *archaïque* (2) se traduit par des sentiments d'anéantissement, de

destruction, de morcellement. Par exemple, Gauthier, à 6 ans, cassait les appendices des animaux, nommait “trous” les taches de la girafe. Cette angoisse se trouve souvent dans les psychoses infantiles.

L’angoisse de séparation ou d’abandon (3) que l’on peut observer dans les états dépressifs ou pré-névrotiques, concerne également beaucoup d’enfants du service. Liées aux conflits créés par les processus de séparation/individualisation, ces angoisses peuvent apparaître très précocement dans le développement de l’enfant. Chez la plupart des enfants, elles se résorbent, mais chez d’autres, elles restent. Chez Gauthier, elles apparaissent tardivement, vers 6/7 ans. Elles ont précédé le jeu du faire-semblant chez lui et la mise en place de la troisième dimension.

Après un travail réalisé auprès d’enfants autistes, Geneviève HAAG s’est intéressée aux angoisses du nouveau-né, *“angoisses communes à tout humain mais qui doivent être désintoxiquées par l’entourage”* .

La sensation de “dépouillement” rappelle le phénomène de démoulage brutal à la naissance ; il est régulièrement constaté que le nouveau-né supporte difficilement d’être mis à nu, surtout au niveau du dos. Il est parfois difficile pour les enfants venant à la bibliothèque de se déchausser. La

(1) B. DONVILLE *“Vaincre l’autisme”*

(2)(3) B. GOLSE *“Développement affectif et intellectuel de l’enfant”*

naissance entraîne également la sensation d’une “expulsion”, en lien avec le choc à la lumière du jour. L’entourage a alors un rôle important au niveau du regard, du contact par ce regard, sinon l’enfant peut avoir le fantasme de “tomber dans un trou noir” que l’on retrouve chez certains enfants psychotiques. La troisième angoisse, décrite par Geneviève HAAG, réside dans le sentiment d’être liquéfié : *l’un des premiers sentiments d’existence serait la représentation d’un liquide qui se cherche un sac, une enveloppe”*.

Ainsi, nous avons observé Rémi, autiste, qui joue beaucoup avec l’eau ; il est très attiré par le liquide, le verse dans des récipients, puis le transvase dans un autre ; on peut faire un lien avec son langage : Rémi semble cracher, expulser les mots, comme on crache sa salive.

.

Selon Geneviève HAAG, les troubles de l'image du corps dont peuvent souffrir ces enfants
“témoignent des vécus corporels de chute ou de liquifaction” (1)

C'est habituellement vers 5/6 ans qu'un enfant élabore son propre schéma corporel et qu'il prend conscience d'un soi encore fragile. Ainsi, face à la douleur, un enfant est souvent démuni : jusqu'à 6 ans environ, il ne comprend pas ce qui lui arrive. (2)

2-3-2 : le concept de “moi-peau” : l'enveloppe corporelle de l'enfant :

Gauthier a besoin, à son entrée dans le service (il est alors hospitalisé à temps plein), du psychisme des soignants pour se sentir exister : les soignants joueraient là le rôle de pare-excitation. Il peut ensuite se débrouiller pour être contenu et assisté dans les moments anxieux, comme aller aux toilettes ; on retrouve là la peur de liquéfaction décrite par Geneviève HAAG.

Le problème d'enveloppe corporelle est très souvent noté chez ces enfants. Quand ils s'ouvrent au monde, ils sont “à vif”, il n'y a plus d'enveloppe et c'est pour eux très angoissant. Lorsque l'emploi du “je” apparaît chez Gauthier (à 6 ans), il montre par là qu'il émerge dans

(1) G. HAAG *“Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité”*

(2) article de C. REVILLON *“Ces soins qui lui font mal”* - VIE DE FAMILLE, février 2006

l'individualisation, il peut alors nous montrer, au travers un langage pré-verbal, sa problématique d'acquisition de la première enveloppe.

Le dos, partie solide, est présenté d'autant plus facilement à autrui, contrairement au ventre, partie molle qui va être contenue : Maxime, dont nous avons déjà parlé, se met à plat ventre pour regarder un livre. La sensation d'être contenu l'aide-t-il à se concentrer, à mobiliser ses pensées ? On remarque que les enfants demandent très souvent à venir sur les genoux de l'adulte pour la lecture d'une histoire.

ANZIEU parle du concept de “moi-peau” avec fonction de “maintenance” et de

“contenance”. La colonne vertébrale serait ressentie comme une arête solide permettant de se redresser, de se maintenir.

Pour ce dernier, le moi-peau n’est contenant que s’il y a des pulsions à contenir et cette pulsion n’est ressentie comme possible que si elle rencontre des limites : cette complémentarité fonde le sentiment de la continuité de soi. A 4 ans, Gauthier réclame un drap supplémentaire pour “se sentir attaché”, sinon il a de grandes angoisses d’endormissement.

Geneviève HAAG ajoute à ce sentiment de continuité l’importance de la fonction “miroir” de la mère qui répond au morcellement par l’harmonisation, au vide par le plein.

WINNICOTT, quant à lui, parle de notion de “pare-excitation” : couche superficielle, sorte de bouclier, qui protégerait la couche profonde et l’organiserait contre les agressions extérieures.

(La mère protège le bébé d’un excès de stimuli, l’aide à les organiser, les ordonner et les hiérarchiser).

2-3-3 : écoulement du temps et appréhension de l’espace :

Il est dit que Gauthier est sorti de la phase autistique vers 11 ans ; mais des angoisses post-autistiques sont toujours présentes et Gauthier a besoin des soignants pour l’aider à les exprimer.

Peut-on parler d’“état autistique réussi” ? (1) *“Cet état n’est peut-être jamais complètement et continûment atteint”*. Un certain nombre de perceptions peuvent être développées : perception

(1) G. HAAG *“Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l’autisme infantile traité”*

de la troisième dimension, objectivation des objets et séparation des corps, une certaine compréhension du langage. L’enfant autiste peut accepter un certain contact si l’on soutient son corps et surtout son dos (être sur les genoux par exemple). Une évolution peut se faire dans le repérage du temps et de l’espace. A 7 ans, Gauthier ne percevait pas le déroulement du temps : une boîte de “smarties” était ouverte chaque jour pour ce marquage. A chaque fin de séance, à la bibliothèque, il fallait lui rappeler quand il viendrait la prochaine fois : quel jour et avec qui. Ces repères étaient très importants à verbaliser pour lui.

De même, le temps se perçoit par l'autiste selon un repérage unidimensionnel (une seule modalité sensorielle) ou circulaire ("retour du même", dans les rituels). Un enfant peut avoir une angoisse très forte vis-à-vis de l'écoulement du temps, mêlée à une angoisse de grandir et des angoisses de mort. Ces notions de l'espace et du temps, très en lien avec la perception de l'individu, seront approfondies dans la partie suivante : le livre et ses histoires aident à construire ce repérage.

Il est important d'avoir repéré différents aspects du développement de l'enfant : images du corps, expressions émotionnelles et relationnelles, explorations de l'espèce et des objets, graphisme et langage ... Dans cette évolution, il existe, selon Geneviève HAAG, des "*phases intermédiaires où l'enfant oscille entre divers états*" . L'efficacité des capacités intellectuelles semble se développer en fonction des zones libérées, d'où l'importance, pour une évolution notable, de permettre à l'enfant d'accéder aux aspects du développement décrits plus haut.

Dans cette oscillation, on peut avoir d'un côté un retour sur "*les problématiques antérieures archaïques dans un travail de réintégration et d'élaboration*" et, d'un autre côté, émergence de nouvelles capacités. Le développement est ainsi souvent dysharmonique : un secteur reste bloqué par des conduites autistiques ou post-autistiques, tandis que l'autre secteur est en évolution, comme le langage ou la motricité. Il est important de repérer ces phénomènes de clivage des fonctions.

Chez Gauthier, le langage écrit s'est bien développé et a servi de support au développement et à l'élaboration du langage oral pour évoquer, exprimer ses affects notamment. Mais des angoisses sont toujours présentes et la distance corps à corps reste compliquée : l'entrée dans l'adolescence marque aussi l'arrivée de nouveaux questionnements : Gauthier a 14 ans lorsqu'il sort du Service.

Chapitre 2 : LE LIVRE, OUTIL DE SOIN :

1 - L'OBJET LIVRE, LE CONTENANT :

1-1 : le livre, médiateur :

Le livre, en tant qu'objet, est un support contenant pour les enfants de la bibliothèque. Il permet de développer l'attention conjointe : se décoller de l'adulte, se différencier, le livre étant l'objet médiateur entre l'adulte et l'enfant qui rapproche : nous parlons de la même

chose lorsque nous regardons un livre ensemble.

Le livre peut être cet objet transitionnel avec lequel l'enfant est en relation avec l'adulte et également sur la voie d'une certaine autonomie puisqu'il va être face au livre, accompagné par l'orthophoniste.

On peut se demander si Fanny est dans cette convergence des regards : elle ne suit pas le regard de l'adulte vers le livre ; au contraire, en demandant à venir sur les genoux, elle tourne le dos à l'adulte et ne voit pas la direction de son regard. De même, regarder un livre à deux est possible, mais à 3, 4 ou plus, est très difficile pour elle (lorsque d'autres enfants s'invitent à la lecture). La convergence des regards à plusieurs (plus de 2) la gêne, la perturbe. L'orthophoniste va essayer de l'amener à ce partage : c'est par cette convergence qu'elle va apprendre à pointer, dénommer, puis à écouter ce que peut dire un autre enfant sur le livre. Fanny est une petite fille de 7 ans qui a souffert de carences affectives importantes après sa naissance. Placée chez un oncle, elle présente beaucoup de difficultés à suivre un récit, à formuler sa pensée et ses émotions (elle ne peut pas dire pourquoi elle pleure, par exemple). Dans les temps de latence laissés par l'orthophoniste lors de la lecture d'une histoire, s'inscrit l'alternance des tours de rôle, où se jouent le début du dialogue et l'instauration de la capacité à demander, et qui va permettre l'arrivée du langage. Par la convergence des regards, Fanny peut devenir, peu à peu, plus active.

Nous avons remarqué les troubles du regard et de la vision chez l'enfant autiste : ce regard donne une impression de transparence. Le livre va permettre justement de travailler l'accrochage du regard, par les contrastes des couleurs, le texte, les différentes formes enfin que l'on voit dans le livre.

Pour Geneviève HAAG (1), le contact du dos et le regard pénétrant chez l'enfant autiste donnent des *“indices de l'organisation d'un sentiment d'enveloppe qui se traduit dans un rapport à l'espace et aux objets”*.

Comme nous l'avons noté, certains enfants ont tendance à se maintenir dans un espace uni ou bi-dimensionnel : dans ce deuxième cas, l'enfant fonctionne avec deux canaux sensoriels : l'audition et la vue par exemple, ou l'audition et le toucher. Léo ne semble fonctionner que sur un canal : il peut écouter, ou regarder le livre ; mais faire difficilement les deux en même

temps. Si l'adulte le contient en mettant son bras autour de ses épaules, il réussit à mieux "capter" l'histoire et pose même des questions en pointant des éléments des illustrations. Au fur et à mesure des séances, nous avons observé que Léo demandait davantage d'histoires et réussissait à rester accroché avec jusqu'au bout.

1-2 : le livre comme soutien visuel :

Le dessin offre une relation visible immédiate entre la représentation de l'objet et l'objet lui-même.

Pour Théo, par exemple, les images et le texte sont des supports utiles pour la compréhension de l'histoire lue par l'adulte. Théo est un enfant autiste qui vient régulièrement à la bibliothèque. Il choisit toujours "Kirikou" et, à chaque fois, lorsque l'orthophoniste commence à lire, il pointe du doigt l'image et chante la chanson des gens du village de Kirikou : Théo a vu Kirikou en dessin animé et, maintenant, face au livre, il est capable de reproduire ce qu'il a déjà vu et entendu.

L'orthophoniste doit également lire le texte en pointant chaque mot prononcé : Théo suit ainsi l'histoire en observant chaque mot, lui-même se montre apte à déchiffrer si l'orthophoniste fait une pause un peu trop longue à son goût entre deux phrases, pour inciter cette dernière à poursuivre sa lecture.

Théo PEETERS (2) souligne le caractère indispensable du soutien visuel pour l'enfant autiste :

"Les systèmes augmentatifs, les systèmes de soutien visuel qu'ils emploieront sont donc des moyens de libération, compensant les problèmes de base inhérents à l'autisme".

(1) G. HAAG "Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité"

(2) "L'autisme : de la compréhension à l'intervention"

La communication verbale étant trop abstraite, les systèmes de communication visuelles (les illustrations des livres par exemple, ou le texte écrit) clarifient la relation entre signifiant et signifié.

1-3 : le toucher : pour une manipulation de l'objet livre :

L'objet livre permet de travailler sur d'autres canaux sensoriels que la vue : le toucher par

exemple. Apprendre à tourner les pages, sans brusquerie, à tirer doucement sur les caches (des livres pour petits) pour faire apparaître un personnage (ce qui n'est pas sans rappeler les jeux de nourrice de type "coucou/caché"), pointer avec le doigt.

L'orthophoniste peut également expliquer à un enfant qui a peur du loup que, même s'il est méchant dans l'histoire, il ne peut pas nous mordre : on peut le toucher, sans qu'il ne nous fasse de mal. Il n'est pas rare de voir un enfant taper sur le livre lorsqu'il a peur ou lorsque le personnage mis en scène ne lui plaît pas (un personnage qui fait des bêtises par exemple : l'enfant peut reproduire ce qu'il a vécu chez lui : se faire punir ou frapper lorsqu'il fait des dégâts). L'orthophoniste reprend alors ce geste avec lui, en montrant qu'on peut dire à quelqu'un ce qui ne va pas, sans le taper, ou, si ce personnage est triste, on peut lui faire un "câlin" avec le doigt par exemple ; ajuster son geste permet de développer la motricité fine.

1-4 : le canal auditif ou comment capter l'attention de l'enfant :

L'audition est, bien sûr, essentielle : l'orthophoniste lit à haute voix pour les enfants. Certains, comme Fanny, semblent s'abreuver des paroles de l'orthophoniste, comme si ces paroles étaient un écoulement, un flot, et paraissent se laisser pénétrer par ces sensations.

Montrer à l'enfant que l'on peut revenir sur le livre, tourner les pages d'avant en arrière, peut l'aider à se rassurer et lui permettre de s'en décoller.

Fanny pose essentiellement la question "c'est quoi" face à des imagiers. On peut l'amener alors de "contenant à contenant", en lui renvoyant sa question, afin qu'elle-même apporte des réponses et élabore des phrases (construit ainsi une idée, une pensée).

Mettre de l'intonation, faire des pauses, accélérer ou ralentir son débit, aident l'enfant à "accrocher" au livre. Pour Bernard GOLSE (1) le bébé "*ressent*" et "*éprouve*" d'abord, en interaction avec sa mère : "*la musique du langage et les berceuses des mères offrent de bons exemples du dégagement de structures rythmiques au sein de ses perceptions*". Lorsque l'orthophoniste lit une histoire à un enfant à la bibliothèque, il est essentiel de marquer le rythme de l'histoire par une intonation accentuée. Certains livres reprennent en écho une phrase ou un petit passage tout au long du récit et l'enfant, qui a vite compris cette redondance, s'y adonne, en souriant lorsque l'orthophoniste arrive à ce petit texte ou même

en essayant de le dire à son tour. L'intonation va aider à fixer l'attention de l'enfant sur le livre.

“Sur le fond de ces processus d'attention, c'est l'équilibre entre le couple mantèlement/démantèlement et les processus de segmentation qui vont permettre l'instauration de la comodalité perceptive propre au bébé et, partant, qui vont lui ouvrir la voix de l'inter- subjectivité”. (2) Pour ce concept de démantèlement, GOLSE se réfère à D. MELTZER et à son activité auprès d'enfants autistes. L'enfant cliverait le mode de ses sensations, afin d'échapper au vécu submergeant d'un stimulus qui solliciterait ses cinq sens simultanément. On a l'impression que, face aux livres, Théo peut difficilement faire plusieurs activités en même temps : il peut regarder le texte et les images ou encore écouter l'adulte quand celui-ci pointe les mots qu'il lit, mais dans ce cas, il semble alors ignorer ce qui se passe autour de lui. Le mantèlement, au contraire, lui permet de voir qu'il existe une source commune à ses différentes sensations, source qui lui est extérieure.

L'enfant est capable, normalement, de *“segmenter ses différents flux sensoriels”* : par exemple, le *“clignement des paupières lui permet de segmenter son flux visuel”* (3). Les enfants autistes auraient plus de difficultés à réaliser cette segmentation. En exagérant le rythme du récit, en utilisant plusieurs hauteurs de voix pour faire dialoguer les personnages (le loup avec une voix grave et forte et la petite fille avec une voix aigüe et fluette), en laissant planer un silence de quelques secondes, l'histoire devient plus haletante, plus captivante et, également, plus facile à comprendre.

(1)(2)(3) B. GOLSE, extrait de *“Structure des états ou structure des processus? Les invités du bébé à un néo-structuralisme”*, 2005

En travaillant sur ces différentes sensations, ce qui va lui permettre de mettre en place des associations entre ce qu'il ressent par la vue, l'ouïe et le toucher, l'enfant va apprendre à appréhender le livre dans sa globalité.

1-5 : permanence de l'objet livre :

Rappelons la permanence instaurée par les orthophonistes : les livres ne sortent pas de la bibliothèque. L'enfant peut ainsi retrouver son livre à la séance suivante. De plus, le livre ne

change pas : c'est toujours la même histoire que l'enfant retrouve et le livre même s'utilise généralement de la même manière : on tourne les pages dans le même sens et à chaque page, l'enfant est confronté aux mêmes dessins, aux mêmes textes (lorsqu'il choisit toujours le même livre ; la bibliothèque offre une grande variété d'albums).

En fermant le livre, les personnages ne sont plus visibles, ils "disparaissent", ils sont absents ; mais il peut les faire revivre, les rendre à nouveau présents en rouvrant le livre. "*La forme stable de l'histoire et du livre constitue un repère organisateur et plaisant*" (1). Par ce jeu, l'enfant expérimente l'absence et la présence.

Les premières fois où Jordan est venu à la bibliothèque, il prenait le livre pour le cacher, le faire glisser entre les chauffeuses, puis le ressortir ... L'objet livre symbolisait là l'absence puis la présence (ou la présence, puis l'absence). De la même manière qu'une histoire peut relater un départ ou des retrouvailles, Jordan "vivait", exprimait la séparation en manipulant l'objet livre dans l'espace qui l'entourait.

2 - LES HISTOIRES, LE CONTENU :

Passer du livre objet au livre contenant une histoire est une étape très importante : les mots sont organisateurs du monde qui nous entourent. Les histoires, très riches pour des enfants tout-venant, le sont tout autant pour les enfants hospitalisés aux Buissonnets III.

(1) M. BONNAFE "*Les livres, c'est bon pour les bébés*"

Au fur et à mesure des séances à la bibliothèque, nous allons voir comment Gauthier et Jordan sélectionnent leurs livres : en fonction de leurs questionnements, de leurs angoisses : l'histoire pour apprendre et pour grandir, l'histoire pour apaiser lorsque l'angoisse devient trop envahissante, l'histoire pour accompagner l'enfant dans son cheminement intérieur.

"Pour qu'une histoire accroche vraiment l'attention de l'enfant, il faut qu'elle le divertisse et qu'elle éveille sa curiosité. Mais, pour enrichir sa vie, il faut en outre qu'elle stimule son imagination, qu'elle l'aide à développer son intelligence et à voir clair dans ses émotions, qu'elle soit accordée à ses angoisses et à ses aspirations, qu'elle lui fasse prendre conscience de ses difficultés, tout en lui suggérant des solutions aux problèmes qui le troublent" .(1)

2-1 : Gauthier :

Gauthier commence des séances à la bibliothèque alors qu'il a 7 ans 1/2. A 5 ans déjà, Gauthier aimait regarder les livres qui étaient, pour ses parents, un médiateur important. Les parents de Gauthier l'emmenaient souvent à la bibliothèque municipale. Nous avons relevé les livres que Gauthier a choisis, lors de ces quatre années où il est venu à la bibliothèque du service sur une période de plus de six ans, avec deux ans de coupure. Parmi ces livres, nous en avons relevé une vingtaine, parmi ceux qui étaient le plus souvent choisis par cet enfant :

Friska

Marcel la mauviette

Un petit frère pas comme les autres

Boris a la bougeotte

Spot

Petit ours brun

Bébés chouettes

L'abeille

Le corps humain et ses secrets

Les belles histoires : "la rentrée de la famille cochon" "la famille cochon aux sports d'hiver", "Malba l'oursonne" ; "la fête des mères chez la famille cochon", "la reine de glace"

(1) B. BETTELHEIM "*Psychanalyse des contes de fées*" - Pocket, 1976

"souriceau veut aller à l'école" ; roman "Flora part à Pékin" ; roman "Flore, chanteuse d'opéra" , "le petit empereur de Chine", "la forêt aux 1000 mystères", "Ivan et le dragon", "le grand courage".

On peut classer ces livres dans un tableau, selon leur thématique principale (une histoire présente souvent différents thèmes) :

la séparation	<i>Ivan et le dragon</i> <i>Bébés chouettes</i> <i>Flora part à Pékin</i> <i>Un voyage en train</i> <i>Spot</i> <i>Melba l'oursonne</i>
---------------	--

la famille	<i>Fiston</i> <i>La famille cochon</i> <i>Un petit frère pas comme les autres</i>
le corps identité	<i>Le corps</i> <i>L'abeille</i>
la mort	<i>La reine de glace</i> <i>Le petit empereur de Chine</i>
l'école l'apprentissage	<i>La rentrée chez la famille cochon</i> <i>Souriceau veut aller à l'école</i>
la différence	<i>Un petit frère pas comme les autres</i> <i>Marcel la mauviette</i> <i>Boris a la bougeotte</i> <i>Friska</i>

- première année : découverte de la bibliothèque et angoisse de séparation :

Au regard des livres choisis, on peut soulever différentes problématiques chez Gauthier. Les premières séances à la bibliothèque lui sont très difficiles, que ce soit dans ses rapports avec les livres, qu'il déchire, jette, ou avec les autres enfants et même l'adulte : crache, insulte, fait des colères et demande régulièrement à repartir sur son groupe.

A cette époque, Gauthier est envahi par des angoisses fortes de séparation et se montre ambivalent : lorsque la séance se termine, il refuse de partir mais, en même temps pendant cette séance, il peut demander à rentrer sur le groupe. Il a beaucoup de difficultés à laisser un autre enfant s'approcher de l'adulte. Il recherche l'exclusivité de cet adulte.

Après une première approche des livres avec les "*Petit ours brun*", Gauthier sélectionne les "*Spot*", qui mettent en scène un chiot, et "*Bébés chouettes*". Dans "*Où es-tu Spot ?*", le chiot va seul en promenade, découvre d'autres animaux et, finalement, ramène plein de souvenirs de sa balade à sa maman qui l'attend. Dans "*Bébés chouettes*", les bébés restent seuls à attendre le retour de leurs parents qui sont partis chercher de la nourriture. Gauthier peut demander "où est papa, Chouette?" et répond de lui-même : "il est parti".

A travers les histoires, il découvre ou retrouve la crainte de voir partir ses parents et le plaisir de les retrouver. Gauthier veut l'aide de l'adulte, sa présence à ses côtés pour la lecture de ces histoires. "*Un voyage en train*" qu'il choisit et, plus tard "*Flora part à Pékin*", relatent cette difficile séparation.

L'angoisse de cet enfant est visible à travers son comportement. "T'es con", "merde" : il se montre agressif lorsque l'histoire l'inquiète ou lorsqu'il perd sa place à côté de l'orthophoniste. Peu à peu, avec les limites verbalisées de l'adulte, il parvient à mieux se contrôler, il peut interpeller pour dire qu'il a déchiré un cache dans le livre "*Spot*" ou, encore,

signaler qu'il va faire une bêtise.

- deuxième année : découverte du corps et investissement de l'écrit :

Lors de sa seconde année à la bibliothèque, Gauthier exprime des angoisses sur son intérieur : il renifle, fait des bruits avec ses lèvres et se pose des questions sur le fonctionnement des vivants et des machines. Le livre "*Le corps*" est alors très régulièrement ressorti ; il fait des commentaires "c'est pas beau" [les muscles], verbalise que lui a un "zizi" et l'orthophoniste un "minou". Ce livre lui permet de prendre davantage conscience de la différence sexuée et de mieux comprendre l'organisme humain; il parle par exemple, des nerfs qui ressentent le toucher. Installé à côté de l'orthophoniste, il l'interpelle. Il s'énerve toujours quand c'est le tour des autres enfants et quand la séance prend fin, mais le départ est maintenant négociable. On remarque, peu à peu, que les autres enfants laissent une place à Gauthier, qu'ils jugent moins "dangereux" (Gauthier crache moins, déchire et jette moins les livres).

A la synthèse de cet enfant, les soignants notent qu'il arrache la tapisserie ("la peau des murs") lorsqu'il est angoissé, seul le courrier de sa maman n'est pas détruit. Face à une histoire trop angoissante, Gauthier peut revenir sur des livres plus simples, tels les "*Petit ours brun*", en verbalisant qu'"il ne va pas le casser".

Il est intéressant d'observer comment il vérifie l'adéquation des images avec lui-même, le mou, le dur, "pourquoi on a des os ?" dit-il en regardant ses bras et en regardant le crâne dessiné sur le livre. Gauthier se rapproche physiquement de l'adulte. Il apprécie le contact de la main de l'orthophoniste sur sa joue, veut blottir sa tête contre son épaule, est ravi de venir sur ses genoux. Il peut écouter une histoire quand il se sent corporellement bien contenu.

Gauthier poursuit, lors de cette seconde année à la bibliothèque, son travail identitaire et la prise de conscience de son enveloppe corporelle.

Gauthier a d'abord participé au club apprendre, puis est envoyé à l'école des Buissonnets III. L'investissement de ce temps scolaire lui confère un statut de leader dans sa classe.

A la bibliothèque, on remarque parallèlement qu'il bascule vers une recherche de l'écrit, il tente de lire, de reconnaître le titre des livres et il cherche auditivement d'autres mots qui ont la même sonorité. Il est l'initiateur d'un jeu de pointage avec les autres enfants sur les mots écrits : les livres où le déchiffrement est simplifié, tels les "*Bestioles de la maison*" sont ressortis. Gauthier vérifie le lexique et reprend l'adulte quand celui-ci résume le texte ou saute des mots.

Avec "*Spot*", il tente de déchiffrer ; il peut participer à d'autres lectures : le tour de rôle devient possible.

Le départ cette année est ambivalent comme l'était son attitude l'année précédente : Gauthier souhaite à la fois qu'un soignant vienne le chercher et, à la fois, veut rentrer tout seul sur le groupe.

- troisième année : début de verbalisation et prise de conscience de ses émotions :

Lors de sa troisième année à la bibliothèque, après une coupure d'un an où il n'est pas venu, Gauthier sélectionne des "*Belles histoires*", témoignant de sa capacité à suivre un récit, et en rapport avec l'école : "*Souriceau veut aller à l'école*" et, plus tard, "*La rentrée chez la famille cochon*".

Un changement important sur le groupe de vie a complètement déstabilisé Gauthier : départ de sa référente pour un congé-maternité, un nouvel ameublement, etc, qui ont réactivé chez lui des angoisses de perte et d'anéantissement.

Les séances à la bibliothèque sont parallèlement très tendues : il se met à cracher, jette les livres, pousse les autres enfants. Les livres choisis alors : "*Marcel la mauviette*", "*Dis, papa, tu m'aimeras ?*" au titre significatif, semblent montrer ce mal-être qui le submerge et la recherche de sécurité. Il ressort "*Bébés chouettes*", reprenant la problématique de la séparation.

Lorsqu'il chahute, le fait de l'inclure dans la conversation, de l'identifier à un personnage fictif le calme, l'apaise, le contient ; il est intégré dans le groupe, dans la conversation.

A ces angoisses est liée une confusion totale des sensations. Les émotions ressenties sont assimilées à des envies de vomir ou de déféquer, selon les propos des soignants du groupe de vie.

A la bibliothèque, Gauthier est de plus en plus à l'affût des larmes et cherche à en faire verbaliser la cause. L'orthophoniste l'encourage à dire plutôt qu'à agir, et Gauthier sélectionne des livres comme "*Melba l'oursonne*" ou "*Ivan et le dragon*", en recherchant ce qui peut rendre les personnages tristes. Effrayé par le dragon de l'histoire, il tente de déchirer la page, mais lorsqu'on lui pointe l'imaginaire du récit, il s'apaise. Les notions réel/imaginaire se mettent peu à peu en place.

Pour l'instant, la peur et la tristesse semblent être les seuls ressentis intérieurs qu'il réussit à exprimer. Après la lecture du "*Petit empereur de Chine*", il demande à ce que le livre soit enfermé dans la bibliothèque avec tout ce qui lui fait peur dedans.

Avec "*La reine de glace*", lors de cette troisième année à la bibliothèque, il interroge beaucoup l'adulte sur la vie et la mort ; verbalise qu'il ne veut pas vivre, qu'il veut mourir, avec des passages à l'acte agressifs. L'orthophoniste reprend alors avec lui la mort de la

grand-mère dans le récit, en lui verbalisant sa crainte possible de connaître et vivre un tel deuil, ce qui entraîne un questionnement de Gauthier quant à l'après-mort : "va-t-on au ciel ? ", "meurt-on dans la neige" comme le personnage de l'histoire ?

C'est également à cette période que Gauthier sélectionne "*Un petit frère pas comme les autres*" alors qu'il apprend la grossesse de sa mère. Il verbalise sa peur : Gauthier a déjà un petit frère et il a vécu cette seconde grossesse "comme un ballon de baudruche transformant une mère" ; les angoisses de transformations corporelles sont réactivées par cette troisième grossesse. A la fin de la troisième année où il vient à la bibliothèque, Gauthier annonce "ça y est, j'ai eu un bébé, c'est un garçon" ; le livre "*Fiston*", qu'il a choisi de lire, permet alors de corriger cette confusion et d'expliquer les liens de fraternité et de parentalité.

De nouveaux passages à l'acte semblent exprimer son angoisse d'être abandonné face à l'arrivée du bébé.

- quatrième année :

Après une seconde coupure d'un an, Gauthier reprend des séances à la bibliothèque. Il a alors 12 ans.

Avec "*Le clown dans la forêt*", l'orthophoniste remarque qu'il différencie le rêve de la réalité et qu'il comprend l'imaginaire. Il accède à la capacité méta : l'humour ; "*heureusement que le directeur de l'IME n'est pas comme ça*" dit-il (une entrée prochaine dans un IME est envisagée).

Lorsque les mots lui manquent, Gauthier peut cracher, signifiant par là sa frustration. Certains livres, comme "*Melba l'oursonne*" sont repris : "*on peut quitter la maison comme ça ?*" et la question de la fratrie avec la jalousie, la colère que l'on peut ressentir, se pose.

Lors de cette dernière année à la bibliothèque, Gauthier diversifie ses choix, alternant les "*Belles histoires*" et autres albums.

Il s'interroge sur son avenir, verbalise sa crainte de quitter le service des Buissonnets III et demande à l'orthophoniste "*comment elle était avant*". Il apparaît alors important de lui restituer son évolution, les progrès qu'il a accomplis et ceux qu'il lui reste encore à faire.

"*Les livres, ça aide à grandir dans la tête*" : Gauthier a conscience de sa capacité à mieux maîtriser et verbaliser ses émotions. Il peut à ce jour suivre et comprendre un récit, les structures temporelle et spatiale étant mieux intégrées. Au début de la prise en charge bibliothèque, il ne regardait que la couverture des livres et les malmenait.

Son comportement est différent selon la personne qu'il a en face de lui : avec l'adulte, son

discours est adapté et correct, mais la distance corporelle est mal gérée. Avec les enfants, au contraire, il a une bonne distance au corps, mais des difficultés à communiquer.

Gauthier a une très bonne attitude de lecteur ; il comprend bien le texte et joue avec l'intonation (voix forte/voix chuchotée).

A la dernière séance, c'est un enfant calme et serein, et qui salue poliment, qui repart.

2-1-1 : la répétition pour répondre à l'angoisse :

Si l'écholalie peut être perçue comme un acte significatif témoignant d'une envie, d'une tentative de communication de l'enfant autiste, les comportements stéréotypés et la répétition, peuvent s'interpréter comme une manifestation d'un comportement pré-communicatif. Il réagirait ainsi à une vie trop complexe pour lui.

Pourquoi Gauthier choisit-il le même livre à chaque séance ? Pourquoi Jordan empile-t-il les "*Petit ours brun*" lorsque l'adulte lit une histoire à un autre enfant ?

Théo PEETERS remarque que "*celui qui n'arrive pas à trouver une sécurité dans la compréhension de la vie cherchera cette sécurité dans les perceptions*" (1). Ainsi, en recréant un ordre qui lui est propre, l'enfant se sécurise. Le fait de préserver cet ordre par la permanence d'une histoire semble le protéger : empêcher toute nouveauté pour ne pas risquer de voir ressurgir des angoisses, pour ne pas voir l'ordre établi s'écrouler. Si l'enfant a besoin d'un minimum de repères, de stabilité par la répétition pour se sécuriser, il est important de ne pas le laisser "stagner" dans ce fonctionnement qui finit par devenir rituel.

Le livre permet justement de l'ouvrir sur un autre monde, d'aborder quelque chose de nouveau, tout en lui permettant de stopper, d'arrêter l'histoire, en fermant le livre : il peut lui-même contrôler cet accès à la découverte, à la nouveauté, il a le pouvoir de la limiter et va alors apprendre peu à peu à aller vers l'inconnu et à savourer le suspense d'une histoire.

L'orthophoniste qui l'accompagne dans cette découverte va l'aider à s'ajuster : vers quelles histoires se diriger ; comment abandonner un livre pour aller vers un autre sans que le passage soit trop brutal et que l'enfant perde ses repères (en choisissant une histoire sur le même thème ou mettant en scène les mêmes personnages par exemple). Théo, qui sélectionnait "*Kirikou*" à chaque séance, est capable, avec le soutien de l'adulte, d'aller regarder d'autres histoires : des bandes dessinées ("*Tintin*") ont été lues, après que

l'orthophoniste ait verbalisé les craintes qu'il pouvait éprouver au passage à une autre lecture.

2-1-2 : "l'atelier langage" :

L'angoisse est très difficile à verbaliser pour les enfants qui viennent à la bibliothèque : pour Gauthier, les émotions faisaient écho à une envie de vomir. Un malaise général, qu'il avait du mal à percevoir nettement, à localiser, à mettre en mots, le poussait à certains passages à l'acte: cracher sa salive plutôt que de "cracher le mot".

(1) *"L'autisme : de la compréhension à l'intervention"*

Les séances bibliothèque peuvent se voir aussi comme un atelier langage. Les histoires sont une occasion d'apprendre à l'enfant à préciser son vocabulaire : nommer les différents livres (album, imagier, récit, bande dessinée, etc), décrire une image de la vie quotidienne, nommer les animaux cachés dans les livres à caches.

Nous avons vu comment Gauthier découvrait les différentes parties du corps humain à partir du livre et en explorant en même temps son propre corps.

L'enfant, en écoutant et répétant la parole de l'adulte, emmagasine du vocabulaire, sur les émotions notamment : pour verbaliser une angoisse face à une histoire, l'orthophoniste peut utiliser un large éventail de mots ; sur le champ lexical de la peur par exemple : peur, effroi, crainte, terreur, appréhension, inquiétude, panique, épouvante ...

En mettant du sens sur ce que l'enfant exprime par ses mimiques, par la tension de son corps, il apprend à mieux distinguer ses émotions et à mettre un nom dessus.

Caroline HELIACHEF (1) insiste sur cette importance de nommer *"ce que leur système perceptif enregistre sur un mode actif"*. L'être humain ne peut pas donner un sens à ses perceptions sans le langage. Par la parole, donnons à l'enfant les moyens *"de transformer ces perturbations corporelles [sensations de mal au ventre, de tristesse, par exemple] en expériences psychiques"*.

L'émotion ressentie et liée à un événement (au passage particulièrement effrayant d'une histoire par exemple) est entendue et acceptée, car verbalisée, elle pourra être mémorisée afin que l'enfant s'en souvienne plus tard face à un autre événement perturbant. Il sera alors lui-

même capable de se rassurer tout seul, sans la présence de l'adulte. Il deviendra autonome face aux livres.

2-1-3 : notion de temps et d'espace :

Plus que du vocabulaire, plus qu'un sac de mots, le langage est l'instrument de l'espace temps.

Pour Barbara DONVILLE, c'est d'abord avec notre corps que nous déterminons la "spatialité" dans nos proportions physiques, la "temporalité" dans notre façon de gérer le contexte (prendre un objet, par exemple, demande une succession de mouvements inscrits dans le temps),

(1) C. HELIACHEF "*A corps et à cris, être psychanalyste avec les tout-petits*", Ed. O. JACOB, 2000

l'"affectivité", ce que nous avons en nous et qui apparaît dans notre temporalité et notre spatialité.

Le livre, c'est comme la vie : il y a un début (la naissance), une histoire, et une fin (la mort). Avec "*La promenade de Spot*", Gauthier est confronté à la spatialité et la temporalité. Pas après pas, Spot découvre les éléments de la nature ; à chaque espace, ses caractéristiques : la mare avec le nénuphar, le nid avec les oeufs, etc. De même, "*Bébés chouettes*" met en avant l'attente et l'inquiétude qu'elle peut engendrer. Mais chaque moment est défini dans le temps et a une fin, a des limites. Les parents Chouettes reviennent toujours à la fin de l'histoire.

Le langage permet l'abstraction et le suggestif : on voit comment Gauthier différencie peu à peu les notions réel/imaginaire jusqu'à se les approprier. L'histoire est alors perçue dans sa globalité et non sur un détail, sur un passage précis comme ce peut être le mode d'approche de l'enfant autiste.

Le langage re-situe le rôle social de chacun : "je lis l'histoire", "tu écoutes". Cela permet de différencier soi-même des autres (du lecteur par exemple) et soi-même des personnages de l'histoire auxquels l'identification est parfois très forte.

Certains enfants suivis dans le service ont du mal à accéder à la représentation mentale. Gauthier a parcouru beaucoup de chemin avant de pouvoir prendre du recul par rapport à l'histoire, avant de pouvoir verbaliser ses affects, d'accéder à la capacité méta en faisant

preuve d'un certain humour.

Le repérage dans l'espace et dans le temps est parfois laborieux : "*certaines enfants vivent dans une temporalité immédiate*" (1). Pour Sami ALI, notre représentation de l'espace se construit dans une dialectique d'éléments réels et imaginaires, comme nous l'avons déjà noté, pour évoquer l'absence d'imagination chez l'enfant autiste. Cette représentation est marquée par notre culture, par nos règles sociales implicites. Laisser sa place à autrui, le tour de rôle, ont été longtemps conflictuels pour Gauthier et gérer la distance au corps de l'adulte restait toujours problématique.

(1) J.M. GAUTHIER "*Le corps de l'enfant psychotique*"

Cependant, les efforts fournis et les progrès accomplis à la bibliothèque témoignent de son évolution favorable dans la construction, l'élaboration de ses pensées et dans ses relations avec les autres.

2-2 : Jordan :

Nous avons évoqué son cas en deuxième partie du mémoire. Nous allons maintenant voir son évolution à la bibliothèque. Jordan a 5 ans lorsqu'il arrive pour la première fois à la bibliothèque. Nous avons réalisé une chronologie de l'évolution de Jordan depuis sa première séance en novembre 2001 jusqu'à janvier 2006.

Un tri a été opéré quant aux notes prises et aux livres choisis. Il s'agit davantage de pointer les éléments importants de son évolution que de tout retranscrire.

	2000/2001 : arrivée de Jordan à l'hôpital de jour
" <i>Bébés chouettes</i> " (sur le thème de la séparation mère/enfant)	<u>novembre 2001 : 1ère séance</u> : Jordan s'identifie beaucoup au bébé chouette : l'attente n'est pas possible : il tourne les pages très rapidement jusqu'au retour de la maman. Ce livre sera repris régulièrement, mais de manière de plus en plus espacée, essentiellement lorsque des angoisses referont surface (angoisse de séparation, de mort). On retrouve la même frénésie dans son comportement. Il n'attend pas son tour, ne respecte pas le tour des autres, il cherche l'exclusivité de l'adulte.

<p>“Léo et Popi”, “Petit ours brun dit non”, “Petit ours brun et la balançoire”</p>	<p><u>décembre 2001</u> :</p> <p>Dans cette période également, Jordan choisit des petits livres auxquels il semble s’identifier : le refus et le partage difficile avec la balançoire, mis en scène par <i>Petit ours brun</i>. Jordan a des problèmes de compréhension (l’orthophoniste lui raconte l’histoire plutôt qu’elle ne la lit) d’où le choix de Jordan sans doute de ces histoires très simples et courtes.</p>
<p>“Chloé qui louche” (sur la différence), “Petit ours brun est malade”, “le cartable qui fait atchoum”</p>	<p>Jordan a des problèmes de santé : problèmes visuels notamment. Les livres sélectionnés se réfèrent à la maladie, au handicap.</p>

	<p>mars 2002 : synthèse</p>
<p>essentiellement : “Petit ours brun”, “Spot”, les livres “coucou/caché”</p> <p>“Une prison pour monsieur l’ogre”</p> <p>“Max et les maxi-monstres” (s/ les thèmes du cauchemar)</p>	<p><u>mars 2002</u> :</p> <p>Jordan cherche à lire sur les lèvres. Il se positionne le plus près possible de l’adulte et tente de répéter les mots prononcés. Il réussit peu à peu à verbaliser ce qu’il comprend, sur des histoires simples et il s’aide des images. On note tout de même des difficultés à se concentrer.</p> <p>Il fait des liens entre ses réactions et les réactions des autres enfants en jouant à leur faire peur, suite à une histoire d’ogre par exemple.</p> <p>Il embrasse les monstres lors des passages effrayants : inadaptation? ou manière de se protéger de ce qui lui fait peur?</p>
	<p>Novembre 2002 : synthèse</p>
<p>“Bébé canard et les méchantes lunettes”</p> <p>“Bébés chouettes”, “La grosse bêtise d’Emilie”, “Eliot zozote”</p>	<p>Jordan privilégie l’information visuelle à l’information auditive.</p> <p>Aller vers les livres nouveaux sans la présence de l’adulte est impensable pour Jordan.</p> <p>Il travaille toujours sur le thème de la séparation, mais gère difficilement l’attente. Jordan “colle” les autres, met peu de distance et a des comportements inadaptés : embrasse les enfants.</p>
	<p>Mars 2003 : synthèse</p>
<p>“le secret de Juliette”, “Petit clown jaune”, “Marlaguette”, “Mardi gras”, “Les petits rois sans tralala”</p>	<p>Jordan arrive avec des prothèses auditives en mars 2003 : il se montre alors beaucoup plus calme, agresse et provoque moins. Jordan est plus présent dans le langage et il joue à entendre/ne pas entendre lorsque l’adulte le reprend sur une bêtise.</p> <p>L’accessibilité aujourd’hui possible au récit, au contenu verbal, se remarque dans la diversité de ses choix.</p>

<p><i>“Petit ours brun”, “Spot”</i></p> <p><i>“M’toto”</i></p>	<p>Au retour des vacances, Jordan régresse, ce qui se repère dans les livres sélectionnés : livres “bébés”. Il se montre hyperactif, cherche sans cesse les limites.</p> <p>Il pense que le crocodile de <i>M’toto</i> est mort parce qu’il a les yeux fermés. Quelle représentation a-t-il de la mort? il cherche les familles dessinées en entier (grands-parents, parents et enfants) sur les livres.</p>
--	--

	novembre 2003 : synthèse
<p><i>“Bébés chouettes”</i></p> <p><i>“Gini” (s/ l’éloignement de la maman) “Le petit ogre qui voulait aller à l’école”</i></p> <p><i>“Petit ours brun”</i></p> <p><i>“Aïe, j’ai mal” “La sorcière qui ne savait pas pleurer”.</i></p> <p><i>“Ca roule, ça vole, ça flotte” (s/les pompiers etc), “L’arbre sans fin” (s/le deuil).</i></p>	<p>La capacité d’écoute de Jordan et son intérêt pour les récits longs s’organisent de manière plus cohérente, mais des progrès restent à attendre.</p> <p>Le décès d’une tante le pousse vers des choix sur la séparation.</p> <p>Jordan compulse en triant et en empilant les <i>“Petit ours brun”</i> pour éviter un débordement physique et psychique.</p> <p>Jordan est capable de verbaliser sa douleur : un mal de dent par exemple, avec le support livre et l’accompagnement de l’adulte. De même, il travaille sur le thème des ressentis. Il se sent concerné et intrigué par les larmes.</p> <p>Des liens sont possibles, de plus en plus élaborés, entre un événement réel et une histoire : un incendie, la mort de la grand-mère.</p>
	Juin 2004 : synthèse
<p><i>“Kirikou et la sorcière”</i></p> <p><i>“Bébés chouettes”, “Va-t-en grand monstre vert”, “Petit ours brun est malade”.</i></p>	<p>décembre 2004 : le cadre doit sans cesse être reposé (retour de vacances...). Il embrasse, excite, imite les autres enfants. Il s’excite lorsque la sorcière donne un baiser à Kirikou.</p> <p>Il verbalise que maman lui manque et sélectionne des histoires peu amusantes dans lesquelles il pointe la tristesse, la maladie, les monstres.</p>
	Mars 2005
	Octobre 2005
<p><i>“Belles histoires” : “Le monstre amoureux”, “Séraphin contre la sor-</i></p>	<p>Jordan a toujours des démonstrations d’affectation. Il choisit des livres en fonction du thème de l’amour, semblerait-il. Jordan sélectionne davantage de récits, sur le thème de la</p>

<i>cière Pichnouille</i> ”.	sorcière, des monstres, qu’il réussit à écouter jusqu’au bout la plupart du temps. Il se laisse vite déborder, parasiter (s’agite, touche aux stores). Mais Jordan peut trouver des solutions ...
-----------------------------	---

	... pour se contenir : se coincer entre la table basse et les chauffeuses, empiler les livres ; en agissant par le biais d’une activité physique, il contient sa pensée. Il peut également reprendre des livres déjà connus, tels <i>Bébés chouettes</i> .
<p>“Loulou”, “Bébés chouettes”, “La famille cochon”, “La lettre aux mille baisers”</p>	<p>12 janvier 2006 : synthèse Des événements familiaux viennent perturber Jordan : naissance du bébé de sa soeur de 16 ans (ce qui est une grande fierté pour lui), le décès d’un grand-père. Il peut verbaliser qu’il se sent mal, qu’il a peur de mourir, que tout le monde autour de lui meurt. Il réagira ainsi à la lecture de “<i>Nanie d’en haut, Nanie d’en bas</i>” (s/ le thème du deuil d’un grand-parent) et ressortira “<i>Bébés chouettes</i>”, “<i>la famille cochon</i>” (s/ le thème de la famille). De même, dans “<i>Loulou</i>”, il pointe systématiquement la mort de l’oncle de Loulou.</p>
<p>“Bébé canard et les méchantes lunettes”</p>	<p>Jordan casse régulièrement ses lunettes, de manière volontaire, à cette période.</p>
<p>“Poucet le poussin” (moralisateur)</p>	<p>Il perçoit bien dans cet album la dimension tragique : le poussin est mangé à la fin de l’histoire, mais ne paraît pas déstabilisé.</p>
<p>“Aventure à la piscine”, “Nom d’un chat”, “Poucet le poussin”, “L’arbre sans fin”, “Quel artiste, papa!”</p>	<p>Parallèlement, Jordan peut s’intéresser à l’écrit.</p> <p>Il se montre volontaire pour progresser. Il essaie de faire des liens entre les histoires, par exemple, en cherchant tous les livres présentant une sorcière, ou la collection des <i>Belles histoires</i> sur la <i>famille cochon</i>.</p>

2-2-1 : répondre aux angoisses par l’image :

Différentes préoccupations, chez Jordan, s’observent par rapport aux livres qu’il réclame : l’angoisse de séparation essentiellement travaillée avec “*bébés chouettes*”, la maladie et les problèmes de santé, la mort et la famille, les émotions (la tristesse notamment).

La place de l'orthophoniste est essentielle ici pour permettre à Jordan de sortir de ces problématiques : les identifier, les verbaliser, y trouver des solutions et les dépasser.

Nous citons Serge BOIMARE qui évoque son expérience face à des enfants en difficultés d'apprentissage. Serge BOIMARE (1) explique comment il aborde les apprentissages, bloqués par des peurs de certains enfants, et qui perturbent l'organisation intellectuelle, en métaphorisant les craintes par des images fortes inspirées des romans de Jules Verne, de la Bible ou, encore, de la mythologie : *“pour affronter le déficit de l'instrument, je veux leur donner auparavant des images qui vont leur servir de points d'appui pour affronter celles que fait naître en eux le danger de passer du registre perceptif -où pour savoir, il leur suffirait de voir et d'entendre- au registre représentatif où il faudra cette fois faire une alchimie interne pour avancer (...) Les textes les plus porteurs que j'ai trouvés sont ceux qui nous parlent des origines, d'un commencement, d'un début avec les conflits, les angoisses, l'espoir qu'ils génèrent (...) Lutter contre les forces du mal, maîtriser ses pulsions pour intégrer le groupe, partager pour trouver sa place dans la fratrie, se séparer de ceux qui vous aiment pour trouver son identité (...) Je vous assure que la différence entre “oi” et “ou” devient beaucoup plus facile à inscrire en mémoire, à discriminer visuellement lorsqu'elle est incluse dans le nom d'un dieu, d'un héros, d'un enfant abandonné, qui éprouve des émotions, des sentiments, des désirs comparables aux leurs”.*

2-2-2 : la monstruosité dans les livres :

Ne pourrait-on pas comparer cette approche de BOIMARE pour les apprentissages à l'approche que nous optons à la bibliothèque face aux angoisses des enfants et à leurs laborieux travail d'élaboration psychique ?

Il suffit de regarder de quelle manière sont dessinés les monstres, dans *“Max et les maxi-monstres”* : avec de grandes pattes griffues et des longues dents pointues. Ils sont laids, effrayants et énormes. Ainsi est représenté le cauchemar du petit garçon de l'histoire. Or, les cauchemars des enfants ne sont-ils pas justement affreux et très angoissants ? Cette histoire de Maurice SENDAK relate la fuite d'un jeune garçon à bord d'un voilier après s'être disputé avec sa mère : il arrive jusqu'à une île peuplée de monstres. *“Dans cet album placé sous le signe de la dévoration* [les monstres veulent manger Max lorsque celui-ci souhaite rentrer

chez lui] et du

(1) S. BOIMARE "L'enfant et la peur d'apprendre" - Ed. DUNOD, 2e édition, 2004

loup, c'est au dedans de lui que voyage Max, en quête de la maîtrise sur soi. A la fin du livre, c'est un petit garçon prêt à se réconcilier avec sa mère [...], ce n'est plus le loup décharné des premières pages". (1)

Comme BOIMARE pour un apprentissage de la lecture, on peut reprendre les trois étapes qu'il affectionne avec le support livre :

- d'abord, mettre des images avec des mots sur des craintes archaïques
- ensuite, étayer les points d'appui identitaires, liés à des préoccupations fortes : l'origine, l'identité sexuelle (que l'on retrouve chez Gauthier), les rivalités fraternelles, la mort (thème angoissant chez Jordan)

- et, enfin, on va s'appuyer sur les représentations établies pour élargir leur pensée, l'élaborer. Jordan va pouvoir verbaliser que lui-même va mourir un jour ; même si ses angoisses sont toujours présentes (ce petit bonhomme a encore du "chemin à parcourir"), il peut mettre des mots, faire davantage sens avec ce qui l'inquiète. Ce n'est plus une sensation de malaise diffuse et envahissante, non verbalisable, comme on pouvait le constater au début.

Dans "*Va-t-en grand monstre vert*", la tête du monstre apparaît au fil des pages. Coloré et représenté avec des formes plutôt rondes, il n'en porte pas moins les attributs "monstrueux" : oreilles tordues, dents pointues, grande bouche, cheveux ébouriffés, grosse tête... Une fois le monstre "en entier", l'enfant continue de tourner les pages, ôtant ainsi à chaque fois une partie de sa tête (oreille, puis cheveux, etc) et il finit par disparaître. L'enfant apprivoise sa peur peu à peu, il a le pouvoir de faire disparaître le monstre, et tourner les pages du livre devient pour lui un vrai jeu.

Barbara DONVILLE (2) parle du "*nécessaire passage par la monstruosité : si l'étape de la monstruosité ne fait pas passage, on ne transgresse pas avec succès. Or, tout enfant qui ne transgresse pas régresse, d'où l'importance de la confrontation avec le monstre, dont tous les contes qui bercent l'enfant sont nourris*". L'enfant, cet être en devenir, passe en effet, selon elle, par des étapes de mutation, de démesure et doit faire émerger peu à peu la part de monstruosité qui est en lui.

(1) M. BONNAFE *“Les livres, c’est bon pour les bébés”*

(2) *“Vaincre l’autisme”*

2-2-3 : le conte :

Dans le conte, nous retrouvons cet aspect de la monstruosité : le loup et la sorcière entre autres, sont des personnages récurrents dans les contes. Le conte, en particulier, a le pouvoir de *“réveiller les archaïsmes inconscients (...) et les grandes questions existentielles”* (1). Il pourrait être considéré comme un *“récit qui donnerait une figurabilité aux angoisses les plus enfouies”*. La lecture d’une histoire de loup, par exemple, peut être vécue comme un moment très angoissant. Rappelons-nous Fanny qui se bouchait les oreilles à la lecture d’une telle histoire. L’enfant psychotique en particulier a beaucoup de mal à différencier le fantasme de la réalité et à accéder au symbolisme du conte. Renaud a eu beaucoup de difficulté à prendre du recul à la lecture d’un *“J’aime lire”* sur les vampires. Les formules d’ouverture (“il était une fois”) et de fermeture (“ils vécurent heureux et eurent beaucoup d’enfants”) portent cette symbolique et permettent, en outre, de marquer le récit dans le temps et dans l’espace (“dans un pays lointain”, “un beau jour...”) et de transporter l’enfant loin de sa vie quotidienne.

Le conteur, ici l’orthophoniste, doit aussi, être suffisamment *“solide dans sa fonction contenante et d’apaisement réparateur”*. Et le choix du conte doit être judicieux : en fonction de l’âge de l’enfant, de sa pathologie et, également, de son intérêt. Les enfants de la bibliothèque, à l’instar de Jordan cette année et de Bastien, se dirigent plus volontiers vers les histoires de sorcières, parce qu’*“elles sont belles”* diront-ils ! Cette sorcière, tantôt dévorante comme dans *“Hansel et Gretel”*, tantôt méchante mais qui finit par ne plus faire de mal (*Belles histoires : “la sorcière qui ne savait pas pleurer”*), elle est régulièrement représentée dotée de pouvoirs magiques.

Pour Pierre LAFFORGUE (2), la sorcière est un personnage ambiguë : *“elle est le lieu des clivages en bons et mauvais objets”*. Il la compare à *“la bonne ou mauvaise mère avec leurs équivalents : nourriture suave ou empoisonnée”*.

Jordan choisit aussi des livres mettant en scène un enfant, ou plutôt un ogre, possédant des bottes de sept lieues. Il verbalise qu’il souhaite parcourir le monde comme l’ogre. Quelle identification fait-il de lui-même avec ce petit ogre ?

(1) (2) P. LAFFORGUE *“Petit poucet deviendra. Soigner par le conte”* - PAYOT, 2002

Nous remarquons que si certains enfants ayant peu de langage choisissent plus facilement des livres scripts, très simplistes, d'autres enfants comme Maxime et Jules, qui ont plus de 10 ans, sélectionnent également plus volontiers ces livres : regarder *“la famille oukilé”* où l'on cherche les membres de cette famille dans une foule : fête foraine, plage, jardin public, est tellement moins angoissant qu'écouter la lecture d'un conte, mais tellement moins formateur !

Loups, ogres, sorcières et crocodiles sont les monstres que l'on retrouve régulièrement dans les livres sélectionnés par Jordan. Mais ces histoires ont une bonne fin. La sorcière devient gentille (*“la sorcière qui ne savait pas pleurer”*), le loup devient ami avec un lapin (*“Loulou”*). Baxter, le crocodile, n'est finalement qu'une bouée en plastique et est donc inoffensif (*“Aventure à la piscine”*).

Ces personnages “méchants” (habituellement représentés comme tels) sont rejetés au début de l'histoire, ils sont repoussants (peut-être Jordan s'identifie-t-il à eux, qu'elle image a-t-il de lui-même et quelle image lui renvoie son entourage familial ?) mais finissent par être acceptés, à force d'efforts et après de multiples péripéties et obstacles.

Il faut noter que Jordan a un comportement particulier en séance individuelle avec l'orthophoniste, notamment. Lorsqu'il a une blessure, il demande à ce que l'adulte appuie dessus, comme s'il voulait transmettre sa douleur, la faire comprendre. Les ressentis sont verbalisés à la bibliothèque à travers les histoires telles *“la sorcière qui ne savait pas pleurer”* ou *“le monstre amoureux”*. Jordan fait toujours preuve d'un certain “collage”, une fusion avec le corps de l'autre. Il pointe très facilement et rapidement les “bisous” que se font les personnages ou encore les émotions telles la tristesse (avec les larmes...). Lui-même évoque sa tristesse face aux événements tragiques de son histoire personnelle. Ces histoires sur les sorcières, les monstres, peuvent être rapprochées des contes. Dans *“le géant de Zéralda”* par exemple, il y a une évolution positive, le géant est vaincu, le héros a gagné. Pour BETTELHEIM, les contes ont *“infiniment plus de choses à nous apprendre sur les problèmes intérieurs de l'être humain et sur leurs solutions, dans toutes les sociétés, que n'importe quel autre type d'histoire à la portée de l'entendement de l'enfant”* (1)

(1) *“Psychanalyse des contes de fées”*

Entendons là par “conte” : un modèle initiatique, présenté de manière symbolique, simple et plutôt court, sans nuances (les méchants opposés aux gentils), exposant les découvertes essentielles sur la condition humaine (vie, mort, amour, fratrie ...). Certains récits sont moralisateurs, comme *“la chèvre de monsieur Seguin”* ou comme la version de PERRAULT (différente de GRIMM) dans laquelle le Petit Chaperon Rouge est mangé par la loup: ils mettent en garde, montrent un exemple à ne pas suivre, les erreurs à ne pas commettre si on ne veut pas finir mal.

Jordan n’a pas terminé de regarder *“la chèvre de monsieur Seguin”* avec l’orthophoniste ; il a préféré fermer le livre au moment où la chèvre se bat avec le loup pour avoir la vie sauve. Lui-même possède deux chèvres dans son jardin ... La lecture de cette histoire lui a ouvert la porte d’un inconnu : la mort, la perte d’un être cher et, peut-être aussi, la peur du loup ...

Nous pourrions évoquer plus précisément les contes de fées (*“Cendrillon”, “Blanche Neige”, “Le petit poucet”* ...) mais ils sont peu choisis cette année à la bibliothèque par les enfants que nous voyons ...

CONCLUSION

Nous nous proposons, dans ce mémoire, de montrer l'utilité des livres, des histoires pour répondre aux difficultés des enfants hospitalisés aux Buissonnets III.

Ma rencontre avec les enfants, jalonnée de questionnements et de remises en question, et avec le personnel soignant, s'est révélée très enrichissante et très formatrice. La relation humaine est privilégiée. Dans la cohésion et la cohérence des soins apportés aux enfants, le langage apparaît comme le point de rencontre du travail des différents soignants.

Les livres sont très présents dans l'institution ; chaque professionnel a sa manière de travailler avec les livres. Nous nous sommes attachés à proposer un travail possible, dans le domaine de l'orthophonie : aider l'enfant à "grandir dans sa tête", à développer ses capacités langagières, à construire et formuler sa pensée, à évoluer au sein d'un groupe (écouter, respecter la parole d'autrui ...).

Le livre que l'on sait si riche pour un enfant tout-venant se révèle être indispensable pour un enfant en difficultés dans ses apprentissages, au développement dysharmonieux. Le livre est, ici, un excellent médiateur dans la relation avec l'enfant : contenu par la présence sécurisante de l'orthophoniste, l'enfant va apprendre à "gérer" ses angoisses, ce qui va lui permettre de faire des acquisitions.

En traitant les différents apports du livre, des questions nous sont apparues, qui pourraient faire l'objet d'un autre travail de recherche : quels livres, précisément, sont utilisés ? Y a-t-il des "livres fétiches" ? Quelles sont leurs caractéristiques ? La spécificité de certains livres, tels les contes, serait intéressante à étudier.

BIBLIOGRAPHIE

*

OUVRAGES

ALLALI André, LE HUCHE François “*la voix - Pathologie vocale d’origine fonctionnelle*” - tome 2, 2e édition

BETTELHEIM Bruno “*Psychanalyse des contes de fées*” - Editions Pocket, 1976

BOIMARE Serge “*L’enfant et la peur d’apprendre*” - Editions DUNOD, 2e édition, 2004

BONNAFE Marie “*Les livres, c’est bon pour les bébés*” - collection HACHETTE, 2001

DONVILLE Barbara “*Vaincre l’autisme*” - Editions Odile JACOB, janvier 2006

DUMONT Annie “*Réponses à vos questions sur la dyslexie*” - Editions POCKET, 2003

DUMONT Jean-Pierre, DUNEZAT Philippe, LE DEZ-ALEXANDRE Maryline, PROUFF Jacques “*Psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent*” - tome 1 - 2e tirage, 2004

Editions FLEURUS “*10 trucs de parents pour donner envie de lire à son enfant*” , 2006

FERRARI Pierre “*L’autisme infantile*” - QUE SAIS-JE ? Editions PUF ,1999

GAUTHIER J-M “*Le corps de l’enfant psychotique*” - Editions DUNOD - 1999

GILLET Patrick & al “*Neuropsychologie de l’enfant : une introduction*” - Editions SOLAL 2000

GOLSE Bernard “*Le développement affectif et intellectuel de l’enfant*” - Editions MASSON - 3e édition, 2001

HELIACHEF Caroline “*A corps et à cris, être psychanalyste avec les tout-petits*” - Editions Odile JACOB,2000

JUHEL Jean-Charles “*Aider les enfants en difficulté d’apprentissage*” - Editions PUF ,1998

KLEIN Mélanie “*Deuil et dépression*” - Editions Petite Bibliothèque PAYOT ,2004

LAFFORGUE Pierre “*Petit Poucet deviendra grand - soigner avec le conte*” - Editions PAYOT 2002

MARCELLI Daniel “*Enfance et psychopathologie*” - Edition MASSON - 6e édition - 1999

PEETERS Théo “*L’autisme : de la compréhension à l’intervention*” - Editions DUNOD,1996

POPET Anne, HERMAN-BREDEL Josépha “*Le conte et l’apprentissage de la langue*” - Editions RETZ,2004

TOURRETTE Catherine, GUIDETTI Michèle *“Introduction à la psychologie du développement- du bébé à l’adolescence”* - Editions Armand COLIN ,2002

WINNICOTT Donald W. *“Le bébé et sa mère”* - Editions PAYOT, 1992

ZAOUCHE-GAUDRON Chantal *“Les conditions de vie défavorisées influent-elles sur le développement des jeunes enfants ?”* - Editions ERES ,2005

ARTICLES

BRETHES J.P. - commentaires sur le livre d’A. MANGUEL *“Une histoire de la lecture : essai”* 1998, tiré d’internet

BURSZTEJN Claude *“Troubles autistiques”* - extrait de *“Données Actuelles”* , fin des années 1990

COURTOIS DU PASSAGE Nathalie *“Langage oral et bilan orthophonique chez l’enfant atteint d’autisme”* - extrait de GLOSSA n° 88 ,2004

DIATKINE René *“L’enfant, l’écrit et le psychiatre”* ,extrait des *“Textes du Centre Alfred BINET”*, *“L’enfant et l’écrit”*, décembre 1983

FRITH Uta - polycopié extrait de *“Enigme de l’autisme”*

GOLSE Bernard *“Structures des états ou structures des processus : les invités du bébé à un néo-structuralisme”* - extrait de *“Psychiatrie de l’enfant”* , 2005

HAAG Geneviève & al *“Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l’autisme infantile traité”* (tiré d’un ouvrage sur la psychiatrie de l’enfant) - 1995

HALIMI Yvan, KHOMSI A. *“Anorexies intellectuelles”, “Savoirs et structures architecturales de parenté : de l’étrange au familial”*, 1999

L’ORTHOPHONISTE magazine, *“Une reprise d’information sur l’autisme”* n° 259, mai 2006

Polycopié écrit par les orthophonistes du service sur l’autisme et la bibliothèque

Polycopié explicatif du service secteur nord Les Buissonnets III *“Ressources et organisation du secteur”* , novembre 2002

REVILLON Claire *“Ces soins qui lui font mal”* - magazine *“Vies de famille”* , février 2006

SCHMID KITSIKIS E. et AJURIAGUERRA *“Aspects opératoires en psychopathologie infantile”* - *“Revue de neuropsychiatrie”* , 1973

VERON Eliséo *“Perception et usage du classement et de la classification en bibliothèque”* - 1990 - tiré d’internet

DICTIONNAIRE

BRIN Frédéric, COURRIER Catherine, LE DERLE Emmanuelle, MASY Véronique
“*Dictionnaire d’orthophonie*” - Ortho édition, 2004

Dictionnaire de la langue française “LE PETIT ROBERT”, 1993

COURS

CALVARIN Suzanne - cours de “*dyscalculie*” - école d’orthophonie de Nantes - 3e année

HUET Annick - cours de “*psycholinguistique*” - école d’orthophonie de Nantes - 2e année

PEUVREL Elisabeth - cours sur “*la voix*” - école d’orthophonie de Nantes - 3e année

OUVRAGES D’INSPIRATION (non cités dans le mémoire)

DANON BOILEAU Laurent “*Les troubles du langage et de la communication*” QUE SAIS-
JE? Editions PUF, 2004

GRANDIN Temple “*Ma vie d’autiste*”

LAPLANCHE J. PONTALIS J-B “*Vocabulaire de la psychanalyse*” - Editions PUF - 4e
édition 2004

PENNAC Daniel “*Comme un roman*” Editions FOLIO, 2005

TOREY Hayden “*L’enfant qui ne parlait pas*” - Editions Pocket,1991

TOREY Hayden “*L’enfant au chat*” - Editions Pocket ,2000

BIBLIOGRAPHIE DES LIVRES POUR ENFANTS CITES DANS LE MEMOIRE

“*Aïe, j’ai mal*” ,(livret éducatif) Association SPARADRAP, 1998

“*Aventure à la piscine*” , René GOUICHOUX, Hatier, 1999

“*Barbe bleue*” , collection “Contes en images”, Nathan, 1993

“*Bébé canard et les méchantes lunettes*” , Amy HEST, Kaléidoscope, 1996

“Bébés chouettes”, Martin WADELL et Patrick BENSON, Ecole des Loisirs, 1999

“Boris a la bougeotte”, Claire CLEMENT, Bayard, 1992

“Ca roule, ça vole, ça flotte”, Wolfgang METZGER, Ravensburger, 1998

“Cendrillon”, Denise CHABOT, Fernand Nathan, 1971

“C’est dur d’être un vampire”, Pascale WRZECZ, J’aime Lire, 1990

“Chloé ne fait que loucher”, Agathe HENNIG, Mango Jeunesse, 2001

“Dis papa, tu m’aimeras si ...?”, Carla DIJS, Albin Michel Jeunesse, 1996

“Dis moi ce que tu fais”, Helmut SPANNER, Ravensburger, 1999

“Eliot zozote”, Agathe HENNING, Mango Jeunesse, 2001

“Fiston”, (BH) Claire CLEMENT, Bayard, 1992

“Flora”, (BH) Agnès BERTRON, Bayard, 1997

“Friska la petite brebis qui était trop petite”, Rob LEWIS, Flammarion, 1989

“Gini”, Claude LAGER, Ecole des Loisirs, 1996

“Hansel & Gretel”, extrait de “Mon plus beau livre de contes”, Deux Coqs d’Or, 1985

“Ivan et le dragon”, (BH) Alexandre KARVOVSKI, Bayard, 1994

“Kirikou et la sorcière”, Michel OCELOT, Milan, 2000

“L’abeille”, Gallimard Jeunesse “Mes premières découvertes”, 1995

“La chèvre de M. Seguin”, Alphonse DAUDET, Fernand Nathan, 1978

“La famille cochon” (BH), Bayard, 1993

“La famille oukilé”, Béatrice VEILLONT, Bayard, 2004

“La famille Trompette”, Jill MURPHY, Bayard Editions, 1988

“La grosse bêtise d’Emilie”, Domitille de PRESSENSE, Editions GP, 1983

“La forêt aux 1000 mystères” Ande GREHICH

“La lettre aux 1000 baisers”, Véronique CAYLOU, Bayard, 2004

“La reine de glace” (BH), Marie-Hélène DELVAL, Bayard, 1995

“L’arbre sans fin”, Claude PONTI, l’Ecole des Loisirs, 1992

“La sorcière qui ne savait pas pleurer” (BH) Myriam CANOLLE-COURNARIE, Bayard 2000

“La tétine de Nina”, Christine NAUMANN-VILLEMIN et Marianne BARCILON, Kaléidoscope, 2002

“Le cartable qui fait atchoum”, Michel GAY, l’Ecole des Loisirs, 1990

“Le clown dans la forêt” (BH), Leigh SAVERWEIN, Bayard, 1991

“Le clown jaune”, Philippe SEDLETSKI, Kaléidoscope, 2001

“Le corps humain et ses secrets”, Georgette BARTHELEMY, Fernand Nathan, 1978

“Le géant de Zéralda”, Tomi UNGERER, l’Ecole des Loisirs, 1971

“Le grand courage” (BH), Josiane STRELCZYK, Bayard, 1995

“Le nouveau lit de Nathalie”, L. & R. HOWELL, Nathan, 1983

“Léo et Popi”, Claire CLEMENT, Bayard Poche, 1999

“Le petit empereur de Chine” (BH), Michel AMELIN, Bayard, 1994

“Le petit ogre qui voulait aller à l’école”, (BH) Marie-Agnès GAUDRAT, Bayard, 1997

“Les bestioles de la maison”, Gallimard Jeunesse *“Mes premières découvertes”* 1996

“Le secret de Juliette”, GYO FUJIKAWA, Editions Gauthier Languxereau, 1981

“Un petit roi sans tralala” (BH) Philippe DORIN, Bayard, 2003

“Loulou”, Grégoire SOLOTAREFF, l’Ecole des Loisirs, 1990

“Marcel la mauviette”, Anthony BROWNE, Kaléidoscope, 1991

“Mardi gras chez les souris”, Françoise et Michel AMELIN, Grasset Jeunesse, 1995

“Marlaguette”, “Marie COLMONT, Flammarion, 1994

“Max et les maxi-monstres”, Maurice SENDAK, l’Ecole des Loisirs, 1972

“Melba l’oursonne” (BH) Geneviève NOEL, 1998

“M’toto”, Anne WILSDORF, Kaléidoscope, 1994

“Nani d’en haut, Nanie d’en bas”, Tomie de PAOLA, Centurion Jeunesse, 1983

“Nom d’un chat !” FLORIAN, Alice Jeunesse, 2003

“Petit cube chez les tout-ronds”, Christian MERVEILLE, Mijade, 2000

“Petit ours brun”, Danièle BOUR, Bayard Jeunesse

“Poucet le poussin”, Sally HOBSON, Pastel, 1994

“Quel artiste, mon papa !” (BH) Arnaud ALMERAS, Bayard 2001

“Seraphin contre la sorcière” (BH), Véronique CAYLOU, Bayard, 2000

“Souriceau veut aller à l’école” (BH), Anne-Marie ABITAN, Bayard, 1999

“Spot”, Eric HILL, Nathan, 1980

“Tintin”, HERGE, Casterman

“Un loup”, Alex SANDERS, l’Ecole des Loisirs, 1997

“Une prison pour M. l’ogre”, Grégoire SOLOTAREFF, l’Ecole des Loisirs, 1983

“Un petit frère pas comme les autres” (BH), Marie-Hélène DUVAL, Bayard, 1991

“Un voyage en train”, Ivan GANTSCHEV, Pastel, 1988

“Va-t-en, grand monstre vert”, Ed EMBERLEY, l’Ecole des Loisirs.

RESUME

Ce mémoire de fin d'études est une réflexion sur l'apport du livre, des histoires, des récits pour des enfants présentant des troubles importants dans leur développement : troubles relationnels, troubles de la personnalité, difficultés à faire des apprentissages.

La bibliothèque du service de pédopsychiatrie dans lequel j'ai effectué mon stage est un lieu de soin : auprès de ces enfants, l'orthophoniste travaille avec la médiation du livre.

l'histoire pour apprendre et pour grandir,

l'histoire pour apaiser lorsque l'angoisse devient trop envahissante,

l'histoire pour accompagner l'enfant dans son cheminement intérieur ...

MOTS CLES

bibliothèque ; livres ; histoires, pédopsychiatrie ; autisme, construction du langage ; interactions adulte/enfant ; angoisses, récits.