



Une initiative de



Avec l'appui de



PETITE ENFANCE & HANDICAP



Projet J-MED 2021-2022

Capitalisation d'outils d'accompagnement éducatif du jeune enfant en situation de handicap, en France et au Maroc

HÉTIS

Haute école du travail
et de l'intervention sociale



PETITE ENFANCE & HANDICAP : " CAPITALISATION D'OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT ÉDUCATIF DU JEUNE ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP, EN FRANCE ET AU MAROC "

Cet ouvrage est le fruit d'une rencontre qui a d'abord eu lieu entre des professionnels de l'Institution Tahar SEBTI de Casablanca et des professionnels de la Haute École du Travail et de l'Intervention Sociale de Nice.

De la spécificité de l'Institution Tahar SEBTI - à la fois école maternelle et primaire inclusive et centre de formation d'Éducatrices de Jeunes Enfants et d'Auxiliaires de Vie Scolaire(1) - a rapidement émergé le souhait de travailler sur la question du handicap attachée à la Petite Enfance. HETIS a accueilli très favorablement cette proposition car, en effet, tant au Maroc qu'en France, le besoin de compétences spécifiques en matière d'accompagnement du jeune enfant en situation de handicap est indéniable et s'accompagne d'une nécessité de formaliser et capitaliser les techniques d'intervention mises en œuvre quotidiennement, d'une part par des professionnels qualifiés, mais également par des étudiants en formation, ainsi que par des parents concernés.



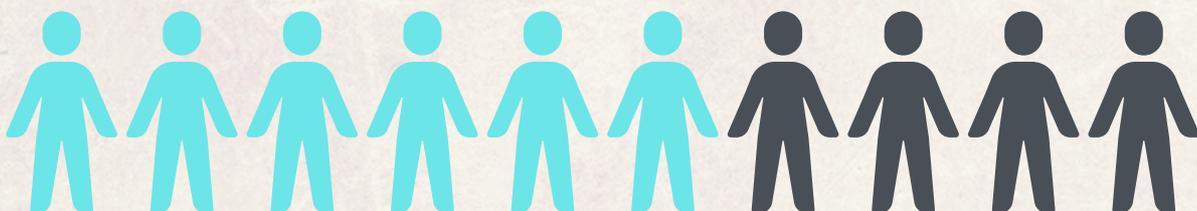
1: A l'Institution Tahar SEBTI, la formation d'Auxiliaire de vie scolaire (1 an) est une spécialisation menée après la formation d'Éducateur de Jeunes Enfants (2 ans). En France, ces 2 parcours sont distincts, et la formation d'AVS n'est pas une spécialisation d'EJE



Cet ouvrage n'a pas la prétention d'être exhaustif en matière de préconisations pédagogiques, mais est le résultat d'échanges sur leurs pratiques respectives qu'étudiants, parents, professionnels, experts du champ du handicap et formatrices ont menés pendant six mois au sein d'ateliers où chacun a pu apporter son expérience et s'est enrichi de celles des autres. Il est constitué de dix études de situation vécues sur le terrain professionnel, le terrain de stage ou dans le cadre familial. Chaque étude réfère à la situation spécifique d'un enfant(2) pour lequel chaque groupe composé des divers membres du projet ont réfléchi ensemble sur le sens du vécu, les questions qui se posaient et les préconisations d'interventions, afin de répondre au mieux aux besoins de chaque enfant.

La rencontre s'est ainsi poursuivie entre les deux rives de la méditerranée, sur une plateforme virtuelle que la conjoncture sanitaire recommandait. Cette rencontre – ou plutôt, ces rencontres, au pluriel se sont révélées – pour chacun des participants, quel que soit son statut – riches de contenus, d'apprentissages et du goût de l'Autre, différent par son handicap ou par sa culture.

Nous remercions le Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères français et la Direction de Coopération Internationale de Monaco de nous avoir permis de réaliser ce projet. Merci également à l'association ILLIS pour son suivi administratif et financier.



2: Les prénoms des enfants cités dans l'ouvrage sont fictifs afin de préserver leur anonymat

L'EQUIPE FRANCO-MAROCAINE DE CO-AUTEURS



Par ordre alphabétique :

- Alexandra AMAR
- Neha ASSANTE DI CAPILLO
- Zainab BENHASSOUN
- Valentine BONDER
- Salma BOUHYA
- Léa DUMAS
- Ikram EL FAROUNY
- Hind ELKACEM
- Souad ETTAOUSSI
- Fatima Zahra JABBARI
- Chrystelle JANOT- BRIAND
- Frank KOHLER
- Hasnae LAMNIAI
- Corinne LIMASSET
- Nouhaïla MADRI
- Asmaa NAJIH
- Julien PODEVIN
- Houda SHAITA
- Elisabeth SULTAN
- Marie VALOIS
- Hind ZINE

EMBRACE DIFFERENCES

5

DANS LA COUR DE RÉCRÉATION

Les troubles du comportement chez l'enfant porteur de trisomie 21

9

A LA SORTIE DE L'ASCENSEUR

Accueillir un enfant porteur de trouble sensoriel et troubles associés

18

APPRENTISSAGES SCOLAIRES

Percevoir autrement un enfant en situation de handicap, pour mieux l'aider à l'école

26

UNE CRISE D'ÉPILEPSIE A L'ÉCOLE

L'épilepsie infantile : agir et réagir

32

LA TRANSITION

Bien-être et apaisement d'un enfant ayant des troubles du comportement

39

FAIRE LES COURSES DANS UN SUPERMARCHÉ

L'enfant autiste face aux stimuli externes

45

TROUBLES DE COMPORTEMENT EN CLASSE

Besoins individuels d'un enfant atteint de troubles auditifs et autres troubles associés, à l'école

56

DU BEGAIEMENT AU LA CONFIANCE EN SOI

Accompagner les difficultés d'apprentissages scolaires d'un enfant atteint de paralysie cérébrale

62

LE DIFFICILE MOMENT DU REPAS

Autisme et oralité : quand la tablette "fait écran"

70

UN SIMPLE MOT

La question de l'oralité chez le jeune enfant ayant un Trouble du Spectre de l'Autisme

DANS LA COUR DE RÉCRÉATION

Les troubles du comportement chez l'enfant porteur de trisomie 21



La situation se déroule au Maroc, à l'Institution Tahar SEBTI, qui accueille les élèves en situation précaire issue de milieux défavorisés ou en situation de handicap. J'y suis en stage d'Auxiliaire de Vie Scolaire (3).

Nabil est un enfant porteur de trisomie 21 âgé de onze ans. Il est scolarisé en Cours Élémentaire 3. C'est un enfant très sociable et champion de natation. Il s'exprime correctement : il raconte des histoires et comprend tout ce qu'on lui dit, il exprime ses émotions.

Quand Nabil est en phase d'opposition, l'éducatrice lui propose des activités qu'il aime faire. Il adore danser, chanter, cela le détend et le calme, le met dans la bonne humeur.

Après quelques semaines de stage, je me rends compte que le comportement de cet enfant change à chaque fois que je l'observe, ce que je fais régulièrement de façon hebdomadaire.

Avec sa maîtresse et ses camarades de classe, parfois, il se montre affectueux, fait des câlins à tout le monde, mais, parfois, il refuse de parler ou s'énerve soudainement. Lorsqu'il demande des câlins, je lui en fais. Il me dit toujours « tu es belle », et qu'il veut se marier avec moi, il le dit à tout le monde. Par contre quand il est en colère, il ne veut rien entendre.



Un jour, nous sommes dans la cour de récréation avec un groupe d'enfants. L'éducatrice propose un circuit de jeux, et explique la consigne à Nabil, une seule fois car il comprend rapidement. Puis elle prend le temps de l'expliquer aux autres enfants. Lorsqu'elle lui demande de lui envoyer la balle, Nabil vient la frapper. Elle ne lui montre pas qu'il lui a fait mal, qu'il a de la force. L'éducatrice m'interpelle alors pour emmener Nabil à la salle individuelle où il doit rester seul assis à une table sans rien faire. Je le réprimande, il revient en s'excusant, et en expliquant qu'il était énervé car l'éducatrice s'occupait plus des autres enfants.



Je me suis demandée pourquoi cet enfant change-t-il aussi souvent de comportement ?

Comment réagir avec lui après la phase de comportements violents ?

Est-ce que ce changement de comportement soudain est commun à tous les enfants porteurs de trisomie 21 ?

Nos échanges lors des ateliers m'ont permis de comprendre que l'enfant trisomique présente un retard global de développement concernant l'acquisition du langage, le développement moteur (grande hypotonie), et aussi son développement psychique et son contrôle de l'impulsivité.

Ce retard explique l'alternance de comportements déroutant l'entourage. Il peut être enjoué jusqu'à dépasser les conventions sociales (débordements d'affection), puis changer rapidement en entrant soudainement dans des phases de comportements agressifs.

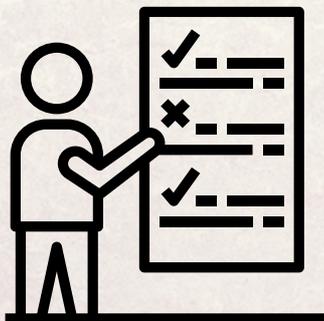
J'ai appris aussi qu'il est important d'essayer de créer un lien de confiance avec lui, et aussi le laisser exprimer son agressivité lorsqu'il est en crise. Le contenir n'est pas la solution. Il faut le laisser se calmer tout seul.



Le comportement de l'enfant est aussi à rapporter à l'âge développemental, sauf s'il a un trouble associé du développement, Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) ou Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH). Par exemple un enfant trisomique de 5 ans dont le développement a été évalué à 2 ans par une échelle d'évaluation validée (échelle de Vineland qui évalue les habiletés personnelles et sociales des individus en situation de handicap mental ou intellectuel) va se comporter comme un enfant de deux ans (propreté non acquise, difficulté à gérer la frustration, etc.).

Dans cette situation, le fait de mettre l'enfant à l'écart pour reprendre son comportement sans perdre son sang-froid, sans donner d'intensité ou de réaction affective trop excessive a permis à l'enfant de se rendre compte de l'inadaptation de son comportement vis à vis des autres et de s'excuser.

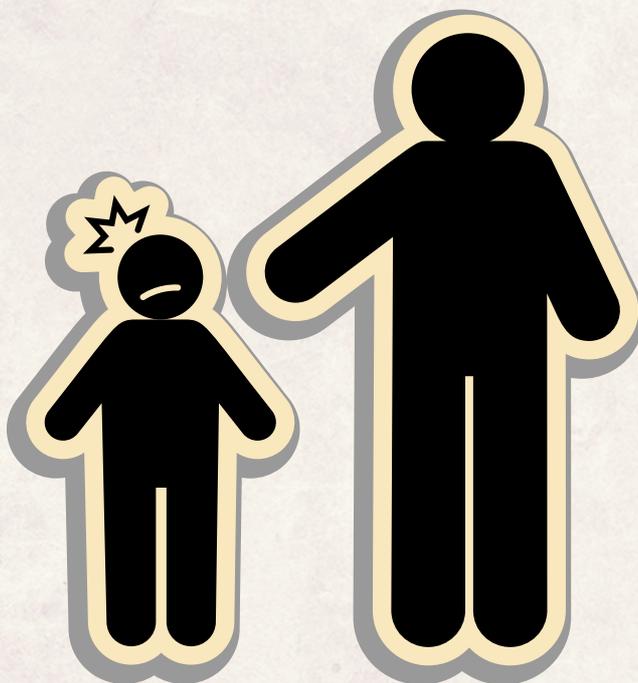




Pour permettre de bien accompagner un enfant trisomique, il est nécessaire de commencer une prise en charge précoce et pluridisciplinaire en orthophonie, psychomotricité, kinésithérapie et psychologie avec une guidance parentale (4).

On peut s'inspirer des thérapies comportementales : encourager, renforcer et donner de l'attention aux comportements souhaités, ignorer les comportements non désirés, donner des choix, ne pas imposer, rediriger et responsabiliser et motiver par des renforcements positifs.

4 - La Guidance parentale est un concept utilisé au Maroc qui trouve son équivalent en France avec le Soutien à la parentalité

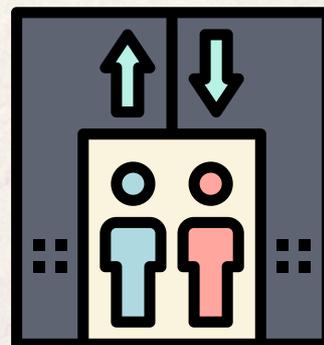


- Intervenir avec une personne ayant la trisomie 21 : <https://trisomie.qc.ca/ressources/intervenir/>
- Protocole national de soin traitant de la personne trisomique : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/pnds_trisomie_21.pdf

A LA SORTIE DE L'ASCENSEUR

Accueillir un enfant porteur de trouble sensoriel et troubles associés

La situation se passe en France, dans un Institut Educatif et Sensoriel (IES) qui accueille des enfants en situation de handicap âgés de 6 à 18 ans, présentant des troubles sensoriels (cécité, surdité) et/ou avec troubles associés (Trouble du comportement, Autisme, Maladie dégénérative, etc.). J'y fait un stage dans le cadre de ma formation d'Éducateur de Jeunes Enfants.



Le temps d'accueil est partagé entre prise en charge médico-socio-éducative et temps scolaires. L'équipe est composée d'enseignants de l'Éducation Nationale, d'Éducateurs spécialisés (ES), d'Aides Médico-Psychologique (AMP), de Moniteurs Educateurs (ME), d'orthophonistes, d'une orthoptiste, d'une professeure de langue des signes, d'une psychomotricienne, d'une pédopsychiatre, d'un médecin et de deux Aides de Vie Journalière (AVJ).

Paul est un garçon âgé de 9 ans. Il est atteint de cécité complète depuis sa naissance. Il a des comportements d'automutilation, et des pulsions d'agressivité envers les autres (surstimulations sensorielles, trop plein émotionnel, désaccord). C'est un enfant qui communique par des sons et des gestes. Il est accueilli à l'IES deux après-midis par semaine (mardi et jeudi), de 13h à 17h dans la classe des 6-9 ans.

Paul est toujours accueilli seul, en dehors du groupe et à l'extérieur dès que le temps le permet. Il est intéressé par tout ce qui roule, tourne, se balance, etc.

L'accueil de Paul oblige deux professionnels à être seuls avec lui dans l'espace extérieur, car la présence du groupe provoque en lui stress et agressivité. Paul prend son goûter à part, dans la salle des AVJ qui se situe à l'étage.

L'accueil de Paul génère aussi du stress et des tensions pour l'équipe. Suite à des agressions physiques subies par des membres de l'équipe, certains professionnels redoutent les réactions de Paul lorsqu'il est en présence d'un groupe. Cela oblige l'équipe à s'organiser différemment et à repenser les temps d'accueil les jours de sa présence.



Nous sommes mardi, il est 15h. C'est l'heure du goûter. Je suis dans le jardin avec Paul et Morgane (AMP).



Morgane annonce à Paul qu'il va monter pour le goûter avec Suzanne (AVJ). Suzanne arrive, elle lui dit que c'est l'heure de partir pour le goûter, Paul fait non de la tête et exprime des onomatopées qui veulent dire non. Suzanne insiste, le prend par la main et lui dit « On va manger les clémentines que tu aimes bien ! ». Morgane, de son côté, doit rentrer pour s'occuper d'un autre enfant.



Je monte avec Suzanne et Paul. Il marche en me tenant la main, mais continue de faire non de la tête. Nous rentrons dans la pièce de vie et nous prenons l'ascenseur (Paul, Suzanne et moi). Suzanne lui dit « On va prendre le goûter comme la dernière fois dans ma salle ». Il fait "non" verbalement, en bougeant la tête. Ensuite il commence à essayer de me taper, je le retiens comme je peux et lui dis qu'on va bientôt sortir de l'ascenseur. La porte s'ouvre. Paul commence à se tendre et essaie de m'attraper le visage et de me taper. J'essaie de le contenir et il se jette par terre. Il me donne des coups de pieds et essaie de me mordre. Je me mets à côté de lui et lui tiens les bras.

Pendant ce temps, Suzanne part, me laisse seul avec Paul et revient avec un morceau de clémentine. Elle lui dit « Tu en veux ? ». Il répond « hum », qui dans son langage veut dire "oui". Elle lui donne le morceau de clémentine alors qu'il est encore allongé par terre. Paul se calme et essaie de se relever. Je l'aide. Suzanne lui dit « Si tu veux il y en a encore, mais on doit aller dans la salle ». Je le tiens par la main, nous avançons vers la salle. En entrant dans la pièce, Paul se tend à nouveau et se jette sur moi, me tape et me mord le bras. Morgane arrive, elle m'aide à le calmer et à le contenir. Suzanne lui montre les clémentines et lui dit « Regarde, on fait comme la dernière fois, tu t'assois et on va faire le goûter, juste toi et moi ». Morgane l'aide à s'installer à table. Il commence à manger. Nous sortons de la salle et Paul reste seul avec Suzanne.



Suite à cette situation, je me suis posé plusieurs questions :

Notre manière de gérer le comportement de Paul a-t-elle été la plus adaptée à ses besoins ?

Aurait-il été possible de l'anticiper, mettre en place des actions de prévention à cette crise ?

Comment accompagner, comprendre et anticiper les comportements agressifs d'un enfant comme Paul ?

Est-ce que prendre l'ascenseur est pertinent pour Paul ? Pourquoi ne pas essayer les escaliers ?

Pourquoi insister quand l'enfant dit non, se fait comprendre ?

Comment contourner les situations angoissantes pour lui (telles que prendre l'ascenseur) ?

Que pourrait on proposer à la place de la contention ?

Quels outils mettre à la disposition de l'enfant pour l'aider à gérer ses temps de crises ?

Sachant que cet enfant est sujet à des crises, et que cela crée de la tension dans l'équipe, comment anticiper les réactions ?



Nos échanges lors des ateliers ont fait émerger plusieurs pistes de travail :

Collaborer avec la famille avant l'accueil de façon à recueillir un maximum d'informations pour accompagner les parents et mettre en place une guidance parentale. Le travail avec la famille est très important, tout au long de l'accueil. Le parent est considéré comme un partenaire, on peut dire qu'il fait partie intégrante de "l'équipe" qui s'occupe de l'enfant.

Interroger les attentes de la famille et la manière d'intervenir face à ce type de situation. Quelle place ont les parents dans l'élaboration du projet personnalisé de leur enfant et des objectifs fixés ?





Proposer des formations (techniques, méthodes) :

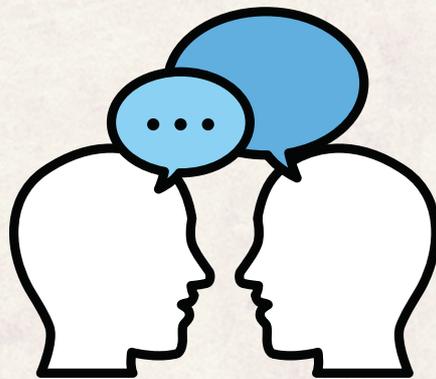
- Travailler la posture professionnelle (si le professionnel est apaisé, l'enfant le ressent)
- Former l'équipe et les stagiaires aux techniques utilisées. (Harmonisation des pratiques, généralisation).
- Dès le premier entretien, rédiger l'anamnèse et mettre en place une réunion d'équipe pour élaborer le projet d'accueil (réfléchir à la présence des parents)
- Créer un espace sensoriel (une chambre) avec des stimulations apaisantes (Formation à l'approche Snoezelen)
- Avoir recours à l'enveloppement corporel qui permet à l'enfant de sentir les contours de son corps (perception de corps morcelé). Mais, en France, le « packing » (enveloppement humide) est interdit par l'Agence Régionale de Santé (ARS)
- Penser en équipe le déroulement de la journée de l'enfant et réfléchir, avec les parents, au projet personnalisé de l'enfant au sein de l'institution.

Lors d'activités de psychomotricité, il est possible d'avoir recours au renforcement positif, aider l'enfant à canaliser son énergie, utiliser la danse (pour travailler la mémoire, connaître son corps, travailler la motricité globale, l'équilibre avec des trampolines, exercices...)



Par ailleurs, pour gérer la crise, il semble nécessaire de :

- Réfléchir aux outils et aux méthodes existantes en équipe et avec la famille.
- Définir qui accompagne l'enfant ? Quand ? Pourquoi ? Comment
- Pouvoir passer le relais si le professionnel n'est pas en capacité émotionnelle d'accompagner l'enfant durant ces moments.
- Parler à l'enfant après la crise, verbaliser un maximum ce qui s'est passé.
- Parler des réactions ou méthodes utilisées en réunion d'équipe pour savoir où chaque professionnel se situe et communiquer sur le malaise ou tabou qui existe dans l'équipe quant au fait de s'occuper de cet enfant décrit comme "difficile".
- Revenir sur la contention, comment et dans quelles conditions l'utiliser
- Qui peut l'utiliser, comment, quelles autres alternatives existent
- Comment aider l'enfant à se sentir contenu psychiquement plutôt que physiquement dans un rapport de force ?
- Mettre en place des temps d'analyse des pratiques professionnelles (APP) afin de mener des temps de réflexion en équipe.
- Demander un bilan de développement (psychomotricien, psychologue), qui permettrait de proposer à l'enfant des activités ou des jeux adaptés.



Définition des concepts ou terminologies spécialisées évoqués dans cette étude de situation:



- **LA CONTENTION :**

Pour mieux comprendre cette notion et ses limites, il est intéressant d'en avoir une définition claire. La HAS (Haute Autorité de Santé, France) définit la contention mécanique ou physique passive comme « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui ». La contention physique peut être active, manuelle et consiste en le « maintien ou l'immobilisation du patient en ayant recours à la force physique ». Ainsi, l'entrave à la mobilité de l'individu peut se traduire par des dispositifs spécifiques (sangle, ceinture ventrale, contention de poignet, de cheville, gilet, vêtement, siège gériatrique, barres de lit) ou par la disposition d'éléments non spécifiques (tablette, fauteuil basculé en arrière, draps) ou encore par des techniques d'immobilisation effectuées par des soignants”.



- **TEACCH :**

“Le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) est un programme de traitement et d'éducation structurée pour les enfants de tous les âges, avec autisme et troubles apparentés au développement. Il vise à une meilleure intégration de l'enfant autiste dans sa famille, son environnement, par l'acquisition de compétences et de comportements adaptés.”



- **APPROCHE SNOEZELLEN :**

“Développé dans les années 70 par deux jeunes Hollandais (Ad Verhuel et J. Hulsege), le terme SNOEZELLEN est la contraction de Snuffelen (renifler, sentir) et de Doezelen (sommoler), que l’on pourrait traduire autour de la notion d’exploration sensorielle et de détente et plaisir.

Proposée depuis de nombreuses années dans le champ du handicap et du polyhandicap, cette approche se développe maintenant dans les secteurs gériatrique et psychiatrique.

Le SNOEZELLEN est une activité vécue dans un espace spécialement aménagé, éclairé d’une lumière tamisée, bercé d’une musique douce, un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable.



• LA FONCTION DE CONTENANCE:

Cette fonction est liée principalement à la fonction maternelle du "handling". Elle est la façon dont l'enfant a été touché.

De même que la peau enveloppe tout le corps, le "moi-peau" vise à envelopper le psychisme dans sa totalité, comme une écorce.

Bien qu'absents des manuels de psychiatrie et de psychanalyse jusque dans les années 2000, les termes de "contenant" et "contenance" servent à traduire les concepts de "container" et de "holding" avancés dans les années 1960 par les psychanalystes britanniques Donald Winnicott, Wilfred Bion et Mélanie Klein.

L'œuvre de Wilfred Bion (1897-1979) est centrale dans le développement de la littérature psychologique et psychiatrique sur la contenance.

Bion reste aujourd'hui en France l'auteur emblématique de ce champ conceptuel et ses travaux sont encore régulièrement cités au sujet des adolescents difficiles.

Psychiatre et psychanalyste, Bion a en effet développé les concepts de « contenu » et « conteneur » (contained, container) pour qualifier un moment clé du développement psychique de l'enfant : les soins maternels, en tant qu'acte contenant, donnent à l'enfant les limites de son propre corps.

Son œuvre s'appuie sur deux piliers : d'une part, la psychologie des groupes, Bion puisant ses observations dans son expérience de thérapeute de groupe avec d'anciens militaires après la seconde guerre mondiale ; d'autre part, les études contemporaines sur le développement de l'enfant et en particulier les travaux de Mélanie Klein, qui fut son analyste (de 1945 à 1953).

Sitographie



- Mon petit frère de la lune : pour mieux comprendre l'autisme: https://www.youtube.com/watch?v=T_2lhly_8zo
- Site du gouvernement autisme et troubles du neurodéveloppement: <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>
- Guide parents professionnels de la petite enfance : repérer et guider sur le développement de l'enfant <https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/202201/Livret%20rep%C3%A9rage%20professionnel%20petite%20enfance%20060122.pdf>
- Plus d'informations sur la méthode TEACCH: <https://www.autisme.ch/autisme/therapies/teacch/description-du-programme-teacch>
- Plus d'informations sur l'approche SNOEZELLEN: <https://snoezelen-france.fr/snoezelen/presentation-du-concept-snoezelen>
- Mieux comprendre la Contenance psychique et physique: <https://books.openedition.org/enseditions/13320?lang=fr>
- Snoezelen : <https://snoezelen-france.fr/snoezelen/presentation-du-concept-snoezelen>

APPRENTISSAGES SCOLAIRES

Percevoir autrement un enfant en situation de handicap, pour mieux l'aider à l'école

La situation se déroule au Maroc, à l'Institution Tahar SEBTI, accueillant des élèves en situation précaire issue de milieux défavorisés ou en situation de handicap. J'y travaille comme Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS).



Abdel Kader est un enfant de 12 ans, scolarisé en Cours Élémentaire 3, que j'accompagne en tant qu'AVS. Le programme que je mets en place avec Abdel Kader est modifié chaque mois après évaluation.



Abdel Kader a un déficit intellectuel moyen. Il est suivi par une orthophoniste une fois par semaine. Il avait un syndrome de PICA plus jeune, c'est-à-dire qu'il mangeait souvent autre chose que des aliments (des jouets, de la terre, tout et n'importe quoi qui lui tombait sous la main). Ses parents sont décrits par l'équipe comme étant peu disponibles à cause de leurs obligations professionnelles, mais ayant aussi des difficultés à faire du lien avec l'équipe autour des questions qui concernent leur fils.

Au niveau psychomoteur, Abdel Kader présente une lenteur de la marche, cherche à s'asseoir très souvent, il est très peu actif et hypotonique. Je le trouve peu jovial, voire triste. Il exprime des demandes essentiellement pour satisfaire ses besoins primaires, boire, manger, dormir... Il se montre renfermé, peu dans la communication verbale. Il est proche d'un autre enfant à qui il donne la main et semble bien s'entendre malgré peu d'échanges verbaux.

Les attentes de l'école sont adaptées au niveau intellectuel de l'enfant. Lors des examens il y a beaucoup moins d'exigences à son égard et il est intégré dans une classe d'un niveau moindre.

En termes d'autonomie, Abdel Kader peut faire par lui-même mais à besoin de guidance quasi permanente.

Je me sens souvent mal à l'aise à m'occuper de lui, je me sens même distante. J'en ai discuté avec l'éducatrice et l'orthophoniste. Elles m'ont dit que, d'après elles, c'est comme si la position distante de la famille associée au manque de joie de cet enfant, à son attitude "renfrognée" et à son insistance à rester à l'écart créaient un frein empêchant les professionnels d'avoir envie de s'occuper pleinement de lui.



La situation se passe en salle individuelle. C'est une salle où les AVS travaillent individuellement avec les enfants qu'elles accompagnent pour renforcer leurs compétences et travailler sur leurs difficultés.

J'y travaille les notions basiques de la langue française, des notions et exercices censés être très simples par rapport à son niveau.

Une fois qu'il a terminé l'exercice, je me rends compte que Abdel Kader n'a rien retenu ni compris, en refaisant le point avec lui sur ce qui vient d'être travaillé.



Cette situation m'inquiète et me questionne :

- Pourquoi Abdel Kader n'est-il pas capable de retenir une information simple ? (cours de français de niveau très basique avec des notions de bases ou même prénom de son entourage).
- Pourquoi ne peut-il pas être autonome et a-t-il besoin d'un étayage pour les tâches de base ? (se laver, s'habiller, manger, prendre une décision seul).
- Plus globalement, pourquoi a-t-il des difficultés psychomotrices, une lenteur de la marche, pourquoi cherche-t-il à s'asseoir et est-il si peu actif ?
- Comment travailler avec sa famille qui ne semble pas être partie prenante dans l'accompagnement de l'enfant à l'Institution ?
- Comment aider cet enfant taciturne et renfermé à se sentir mieux, à s'ouvrir dans un contexte familial où les parents ne sont pas très engagés dans les échanges avec l'équipe de l'Institution et ne semblent plus être en mesure de s'intéresser de près à son programme ?
- Comment faire évoluer mon propre regard sur cet enfant ?



J'ai posé toutes ces questions à l'éducatrice et l'orthophoniste de l'Institution. Nous avons beaucoup échangé au sujet d'Abdel Kader. Elles m'ont expliqué que cet enfant a un déficit intellectuel moyen, ce qui va permettre de mieux comprendre la situation et les questions que je me pose.



Les parents sont peu engagés dans le projet et ont beaucoup délégué à l'Institution Tahar SEBTI. Il est souvent difficile d'avoir la participation active des familles pour lesquelles le handicap de l'enfant les renvoie à une souffrance. On parle de déni, de dénégation mais aussi d'une forme de "deuil de l'enfant idéal" à traverser pour accepter de vivre avec ce handicap. La naissance d'un enfant en situation de handicap pose un réel problème d'acceptation pour les parents.



Bien souvent, les parents se sentent coupables et responsables du handicap de leur enfant; ce qui peut entraîner une forme de surinvestissement pour se déculpabiliser ou, au contraire, une forme de rejet pour fuir cette réalité douloureuse. Il est donc important de les accompagner dans ce processus.

L'éducatrice et l'orthophoniste m'ont également expliqué qu'il va être important d'utiliser ce que ressentent les professionnels de terrain comme moi dans leur "contre transfert" comme outil pour mieux comprendre le vécu des familles. En effet, notre ressenti émotionnel et notre vécu au quotidien avec l'enfant, ressemblent de près à ce que vivent les familles et c'est sans doute une piste de travail commune pour dialoguer avec les familles.



En discutant de cette situation, nous nous rendons compte pendant l'échange de pratiques que l'enfant renvoie une image de lui assez négative qui ne nous donne pas forcément envie de faire des efforts. C'est justement ce sentiment éprouvé par les soignants qui est intéressant à interroger en équipe pluridisciplinaire pour mieux comprendre comment l'aider, aider ses parents et nous aider, nous, les professionnels à s'investir de la manière la plus adaptée.

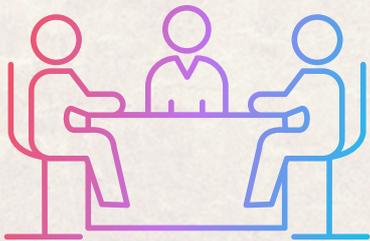
Par rapport au fait que Abdel Kader ait une affinité avec un autre enfant, lui-même en retard sur sa tranche d'âge, à qui il parle peu mais passe des moments privilégiés main dans la main, il faudra que je m'appuie sur cette observation car comme dit l'orthophoniste de l'Institution : "même si le langage est non verbal il reste un langage".



Il est souhaitable de travailler sur l'environnement familial, sensibiliser la famille aux troubles et aux besoins de leurs enfants, de la même manière que nous le sommes, nous, les professionnels qui l'accompagnons au quotidien à l'école. Pour cela, il serait judicieux de proposer des ateliers parents-enfants-professionnels ou une guidance parentale.

Afin de permettre à la famille de mieux adhérer au projet de l'Institution, nous pensons à l'importance de journées portes ouvertes, de propositions d'ateliers communs avec la famille.





Par ailleurs l'échange franco-marocains amène à l'idée de créer des espaces pour observer le style de relation parents-enfants afin de repérer leurs intérêts communs. Parallèlement à cela, l'équipe qui passe beaucoup de temps au contact de l'enfant devra elle aussi repérer ses compétences, ses progrès pour les partager à la famille afin de valoriser l'enfant.

Il serait aussi indiqué de s'appuyer sur les situations d'interactions avec d'autres enfants (l'autre enfant à qui il donne la main) pour créer des petits groupes ou situations d'interactions sociales dans lesquelles Abdel Kader pourra montrer un autre visage.



Enfin, l'organisation de réunions pluridisciplinaires permet de faire évoluer notre regard de professionnels qui accompagnent l'enfant au quotidien et mettre au travail notre contre transfert parfois négatif. Lors de l'échange de pratiques franco-marocaines en Visio, nous nous sommes rendus compte qu'au-delà de la difficulté à proposer des activités à un enfant ayant une déficience moyenne, c'est plus la question du regard et de ce que cet enfant suscite chez les adultes qui l'entourent qui ont été éclairés par la discussion et les échanges multiples. Finalement, la mise en perspective globale de la situation de l'enfant m'a permis en tant qu'AVS qui travaille auprès de lui, de le voir autrement et cela, je pense, va m'aider à mieux m'impliquer auprès de lui.

Définition des concepts ou terminologies spécialisées évoqués dans cette étude de situation:



- **DÉFICIT INTELLECTUEL :**

Il y a eu un changement d'appellation : selon le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) le retard mental est devenu dans le DSM-V déficience intellectuelle.

L'OMS donne la définition suivante : Le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique, ou survenir isolément.

Il y a trois types de retards d'après l'OMS : retard léger, moyen, grave, profond. Le retard moyen qui nous intéresse dans le cas de cet enfant : QI entre 35 et 49, personnes connaissant dans l'enfance des retards de développement importants mais de bonnes capacités de communication et une indépendance partielle, avec, à l'âge adulte, nécessité de soutiens de différents niveaux pour s'intégrer à la société.





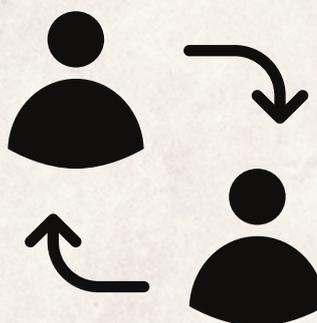
• CONTRE TRANSFERT :

Ce terme de contre-transfert s'applique à « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Vocabulaire de la psychanalyse, de Laplanche et Pontalis.)

Le contre-transfert est un « a priori » du soignant envers tel ou tel malade, en dehors de toute visée soignante. Il désigne l'incapacité du professionnel à séparer la relation thérapeutique de ses sentiments personnels et des attentes de la personne dont il s'occupe.

Par exemple, le soignant pense au patient de manière excessive entre les entretiens, il s'y attache, éprouve un sentiment d'incapacité professionnelle si le patient ne progresse pas, a l'impression que le client est pour lui quelqu'un de particulier et de spécial, ce qui crée soit du favoritisme, soit au contraire une répulsion.

Ces contre-transferts existent toujours mais il est bon d'avoir conscience de ce qui se passe en soi vis-à-vis du patient et de ses émotions pour être plus efficace dans la relation.



- Syndrome de PICA : <https://www.parents.fr/enfant/alimentation/syndrome-de-pica-tout-sur-ce-trouble-du-comportement-alimentaire-427041>
- Définir la déficience mentale : <https://www.inshea.fr/fr/content/d%C3%A9finition-et-origine-du-retard-mental>
- Définition du transfert et contre transfert: <http://coursinfirmiere.free.fr/styled-23/styled-54/files/les-moteurs-et-les-techniques-de-la-relation-d2019aide.pdf>
- Mieux définir le concept de l'enfant idéal pour les parents d'enfant en situation de handicap: <https://www.cairn.info/revue-reliance-2007-4-page-43.htm>

UNE CRISE D'ÉPILEPSIE À L'ÉCOLE

L'épilepsie infantile : agir et réagir

Samir est âgé de 4 ans et est scolarisé en moyenne section à l'Institution Tahar SEBTI, au Maroc, où j'exerce en tant qu'orthophoniste.

Samir m'a été adressé en novembre 2021 par un neuropédiatre pour un retard des acquisitions de base.



Lors de l'anamnèse, plusieurs questions sont posées pour connaître le parcours de l'enfant, pour récolter des informations sur l'historique médical, éducatif et familial du patient (tracer l'histoire de la maladie) et relever des indices pour des pistes de diagnostic :

Au moment de l'accouchement, une cyanose est suspectée ce qui a mené à un transfert de l'enfant dans une unité de soins intensifs pour contrôler la situation.

À l'âge de 3 ans, Samir a fait sa première crise convulsive, ce qui a poussé les parents à consulter un spécialiste qui a effectué plusieurs examens afin de vérifier si le système nerveux du patient fonctionne correctement.

C'est à ce moment-là, que les parents de l'enfant ont appris qu'il était atteint d'une épilepsie généralisée (les décharges excessives se diffusent à tous les neurones et les symptômes de la maladie touchent alors l'ensemble du corps).

Un jour, durant la sieste, Samir a commencé à s'agiter, et à avoir les muscles de son corps qui se contractent. Même si la crise d'épilepsie s'est produite pendant le sommeil, Samir ouvre ses yeux révulsés au début de la crise. Dans un deuxième temps, des secousses musculaires ont pris place, la salive au bord des lèvres est apparue et la respiration est devenue saccadée.

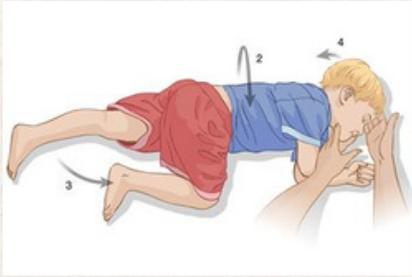


C'était sa première crise à l'école, tout le monde était sous le choc. Les éducatrices, quant à elles, n'avaient encore jamais assisté à une crise épileptique pendant le sommeil.

Une panique a pris place, l'une des éducatrices est sortie de la classe et s'est dirigée vers le centre médico-social qui se trouve au sein de l'établissement pour demander de l'aide.

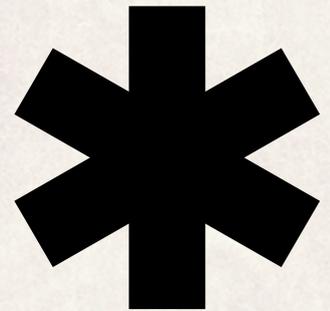
Étant donné que je suis orthophoniste, je suis amenée à prendre en charge les enfants épileptiques (ils sont en effet susceptibles de présenter un retard des acquisitions de base, de langage, des difficultés d'apprentissage...). C'est pour cela que j'ai appris durant la formation d'orthophonie les gestes à mettre en place face à une personne en pleine crise épileptique. A ce moment-là, je n'ai donc pas hésité à intervenir.





Tout d'abord, j'enlève tout objet qui pourrait blesser l'enfant, je protège sa tête afin d'éviter le choc avec le sol une fois que la crise est terminée, je le mets d'abord en position latérale de sécurité, puis je bascule la tête vers l'arrière pour dégager les voies respiratoires tout en analysant sa respiration. Je continue à surveiller sa respiration, car c'est à ce moment qu'il pourrait être amené à vomir.

Vu que la crise allait dépasser les 5 minutes, que le sujet concerné est un enfant et qu'il n'a pas repris conscience, nous avons appelé les secours et les parents n'ont pas tardé à arriver. Ensuite le médecin nous a appelées pour poser des questions à propos de la crise (durée de la crise, symptômes).



Suite à cette situation, je me suis posée certaines questions, dont deux essentielles :

- Quelle place est accordée à la sensibilisation de l'environnement de la personne accompagnée qui fait une crise d'épilepsie ?
- Comment répondre aux questions des enfants concernant cette crise, qui peut être impressionnante ?

La sensibilisation de l'environnement de l'enfant de manière positive est très importante et permettra de changer les mentalités, rompre les tabous et faire tomber les préjugés encore trop profondément ancrés dans les représentations collectives. Il est également nécessaire de savoir comment et quand intervenir de manière pertinente pour protéger au mieux l'enfant en état de crise d'épilepsie.



Il est alors nécessaire d'utiliser un langage et une terminologie faciles et simples, étant donné que les jeunes enfants peuvent être dépassés par les faits et les mots inhabituels. En parler aussi aux parents des camarades de classe ou autres groupes d'amis, afin qu'ils puissent veiller à ce que les camarades de l'enfant épileptique ne dramatisent pas la chose et ne les évitent pas parce qu'ils sont effrayés. Cela les aidera à gérer les activités et à être attentifs à tout ce qui pourrait déclencher une crise.

Les enfants sont naturellement curieux et s'interrogent fréquemment sur la maladie de leur camarade et jouent notamment un rôle indéniable pour faire évoluer le regard sur le handicap. C'est pour cela qu'il est important de s'assurer qu'ils soient tous bien informés et ne soient pas effrayés, ce qui leur permettra d'avoir moins peur en cas de crise et de combattre toute incompréhension.



De son côté, l'école doit disposer de documents imprimés ou en ligne qui expliquent bien l'épilepsie : je communique avec des images pour donner des explications. Pourquoi ne pas créer une bande dessinée ?

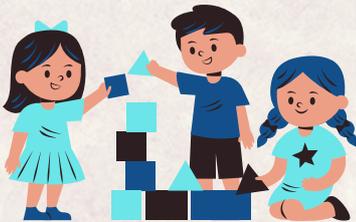
Je présente des illustrations tout en communiquant des informations simples sur l'hygiène et les maladies.

Je prépare mon classeur de communication (pictogrammes).

Je propose aux enfants de regarder des vidéos (dessins animés) qui parlent de l'épilepsie, destinées aux enfants dans le but de dédramatiser cette maladie.



Réaliser des ateliers ludiques permet de dédramatiser le handicap. Des pièces théâtrales permettent également de changer notre regard vis à vis de tout type de handicap (à mettre en place au quotidien).



Définitions des concepts ou terminologies spécialisées évoqués dans cette étude de situation :



L'épilepsie :

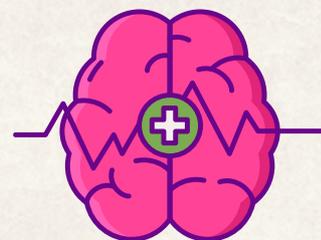
C'est une pathologie neurologique qui est très fréquente. Il existe différents types :

- Épilepsie tonico clonique
- Épilepsie myoclonique
- Épilepsie dite absence

Elle correspond à une hyperexcitation des neurones d'une partie du cerveau. Le diagnostic se fait par les symptômes pouvant être associés à ce qu'on appelle un EEG qui permet de détecter la présence d'une hyperexcitation des neurones dans le cerveau.

Causes :

- Lésionnelles (AVC)
- Consommation de drogue ou autres produits toxiques (alcool)
- Métaboliques
- Génétiques (généralement chez l'enfant)



Pourquoi la position latérale de sécurité ?

- Pour dégager les voies respiratoires
- Faciliter l'évacuation du vomi qui accompagne la crise
- Éviter les fausses routes

Les enfants épileptiques peuvent présenter des difficultés d'apprentissage, c'est pourquoi une prise en charge spécialisée sera nécessaire pour permettre un accompagnement adapté à l'enfant.



- Épilepsie, causes, mécanismes biologiques, symptômes, diagnostic et traitements : <https://institutducerveau-icm.org/fr/epilepsie/>
- Classification des crises d'épilepsie : https://youtu.be/zdXctCxz_ZE
- Que faire en cas de crise : <http://www.epilepsie-france.com/lepilepsie/maladie/que-faire-en-cas-de-crise.html>
- Raconte moi l'épilepsie, clip vidéo pour enfants : https://youtu.be/KoO_TiZHRZs
- Qu'est ce que l'épilepsie, clip vidéo pour enfants : <https://youtu.be/FV8NkvdJVOQ>

LA TRANSITION

Bien-être et apaisement d'un enfant ayant des troubles du comportement

Je suis en stage d'Éducatrice de Jeunes Enfants dans un Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), en France, qui accueille des enfants en situation de handicap psychique âgés de 8 à 16 ans, présentant des troubles du développement : déficience intellectuelle, troubles de la personnalité, du langage ou troubles psychoaffectifs. Les professionnels peuvent intervenir au sein du SESSAD ou tout lieu que côtoie l'enfant (école, domicile, centre de loisir, etc.).



L'équipe est composée d'une cheffe de service, d'une psychomotricienne, d'un psychologue, d'un éducateur de jeunes enfants, d'une éducatrice spécialisée et d'une monitrice éducatrice.

Jérémy est un enfant âgé de 9 ans. Sa mère est décédée d'un cancer lors de sa petite enfance. Il a des troubles du comportement. Cela se manifeste par l'utilisation d'un vocabulaire « vulgaire », des discours et des gestes violents. Il est suivi au SESSAD depuis 2 ans. Actuellement, durant une semaine il a : deux suivis avec le psychologue, un avec la psychomotricienne et un atelier avec une musicienne.





Pour le psychologue du SESSAD l'enfant serait atteint d'une psychose infantile alors que le pédopsychiatre associe plutôt les troubles de l'enfant à une problématique de deuil mal fait.

Les temps de transition d'une structure à l'autre sont très compliqués pour Jérémy, il aimerait à chaque venue au SESSAD pouvoir jouer au ballon dans la salle de psychomotricité. Lors des séances et des activités, il investit ces temps individualisés.

Enfin, Jérémy est également en conflit avec un autre enfant, Lilian, suivi au SESSAD à cause d'une dispute dans le jardin de leur immeuble. Cela se répercute lorsqu'ils se croisent au SESSAD. Ils se cherchent verbalement, ils veulent en venir aux mains.



La situation se déroule lors d'un temps de transmission entre l'école et le SESSAD.

Nous sommes jeudi, il est 13H45, l'éducateur de jeunes enfants va récupérer Jérémy à l'école pour l'accompagner à son rendez-vous avec la psychomotricienne au SESSAD.

A la sortie de sa classe, il demande : « Est-ce que Lilian est au SESSAD, parce que je vais le défoncer ».

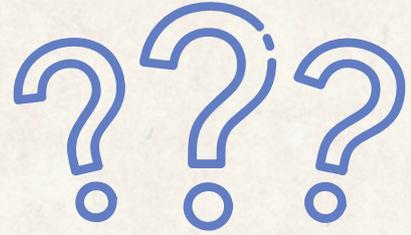
L'éducateur lui répond que non. Mais il lui explique aussi que lui et Lilian rencontrent des difficultés similaires et sont justement suivis au SESSAD pour leur permettre d'être accompagnés et aidés. Il faut essayer de se dire bonjour et se respecter.



Lors du trajet à pieds vers la voiture, un vélo est accroché à un grillage. Jérémy lui met un coup de pied. L'éducateur lui explique qu'il appartient à une personne, qu'il ne faut pas l'abîmer et que ça pourrait lui apporter des soucis de faire cela. Arrivé dans la voiture, Jérémy dit qu'il est puni de sortie parce qu'il a frappé un autre enfant dans le jardin et qu'il passe son temps à la maison à jouer à « Fortnite » (jeux vidéo de guerre).

Lors de son entrée au SESSAD, Jérémy fonce sur la photo de Lilian accrochée au mur et crache sur celle-ci. La psychomotricienne intervient et lui demande de nettoyer la photo. Elle lui explique que ce n'est pas un comportement à avoir au sein de la structure.





Suite à cette situation, je me suis beaucoup questionnée :

- Comment aider Jérémie à utiliser un langage plus adapté à la vie sociale ?
- Quelles activités peut-on mettre en place pour lui permettre de contrôler sa colère ?
- Est-ce de l'agressivité, de la violence ou une pulsion ?
- Comment les différents actes de l'enfant sont marqués et repris avec lui ?
- Quel peut-être l'origine des comportements agressifs de Jérémie ? Est-ce lié au décès de sa mère ?
- Comment peut-on aider l'enfant dans ses comportements et gestes agressifs ? Que peut-on préconiser pour lui permettre de se sentir mieux ?
- Est-ce que les jeux de guerre peuvent renforcer la violence d'un enfant ?
- En sachant que les transitions d'une structure à l'autre sont compliquées pour Jérémie, que peut-on mettre en place pour l'aider ?
- Comment apaiser l'enfant dans des situations compliquées à gérer pour lui ?



Lors des ateliers d'échanges sur nos pratiques menées dans le cadre de ce projet, nous nous sommes arrêtés sur l'impact de l'abandon, la séparation et le deuil concernant les jeunes enfants en situation de handicap. Les transitions d'un établissement à l'autre sont peut-être compliquées au vu de l'histoire de l'enfant.



Dans un second temps, nous avons échangé sur les termes "agressivité", "violence" et "pulsion". Mais aussi sur la signification de la « punition » : est-ce un acte d'isolement, une remise du cadre, un rappel des règles de vie en société... Nous avons conclu que la punition n'était pas le terme, c'était plutôt un accompagnement bienveillant. Nous avons par la suite échangé sur les éducations alternatives.

Nous avons évoqué l'importance de la valorisation de l'enfant et le « renforçateur », un concept auxquels nos partenaires du Maroc ont souvent recours et qui évoque ce que les canadiens appellent aussi le « renforcement positif », c'est-à-dire le fait de souligner verbalement auprès de l'enfant une action positive qu'il a mise en œuvre (« Super ! » « Bravo ! » « Tu as réussi, bien !! », etc.)



Enfin, la priorité est le bien-être de l'enfant. Cela peut être atteint en diminuant sa souffrance intérieure et en trouvant des moyens d'apaisement.

Nous avons également évoqué les activités sensorielles pour une reconnexion avec le corps, un moment privilégié d'apaisement et de détente. En plus de cela, des ateliers culinaires pour un partage et une valorisation de la capacité de réalisation de l'enfant.



La médiation animale peut permettre à l'enfant de se canaliser en prenant soin de l'animal à travers le respect et l'écoute des besoins.

La nature et les potagers sont des lieux apaisants où l'enfant peut être acteur, dans la découverte et l'expérimentation.

On pourrait proposer pour canaliser ses pulsions agressives une autre médiation plus adaptée qu'un jeu vidéo, déconseillé au moins de 12 ans.

Un atelier de musicothérapie dans lequel l'expression de la pulsion peut être médiatisée par l'instrument percussion, batterie, voix.

Un atelier artistique de peinture ou d'argile au sein duquel la destruction de l'objet est possible, mais accompagnée par l'animateur de l'atelier.

Des jeux vidéo adaptés à l'âge de l'enfant, qui permettraient d'exprimer ses pulsions agressives dans un cadre réglé et contenant.



Des liens et des rencontres avec le père de Jérémy pourrait aussi être régulièrement organisés pour collaborer sur l'intérêt du projet de soin de Jérémy . Lors de ces temps, il serait envisageable de faire découvrir au père des modèles d'éducation alternative tels que la discipline positive et la communication non violente.

Enfin, il paraît indispensable de poursuivre le suivi psychologique et psychomoteur pour permettre à l'enfant de mieux élaborer son histoire et le deuil maternel et l'aider à trouver des ressources « dans son corps » pour canaliser ses pulsions, son agressivité.



Définition des concepts ou terminologies spécialisées évoqués dans cette étude de situation:

ESPACE SNOEZELEN

Développé dans les années 1970 par deux jeunes hollandais (AD Verhuel et J. Hulsegge). C'est une salle adaptée qui fait appel à de multiples sens (odorat, vue, toucher, goût et l'ouïe) qui vise le bien-être et l'épanouissement.

LA MÉTHODE ABA (APPLIED BEHAVIOUR ANALYSIS)

C'est l'analyse appliquée du comportement de l'enfant autiste. C'est un programme de technique qui l'aide à améliorer ses comportements et développer ses compétences. Il permet par le biais de renforçateur d'augmenter un comportement ou par le biais d'une analyse fonctionnelle (grille d'observation) de diminuer un comportement qui pose problème. Cette méthode est issue des théories de l'apprentissage.

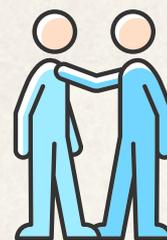


LA DISCIPLINE POSITIVE (CONCEPT AMÉRICAIN)

Elle porte sur la valorisation de l'enfant, le rappel du cadre et des règles de vie en société. Elle permet de rediriger son attention sur une autre activité qui l'intéresse pour lui permettre de se calmer tranquillement. Il est nécessaire de responsabiliser et autonomiser l'enfant.

LA COMMUNICATION NON-VIOLENTE (CNV)

Ce type de communication et d'entrée en relation permet d'avoir des relations saines, fondées sur le respect de l'autre, la prise en compte des besoins de chacun, l'écoute, l'empathie. Cela permet une communication bienveillante. Il faudra adapter la méthode selon l'âge de l'enfant.



Sitographie



- De l'utilité des jeux de guerre et d'affrontements : <https://www.yapaka.be/video/video-pourquoi-laisser-lenfant-jouer-a-la-guerre>
- Rêve et réalité : une clinique du jeu vidéo comme médiation thérapeutique : <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2009-4-page-87.htm>
- Livre de Jane NELSEN, la discipline positive : en famille et à l'école comment éduquer avec fermeté et bienveillance : <https://livre.fnac.com/a7395122/Jane-Nelsen-La-discipline-positive>
- Le soutien au comportement positif : <http://www.storiesofinspiringteachers.com/le-soutien-au-comportement-positif>
- Catherine GUEGUEN, "Pour une enfance heureuse", Collection Pocket Santé, Ed. Pocket, 2015 <https://www.cultura.com/p-pour-une-enfance-heureuse-repenser-l-education-a-la-lumiere-des-dernieres-decouvertes-sur-le-cerveau-9782266254090.html>
- Communication non-violente : <https://youtu.be/culUSHRNyOw>

FAIRE LES COURSES DANS UN SUPERMARCHÉ

L'enfant autiste face aux stimuli externes

Je suis la maman de Mounir, âgé de 5 ans, porteur d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) et scolarisé au Maroc, à l'Institution Tahar SEBTI. Mounir y bénéficie d'un suivi en psychomotricité, ainsi que d'un suivi en orthophonie, mis en place dans un second temps.



La situation se passe au supermarché, dans les premiers temps où j'avais décidé d'emmener Mounir avec moi pour faire les courses.

Dès notre entrée dans le magasin, mon enfant a été attiré par toutes les couleurs et les différentes marchandises présentées dans les rayons et voulait tout attraper. Il tentait de déchirer tous les emballages et d'ouvrir tous les paquets. Quand j'ai essayé de l'en empêcher, il s'est mis à faire une crise et ne voulait rien entendre de mes explications : il s'est allongé par terre et à commencer à hurler de toute ses forces en refusant de se mettre debout.





J'ai dû le prendre dans mes bras pour le faire sortir du magasin. Cette situation s'est répétée plusieurs fois mais cela ne pouvait pas continuer : je devais chercher des solutions pour pouvoir l'emmener avec moi faire les courses.

Cette situation m'a beaucoup fait réfléchir et me poser un certain nombre de questions :

- Pourquoi Mounir ne peut-il pas comprendre ce type de situation et entre en crise alors que je lui explique qu'il doit se calmer ?
- Comment permettre à Mounir de ne pas faire une crise dès qu'il entre dans un magasin ? Comment éviter cette situation ?
- Quels outils puis-je utiliser en tant que maman pour aider mon fils à s'adapter aux codes sociaux nécessaires dans un supermarché ?



J'ai évoqué cette situation avec les professionnelles de l'Institution Tahar SEBTI. Nos échanges m'ont fait comprendre que Mounir, en tant qu'enfant porteur d'un TSA, dans un magasin, est sûrement troublé par une hypersensibilité sensorielle. Cela signifie qu'il y a pour lui la présence d'une sensibilité accrue à la stimulation des sens.

Dans un supermarché, un enfant atteint de Troubles du syndrome Autistiques est exposé à des hyper stimulations provoquées par tout ce qui l'entoure. Cette hyper stimulation peut s'appliquer à l'un des cinq sens que nous connaissons tous – le toucher, la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût – ou les trois autres que nous connaissons moins – l'équilibre (vestibulaire), la proprioception et la perception du temps. C'est sans doute ici la raison de l'agitation de Mounir dans un espace, le supermarché, connu pour être un lieu où abondent les stimulations sensorielles : musique, lumière des néons, rayonnages et packaging attrayants par les multiples couleurs qui les composent, le nombre de personnes qu'il y croise aussi.



Les professionnelles de l'Institution Tahar SEBTI m'ont aussi expliqué que les enfants et adultes présentant une hypersensibilité sensorielle, se plaignent souvent de stimuli sensoriels que les autres perçoivent comme ordinaires. Qu'il s'agisse d'un son, d'une sensation ou d'une odeur, il peut être presque impossible pour eux de contrôler leur réponse à ces stimulations sensorielles extrêmes. Quand un enfant est en surcharge sensorielle, il peut présenter une agitation, des manifestations d'angoisse, des crises de colère, une augmentation ou apparition d'automutilations, une augmentation des stéréotypies, être fatigué, avoir des troubles du comportement.

De nombreux ouvrages écrits par des personnes porteuses d'un TSA témoignent très bien de ces difficultés sensorielles et des réactions compliquées que cela peut provoquer chez elles. Ce sont des outils pratiques et abordables pour comprendre le monde intérieur de la personne souffrant d'un TSA. Temple GRANDIN en fait récit dans "Ma vie d'autiste" ou encore Higashida NAOKI, enfant de 13 ans qui a appris à communiquer grâce à une grille alphabétique et pu transcrire son vécu quotidien dans son livre "Sais-tu pourquoi je saute ?".





Face à ces difficultés et à grâce à ma détermination à pouvoir emmener Mounir faire les courses avec moi sans qu'il fasse ses crises, j'ai cherché des solutions.

Tout d'abord, j'ai observé mon enfant et j'ai eu l'idée d'anticiper les sorties au supermarché : en verbalisant et en montrant des images du lieu la veille au soir, en faisant la liste avec lui des achats à faire et en lui proposant à l'avance une récompense qui lui plaisait. Il a fallu que je rallonge progressivement le temps des courses pour éviter à mon enfant de trop souffrir des stimulations sensorielles. Ainsi, même si mon fils est gêné par le bruit et la lumière, il est capable aujourd'hui de faire les courses avec moi.



Cela n'a pas toujours été simple mais avec une observation fine, l'utilisation de renforçateurs positifs plus ou moins forts et de supports visuels je suis parvenue à lui éviter de faire des crises et à pleurer en public



Définition des concepts ou terminologies spécialisées évoqués dans cette étude de situation:



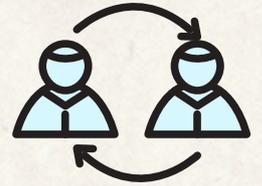
RENFORCEMENT POSITIF :

Le renforcement positif est une méthode que l'on utilise pour créer, maintenir ou induire des conduites adaptées. Le renforcement positif est une ressource utilisée dans la thérapie comportementale et l'éducation. B.F. SKINNER, psychologue américain a suggéré que le renforcement positif est celui qui permet de renforcer certains modèles de comportement. Selon lui, le renforcement positif est tout ce qui nous aide à répéter un comportement souhaité. Cette technique donne des résultats très positifs dans les traitements comportementaux tels que la thérapie ABA (Applied Behavior Analysis) conçue par le psychologue clinicien Ole Ivar LOVAAS et spécialement indiquée pour les enfants atteints d'autisme.



Dans la situation présentée plus haut, la maman a procédé par essai-erreur et a eu l'idée de proposer à son fils des renforçateurs positifs pour l'aider à dépasser ses difficultés et sa frustration. Dans les méthodes behavioralistes il existe plusieurs niveaux de renforçateurs à savoir utiliser à bon escient. Le parent est la meilleure personne pour indiquer à un professionnel qui chercherait à mettre en place des renforçateurs pour permettre à un enfant d'être encouragé à adapter son comportement.

LA COMMUNICATION ALTERNATIVE ET AUGMENTÉE :



La définition de la communication alternative et augmentée fait référence au domaine de la pratique clinique qui tend à apporter des compensations (temporaires ou définitives) aux déficits et incapacités des individus souffrant de troubles sévères de la communication au niveau de l'expression : troubles du langage parlé et troubles moteurs affectant l'écriture. (ALM et PARNES, 1995 cités par C.CHEVRIE-MULLER et J.NARBONA J. -1999-).

Le terme "alternative" signifie que les personnes qui ne disposent pas du tout du langage oral ont besoin de stratégies alternatives à la parole, c'est-à-dire de techniques qui la remplacent. Elles leur permettent de communiquer différemment.

Ici la maman explique avoir utilisé des images pour permettre à l'enfant d'anticiper et de se préparer à une situation douloureuse.

Il existe de nombreuses déclinaisons de communication alternative et augmentée telles que les pictogramme, PECS (Système de communication par échange d'image), Le Makaton et bien d'autre que les professionnels orthophonistes ou éducateurs peuvent proposer à l'enfant et à sa famille afin de faciliter l'expression de l'enfant, lui permettre d'avoir un code commun avec les proches mais aussi de travailler les prérequis de la communication que sont le tour de rôle, l'attention conjointe, l'imitation, le pointage et le regard.



Sitographie



- Pour mieux comprendre les particularités sensorielles de l'enfant avec autisme <https://www.clepsy.fr/autisme-et-deficit-intellectuel-prendre-en-compte-les-particularites-sensorielles-de-votre-enfant/>
- Site proposant du matériel sensoriel : <https://www.hoptoys.fr/222-j-ai-des-particularites-sensorielles>
<https://www.stimtastic.co>
- Vidéo pour mieux comprendre les hypersensibilités : <https://www.youtube.com/watch?v=K2P4d6G3gw>
- Pour mieux comprendre la question du renforcement positif: <https://nospensees.fr/quest-ce-que-le-renforcement-positif-et-comment-lutiliser/>
- Pour mieux comprendre la communication alternative et ses outils : <https://handirect.fr/communication-alternative-celia/>

TROUBLES DE COMPORTEMENTS EN CLASSE

Besoins individuels d'un enfant atteint de troubles auditifs et autres troubles associés, à l'école

Le contexte d'intervention est celui d'une classe spécialisée française accueillant 13 enfants du Cours Préparatoire au Cours Moyen 2, déficients auditifs sévères et profonds, d'intelligence normale, sans troubles associés graves, aptes à suivre une scolarité adaptée. Ces classes ont pour mission de conduire les jeunes déficients auditifs qui le souhaitent au plus haut niveau d'étude possible à partir d'un projet individuel personnalisé.



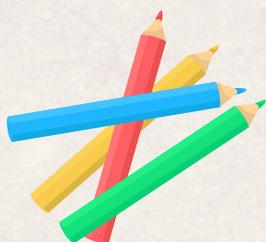
L'établissement promeut une coéducation avec l'Éducation Nationale en constituant une équipe de suivi de scolarité tenant compte de la spécificité du handicap de chaque enfant. L'enfant déficient auditif accède à des techniques de communication spécifiques telles que le Langage Parlé Complété (LCP), la Langue des Signes Française (LSF), français signé en fonction de ses besoins et de la demande des familles.

L'établissement propose un enseignement spécialisé adapté à la déficience délivrée par des professeurs spécialisés titulaires du C.A.P.E.J.S (5), des éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs, une interprète en langue en LSF, une codeuse en LPC, une psychologue, de plusieurs orthophonistes, d'une psychomotricienne, d'une audioprothésiste.



Je suis en formation d'Éducatrice de Jeunes Enfants et réalise un stage au sein de cette classe spécialisée.

Hugo est un jeune garçon âgé de 7 ans ayant une déficience auditive qui est arrivé dans une classe de CP spécialisée depuis septembre. C'est un enfant très agité qui est très peu disponible pour les apprentissages. Il a de grandes difficultés à mémoriser les règles de vie simples : il court dans les couloirs, autour des tables, saute, déplace les tables, etc. et ne comprend pas les situations qui l'entourent.



Il lui arrive d'avoir des conduites ritualisées, comme se colorier les ongles des mains dès qu'il a un feutre dans la main. Il est également très nerveux et grince beaucoup des dents.

Hugo fait régulièrement des bruits qui ressemblent à des grognements et met à la bouche les objets qui l'entourent. Il peut aussi renifler les vêtements des personnes qui l'entourent. Ses difficultés de concentration se multiplient lorsqu'une autre personne rentre dans la pièce, ce qui le fait "décrocher" de l'activité. Il peut répéter les mots/phrases plusieurs fois en un court instant. Au niveau du regard, il peut regarder les adultes en ouvrant grand les yeux. Enfin il peut réaliser des actions sans lien avec l'activité et il lui arrive parfois de baisser son pantalon sans explication.



Les parents de Hugo sont séparés. L'enfant vit avec son papa. Le père en a la garde. Hugo avait vécu avec sa maman à sa naissance prématurée, jusqu'à ses deux ans, ensuite la maman n'a pas été en mesure de le garder et c'est son père qui a pris le relais.



Des activités éducatives type Montessori lui sont proposées au cours des temps scolaires : transvasement, café à moude, découpage/collage, à prendre à visser/dévisser, cadre d'habillage, etc.

Hugo va bénéficier d'une observation au Centre Médico Psychologique (CMP) de son secteur. Il est également question d'une observation en hôpital de jour dans un service de pédopsychiatrie car l'enfant, outre ses troubles auditifs, présente d'autres troubles associés évidents au niveau du comportement, de sa compréhension et de sa relation aux autres.



Un jour, Hugo revient de la séance de psychomotricité qui se déroule en individuel au sein d'un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), accompagné par un adulte. En effet, Hugo bénéficie une fois par semaine d'un suivi dans ce centre pour réaliser ces séances de psychomotricité.

Il revient très agité. Il touche tout et ne peut pas rester assis, prendre place dans le groupe.
Il crie fort.



La maîtresse est en train de travailler le vocabulaire avec les deux autres élèves. Elle lui demande de s'asseoir en attendant qu'elle ait terminé. Il prend une image, la froisse et la cache derrière lui. Lorsque la maîtresse le remarque, elle lui explique qu'il ne faut pas faire ça. Elle lui demande de s'asseoir un moment à l'écart des autres.

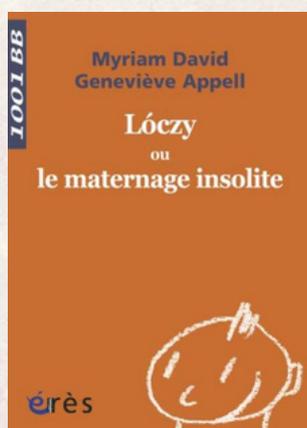
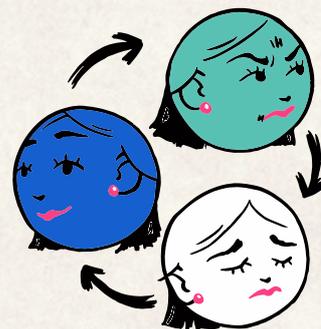
L'enfant se roule par terre. Nous remarquons qu'il ne sera pas disponible pour l'apprentissage qui lui sera demandé (travail sur le langage oral et signé). Je lui propose de le prendre individuellement. Au regard de l'agitation de l'enfant, nous avons eu du mal à trouver quelque chose qui l'apaiserait. Puis par la suite, l'enfant fait signe qu'il veut moudre du café. Ce que je lui propose. Très régulièrement Hugo est en demande de cette activité.

Suite à cette situation, je me suis posé les questions suivantes :

- Comment aider Hugo à mieux gérer les transitions d'un espace à un autre, d'une relation duelle à un groupe ?
- Comment l'aider dans ses grands moments d'agitation ? Comment l'aider à s'apaiser ? (par rapport à ses manifestations telles que le bruxisme notamment)
- Comment améliorer sa relation avec ses pairs, en interaction ?
- Concernant son projet individualisé, sur quoi s'appuyer pour favoriser son accompagnement ?
- Comment réajuster, réévaluer son emploi du temps régulièrement ?
- De quelle manière trouver une alternance entre travail/repos/jeu qui lui convienne ?



Concernant ses ressentis intérieurs, on peut penser que le niveau de sécurité affective d'Hugo a pu être affecté par plusieurs événements à portée traumatique qu'il a connus dès sa naissance : une naissance prématurée, une séparation avec sa mère dont il a été éloigné depuis ses deux ans pour vivre avec son papa. Au-delà de ses troubles, qui sans doute renforcent cette difficulté à gérer les transitions, on peut préconiser des actions éducatives permettant de l'aider à acquérir un sentiment de sécurité suffisant, mieux vivre les séparations et à passer de la relation duelle au groupe.



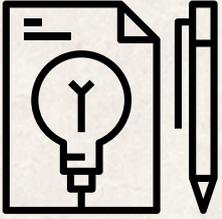
Lors de notre atelier, nous avons évoqué le livre écrit par Geneviève APPLE et Myriam DAVID, "Lóczy ou le maternage insolite". Ce livre apparaît en effet comme une ressource riche pour aider l'équipe à mieux accueillir la souffrance apparente de Hugo. Dans ce recueil, les auteurs témoignent de la pratique d'un orphelinat hongrois ou le médecin Emmi PIKLER invite à s'affranchir du poids du collectif et à se recentrer sur l'enfant dans ces précieux temps de soin qui déterminent la richesse de son activité autonome, son épanouissement dans le groupe et son bon développement psychologique.

Pour aider Hugo à mieux gérer ces transitions et à l'équipe de s'interroger sur sa difficulté à les gérer, l'ouvrage du pédiatre et psychanalyste Donald WINNICOTT, "Jeu et réalité" a été évoqué : "l'espace potentiel" représente également une ressource toujours utilisée aujourd'hui par les professionnels de la petite enfance. Pour WINNICOTT, le passage du principe de plaisir (croyance dans le fait que le désir puisse être immédiatement satisfait grâce à la toute-puissance des pensées) au principe de réalité (reconnaissance des obstacles et limites qui s'opposent à la réalisation du désir dans la réalité) ne peut se réaliser de façon immédiate et brutale. La désillusion de l'enfant relative à l'adéquation de la réalité à son désir devrait non seulement être progressive, mais aussi, elle ne devrait jamais être absolue sous peine d'entraîner des incidences pathologiques subsistant durablement dans la vie de l'homme adulte.



Toujours dans la recherche de pistes pour permettre à cet enfant de mieux gérer son instabilité et de se sentir plus en sécurité quand il passe d'un espace et d'une personne à une autre ou à un groupe, il est intéressant de se pencher également sur les notions de "contenance", de "transformation", de "peau ou enveloppe psychique" qui sont des métaphores qui tentent de rendre compte des conditions à partir desquelles un sujet peut se sentir exister dans sa peau, dans son corps, dans son individualité, et peut développer un sentiment de sécurité interne. De nombreux psychologues ont décrit ces notions de contenance.





Par ailleurs, on peut se renseigner sur le projet individualisé de l'enfant. Un projet de soin individualisé notifié par un médecin scolaire ou en lien avec son suivi thérapeutique en institution serait sans doute utile. Il s'agirait de pouvoir optimiser l'accueil de cet enfant dans cette classe.

Par rapport à l'agitation et au stress décrit chez cet enfant, plusieurs pistes sont à explorer en lien avec son projet médical, ainsi que des actions à proposer pour lui permettre un suivi davantage adapté à ses besoins. Par exemple, la séance dont bénéficie Hugo une fois par semaine à la piscine peut nous intéresser comme outil de médiation à utiliser plus régulièrement comme source d'apaisement. En effet, ce moment de partage et l'élément eau avec un accompagnant permet à l'enfant d'entrer en relation et de prendre conscience de son corps immergé dans l'eau.



Il faudrait enfin envisager l'idée que l'éducateur puisse rencontrer la famille, inviter davantage le parent à relayer des informations relatives aux soins de l'enfant aux différents partenaires évoluant autour de son enfant (sur le plan pédagogique, rééducatif et médical) si cela n'a pas encore été fait.

Les échanges que nous avons eus lors de notre atelier m'ont permis de concevoir des actions à mettre en place, telles que :

- Revoir les aménagements pédagogiques au travers du projet individuel de l'élève/ projet personnalisé de scolarité (PPS) : favoriser les observations croisées, entre éducateurs, psychologues, orthophonistes, médecin de l'institution où l'enfant est suivi en lien avec le médecin scolaire afin d'adapter le projet individuel de l'enfant.
- Réévaluation de son projet actuel : évaluer l'efficacité de son programme actuel : emploi du temps, repérer les limites et les leviers favorables chez cet enfant pour se sentir mieux.
- Proposer des temps individualisés réguliers de qualité avec un professionnel rassurant et contenant pour l'aider à construire des repères dans le temps, aider aux transitions.
- Anticiper les transitions, la continuité de l'accueil tout au long de la journée (l'accueil, anticipation des passages, des transitions, aménagement de l'espace matériel relationnel, sensoriel).
- Favoriser la communication entre les professionnels : demander à ce que l'éducateur puisse participer à une séance et des temps de rencontre avec les orthophonistes et avec le psychomotricien en présence de l'enfant pour favoriser la communication, faire ressortir les évolutions, partager les éléments qui peuvent être favorables pour l'enfant.

Nous avons également réfléchi sur le travail de l'éducateur de mise en lien entre les différents intervenants, rééducateurs, soignants :

- Lien avec la famille : proposer un espace de parole pour mieux comprendre le quotidien de l'enfant, évaluer ses difficultés, partager les solutions trouvées dans son quotidien à la maison.
- S'appuyer sur les centres d'intérêt de l'enfant, essayer de comprendre d'un point de vue multidisciplinaire ce qu'ils sont afin de lui proposer d'autres activités et lui permettre de les généraliser dans son quotidien
- Proposer en accord avec la maîtresse des moments plus individualisés à l'enfant et lui laisser le temps de faire des demandes et choisir les activités qu'il souhaite (transvasement, écraser une craquette, enfiler des perles en fonction d'un code couleur, habiller, boutonner, déboutonner).
- S'appuyer sur ses centres d'intérêt et l'amener à les généraliser en petit groupe.



Etant donné que les sorties piscines semblent lui profiter, pour répondre à son besoin d'apaisement, il semble pertinent de reprendre des ateliers à médiation aquatique pour permettre à Hugo de retrouver une contenance physique et psychique.

Des outils peuvent être proposés pour réduire ces troubles de l'oralité et ainsi essayer d'apaiser l'enfant. Il pourrait être suggéré de lui donner un bâton de mastication sensoriel. Cet objet est une aide pour calmer l'enfant mais également pour l'aider à se concentrer et à s'autoréguler. Les colliers de mastication sont une bonne alternative puisqu'ils permettent à l'enfant de les utiliser dès qu'il en ressent le besoin. Le massage des gencives peut éventuellement aider l'enfant à réduire le besoin de mastication en apportant une contribution orale différente. Le massage va ainsi permettre d'augmenter la conscience orale des enfants hypo sensibles tout en étant apaisant et agréable ou de désensibiliser en cas d'hypersensibilité.



Il paraît également nécessaire de poursuivre la prise en charge une fois par semaine avec un psychomotricien et une psychologue

Par ailleurs, une orthophoniste lui propose des ateliers de groupe ainsi qu'individuellement pour travailler davantage sur le langage (atelier musique/atelier DNP = Dynamique Naturelle de la Parole).

Enfin, une éducatrice lui propose des temps à la piscine, une fois par semaine.



Définition des concepts ou terminologies spécialisées évoqués dans cette étude de situation:



Le bruxisme :

Se définit comme le grincement ou le serrement involontaire des dents. Il s'agit d'un trouble dont autant les adultes que les enfants peuvent être inconsciemment atteints. La gravité et l'ampleur du bruxisme peuvent varier au cours de la vie.

La Dynamique Naturelle de la Parole (DNP)

Technique orthophoniste qui soutient et stimule le développement de la parole et du langage. Partant du principe que la parole est ancrée dans le corps et sollicite la sensorialité globale, la DNP propose de traiter de façon sensori-motrice, visuelle et auditive chacun des paramètres du langage pour faire émerger la parole et pour l'enrichir progressivement. Elle est destinée initialement aux enfants sourds mais cette méthode est aujourd'hui également utilisée pour des pathologies plus globales du langage oral.



L'orthophoniste utilise ce mode de communication alternative en réalisant des traces sur différents supports : peinture au doigt, dans le sable, mouvement du corps entier... La DNP est avant tout ludique. Elle fait ressentir les sensations que procure la production de parole en facilitant l'émission des sons et aide à mémoriser l'articulation et le sens des mots.



- Pour mieux comprendre le rapport au projet scolaire personnalisé :

<https://ash-ain.circo.ac-lyon.fr/spip/spip.php?article496>

<https://blogacabdx.ac-bordeaux.fr/ash40/2018/09/27/trame-projet-individuel->

ulis/file:///C:/Users/Corinne%20LIMASSET/Downloads/note-projet-individuel-d-ulis-17391.pdf

- Pour mieux comprendre la définition de contenance psychique :

https://www.researchgate.net/publication/270841588_La_fonction_contenante_une_revue_de_la_litterature

- Par Myriam David, Geneviève Appell, "Lóczy ou le maternage insolite". Editions ERES 2008 :

<https://lesprosdela petiteenfance.fr/vie-professionnelle/biblio-pro/loczy-ou-le-maternage-insolite>

- Donald Woods Winnicott, J.-B. Pontalis, J.-B. Pontalis, "L'espace potentiel, Jeu et réalité",

Gallimard : https://www.scienceshumaines.com/jeu-et-realite_fr_12984.html

Enfants en situation de handicap : bénéfiques de l'eau et des activités en piscine :

- Sous la direction de Catherine Potel, CLINIQUES PSYCHOMOTRICES, PSYCHOMOTRICITÉ

"Dans l'eau. Pour une psychomotricité aquatique : Théories et cliniques" Editions IN PRESS

<https://www.inpress.fr/livre/dans-eau-catherine-potel/>

https://monbebenageur.fr/enfants-en-situation-de-handicap-benefices-de-leau-et-des-activites-en-piscine/#LES_MALENTENDANTS_ET_MALVOYANTS

DU BEGAIEMENT A LA CONFIANCE EN SOI

Accompagner les difficultés d'apprentissages scolaires d'un enfant atteint de paralysie cérébrale



La situation se déroule au Maroc, à l'Institution Tahar SEBTI

qui accueille les élèves en situation précaire issue de milieux défavorisés ou en situation de handicap. J'y fais mon stage d'Éducatrice de Jeunes Enfants.

Souleymane, âgé de 9 ans, est atteint de paralysie cérébrale (antérieurement nommée « Infirmitté Motrice Cérébrale ») et cela suite à une souffrance néonatale ayant provoqué une anoxie cérébrale (privation de l'apport d'oxygène au cerveau) entraînant des lésions diffuses durant son développement.



L'enfant a été pris en charge précocement par une équipe pluridisciplinaire :

- Kinésithérapie : la rééducation a débuté à l'âge de 1 an (période optimale pour la rééducation neuromotrice car la plasticité cérébrale est à son maximum), pour tonifier les muscles et améliorer la mobilité et les performances fonctionnelles.
- Orthophonie : pour l'aider à acquérir le langage et faciliter son élocution, à raison d'une fois par semaine.
- Psychomotricité : pour faciliter la prise de conscience du corps (1 fois par semaine)



Des aménagements scolaires sont mis en place pour faciliter son parcours scolaire. Les parents de l'enfant sont très impliqués, ce qui lui a permis de développer une certaine autonomie et l'a aidé à surmonter ses difficultés au quotidien.

Malgré son jeune âge, Souleymane combat les clichés que doivent souvent porter les personnes en situation de handicap grâce à sa détermination et sa joie de vivre ; il fournit des efforts énormes et n'hésite pas à demander de l'aide lorsqu'il en a besoin.



Un lundi matin, j'étais avec Souleymane dans une salle spécialisée, dédiée à la révision du programme scolaire et des programmes adaptés par les professionnels de santé pour l'enfant.

Étant donné que c'était mon premier jour de stage, j'étais très curieuse de connaître les difficultés que rencontrait l'enfant et les moyens pour y remédier.

Je devais poser des questions à Souleymane, de difficultés croissantes et lorsqu'il ignorait la réponse, je m'aperçu qu'il se mettait à bégayer. J'ai demandé à son Auxiliaire de Vie Scolaire si son bégaiement était toujours présent lorsqu'il voulait parler ou si cela survenait pendant des moments bien précis pendant la journée, ou encore avec des gens qu'il ne connaissait pas . Je voulais savoir si ma présence le dérangeait et pouvait être éventuellement la cause de son bégaiement. Toutes ces questions avaient pour but de mieux connaître l'origine de ce trouble de la parole.





En effet, l'AVS m'a expliqué que Souleymane n'aimait pas l'échec et lorsqu'il ne connaissait pas la réponse, il pouvait commencer à paniquer et à transpirer. Cela lui arrivait surtout pendant les examens : certaines fois, il pouvait oublier la réponse, ses fonctions cognitives étant atteintes. Cependant, il restait toujours plus efficace lorsqu'on l'encourageait.

Cette situation m'a fait me poser beaucoup de questions sur les situations de difficultés des enfants en situation de handicap face aux apprentissages scolaires :

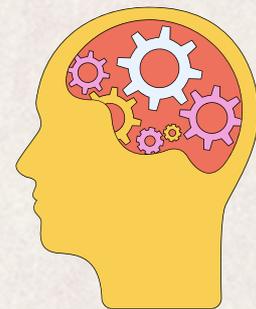
- Que faire face à l'échec de l'enfant ?
- Comment remédier au bégaiement ?
- Quelle est l'importance de l'implication des parents dans la prise en charge de leur enfant ?
- Quel est l'intérêt d'une prise en charge précoce ?
- Est-ce qu'on guérit du bégaiement ?
- Quel est le rôle des fonctions cognitives ?



Dans ce type de situation où l'enfant est en situation d'échec, il est nécessaire d'apprendre à rester calme et patient et inciter l'enfant à ne jamais abandonner, mettre la lumière sur ses forces et ses qualités, lui rappeler ses progrès et valoriser ses réussites tout en lui expliquant que le fait d'échouer n'est qu'une étape vers la réussite.



Il importe toutefois de respecter le rythme d'apprentissage, choisir le bon style d'apprentissage et le canal que l'enfant utilise le plus pour apprendre. Il est important de toujours tenir compte de ses forces et de ses limites pour éviter de le décourager. Les fonctions cognitives sont nombreuses. On cite : la mémoire à court terme, la mémoire de travail, l'attention. Elles jouent un rôle très important dans l'apprentissage, et permettent de communiquer, d'interagir avec l'entourage et de réaliser des objectifs pour un but précis.



Il est très important aussi de ne pas réduire l'enfant en situation de handicap à ses limites.

Il est par ailleurs toujours utile de consulter ceux qui s'occupent des problèmes d'élocution et les professionnels de la santé, telle que l'orthophoniste ou un médecin afin de pouvoir établir un projet thérapeutique adapté pour y remédier. En effet, le bégaiement se traite, mais on ne peut pas dire qu'il "se guérit" car il s'agit d'un dysfonctionnement et non pas d'une maladie. Ce trouble de la parole sera mieux traité par une prise en charge précoce, car avec le temps il se peut qu'il se révèle difficile à soigner.

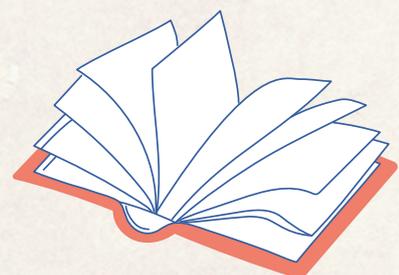


Lorsque les parents n'essaient pas d'exercer un contrôle et qu'il respecte le rythme de leur enfant, lorsque leur action montre qu'ils accordent de l'importance à l'éducation de leur enfant et qu'ils sont coopérants avec les professionnels de santé (qui effectuent des guidances parentales) et le corps éducatif, leur enfant aura toujours tendance à évoluer positivement et à réaliser beaucoup de progrès.



Les échanges de pratiques menés dans le cadre de ce projet nous ont permis d'envisager des actions à mettre en œuvre dans ce type de situation :

- Adapter les exercices selon le degré de la déficience intellectuelle de l'enfant
- Lui montrer des méthodes et moyens plus faciles et adaptés à ses capacités
- Lui apprendre à se poser les bonnes questions pour trouver la réponse afin de mieux réussir la prochaine fois
- Valoriser l'enfant dans le but qu'il se sente plus sûr de lui, l'amener à avoir le sentiment d'être capable d'agir et de réussir, afin de renforcer son sentiment de confiance en soi et favoriser ainsi la persévérance scolaire
- Mettre en place une intervention précoce qui lui permettra d'acquérir les compétences nécessaires pour son bon développement et mettre en place les bases nécessaires pour les futurs apprentissages, aussi bien sur le plan moteur que langagier et comportemental
- Lui proposer des activités de rééducation et de stimulation, par exemple : des exercices de relaxation, des exercices de respiration, des lectures à haute voix, du chant.





Définition des concepts ou terminologies spécialisées évoqués dans cette étude de situation:

La paralysie cérébrale :

Antérieurement appelée Infirmiété motrice cérébrale est un trouble moteur non progressif lié à une lésion du cerveau survenue en période anténatale, périnatale ou dans les mois qui suivent la naissance (avant 2 ans).

Le bégaiement :

Est un trouble affectant la fluidité verbale. Il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un TROUBLE. Cause : origine neurologique, psychologique, émotionnelle ou encore comportementale.

La guidance parentale :

Aide à accompagner et impliquer les parents face au handicap de leur enfant. Elle a pour but de fournir des outils théoriques et pratiques, adaptés à leur enfant, afin de les aider à surmonter les difficultés qu'ils rencontrent, en tant que parents.

Les troubles cognitifs :

Altération des fonctions cérébrales telles que : la mémoire de travail, l'attention...

La mémoire de travail est une mémoire à court terme qui permet de stocker les informations et de les manipuler temporairement.

Sitographie



La paralysie cérébrale :

- <https://youtu.be/gEfHlclSvN8>
- https://youtu.be/MN_hgEOpWh0
- <https://informations.handicap.fr/a-paralysie-cerebrale-recherche-intelligence-artificielle-32805.php>

Paralysie cérébrale et rééducation intensive :

- <https://youtu.be/IZ6k9EGvh0Q>

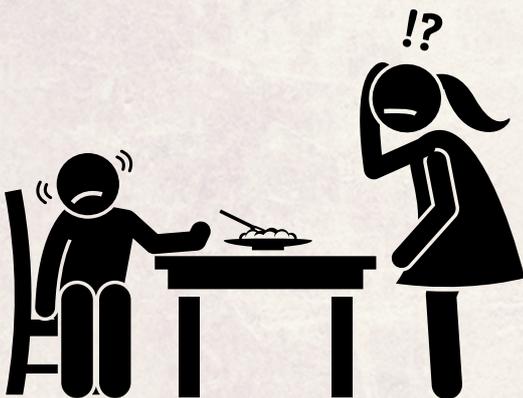
LE DIFFICILE MOMENT DU REPAS

Autisme et oralité : quand la tablette "fait écran"



La situation a lieu en France, au sein d'une Unité d'Enseignement en Maternelle pour enfants avec Autisme (UEMA), dans laquelle je fais un stage d'Éducatrice de Jeunes Enfants. L'UEMA est une classe spécifique intégrée à l'école maternelle. Elle accueille 7 enfants âgés de 4 à 6 ans, porteurs d'un Trouble du Spectre Autistique (TSA) et a pour objectif principal de permettre à l'enfant de poursuivre une scolarisation ordinaire ou spécialisée en partant de ses besoins.

Le Trouble du Spectre de l'Autisme est un trouble qui rassemble un ensemble de conditions caractérisées par des altérations des interactions sociales, des problèmes de communication, des troubles du comportement et enfin, des réactions sensorielles inhabituelles.



Adam, 4 ans, atteint de TSA, est un enfant dit « non verbal » (qui n'a pas l'usage de la parole) et qui rencontre de grandes difficultés au moment du repas. Pour lui, le repas est un moment désagréable. Pour le tenir à table et le faire manger, ses parents ont trouvé comme seule solution de le laisser face à la tablette tactile et à ses programmes préférés.

Avant même de commencer le repas, nous aidons Adam pour la transition (passage d'une activité au temps de repas) car nous savons que pour lui, c'est un moment difficile. Pour cela, nous lui montrons le pictogramme du repas présenté sur son schéma journalier. L'observation de ce pictogramme permet à l'enfant de visualiser que ça va être le moment de passer à table.



Suite à cela, nous l'accompagnons à table, dans une salle à part. Cette salle est également utilisée comme salle de loisirs à d'autres horaires. Ici, Adam refuse de s'asseoir et souhaite jouer.

Les professionnels mettent alors un "timer" en route, petite horloge permettant à l'enfant de visualiser le temps qui s'écoule. Quand le timer sonne, l'enfant comprend plus facilement que l'activité est finie.

Les professionnels utilisent également la tablette pour le faire manger. En effet, comme la mise en place de l'écran pendant le repas a été instaurée au domicile, cela a créé une « habitude » chez l'enfant.

Avant de lui laisser la tablette, les professionnels ont essayé plusieurs autres outils, autres renforçateurs, mais cela n'a rien changé. Adam refuse catégoriquement de manger, se tortille sur sa chaise et va jusqu'à la crise s'il n'a pas la tablette. Cette crise se manifeste par de l'auto-agressivité et des cris. La tablette est ici, utilisée comme un distracteur. L'objectif étant qu'Adam puisse manger tout en gardant le plaisir que le procure le fait de jouer avec la tablette.



Cette situation, qui se répète quotidiennement, m'a fait me poser de multiples questions :

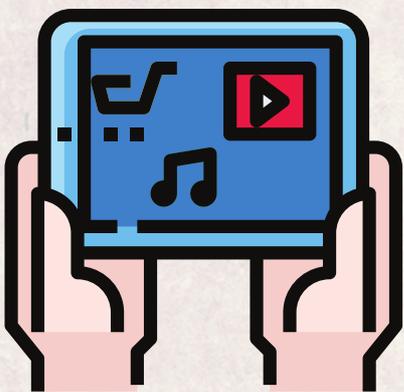


- Quels outils pourrait-on mettre en place pour que cette instance du repas devienne moins pénible pour Adam ?
- Pourrait-on remplacer le distracteur "tablette" par un renforçateur permettant à l'enfant de se concentrer plutôt sur le repas ?
- Si oui, quels renforçateurs pourrait-on utiliser, permettant à l'enfant et aux adultes de trouver une alternative à la tablette ?

Adam est habitué depuis tout petit à avoir les écrans lorsqu'il mange. Les conséquences sont multiples. Le fait qu'Adam mange devant un écran nous questionne sur l'impact sur sa santé physique. En effet, le fait que manger devant un écran réduit le sentiment de satiété et ne permet pas à celui qui mange de reconnaître le moment où il est repu génère un risque d'obésité . Par ailleurs, cela nous questionne aussi sur le fait que cette solution de tablette, risque de créer des freins à l'enfant dans son adaptation à la vie sociale.



Pour Adam, l'utilisation de l'écran a pour fonction de "faire écran" à une situation compliquée - peut-être même douloureuse - qu'est le moment du repas, pour lui. Comme il l'a été démontré dans les méta-analyses sur l'impact sanitaire des écrans, l'écran n'est pas la cause ou l'origine des difficultés mais plutôt un signal qui montre qu'il y a un trouble préexistant à cette situation qui est ici le fait que cet enfant TSA a beaucoup de mal à s'intéresser à la nourriture, à découvrir de nouveaux aliments, phénomène bien décrit dans tous les ouvrages de récits de vie écrits par des personnes avec autisme.



Pour Adam, nous savons que les voitures sont un renforçateur très puissant, mais cela ne fonctionne pas. L'attente pour Adam est très compliquée. Se retrouver face à son repas est un supplice.



Aujourd'hui tout un travail est élaboré avec l'équipe et la famille pour aider Adam à investir le temps des repas. Pour la famille, il est important de répondre à ses besoins primaires, donc de le nourrir.



L'équipe est, à ce jour, en réflexion à ce sujet et pour le moment, avant de retirer le distracteur "tablette", elle opte pour travailler sur la diversification alimentaire, et envisage, dans un second temps, d'enlever le distracteur.



Rappelons que quand nous mangeons, nous traitons des milliers de stimuli sensoriels. Ceci n'est pas toujours évident chez les personnes avec un TSA. Elles sont souvent envahies par les stimuli, même ceux n'ayant aucune utilité. De plus, elles peuvent avoir des difficultés à intégrer tous les stimuli en un seul tout. Ainsi, des difficultés d'intégration sensorielle peuvent avoir une influence sur le repas. Il est important de prendre en compte ces éléments pour réfléchir sur la question de la place de la tablette.



Les échanges avec les membres du projet ont été très riches. Plusieurs alternatives ont été proposées :

- Retirer directement l'écran. L'enfant ressentira forcément la faim à un moment donné et mangera.
- Mettre l'enfant face à un mur blanc, avec le time-timer devant lui.
- Instaurer des ateliers de découverte des aliments et des saveurs pour mieux saisir ce qu'Adam aime et n'aime pas. Proposer ce type d'atelier en dehors des temps de repas afin de ne pas se laisser piéger par l'exigence qu'il se nourrisse ou par la peur que l'enfant ne s'alimente pas suffisamment. Éviter de créer une attente trop forte envers l'enfant, ce qui pourrait avoir l'effet inverse
- Proposer un suivi avec un orthophoniste spécialisé dans les troubles de l'oralité.



Définition des concepts ou terminologies spécialisées évoqués dans cette étude de situation:



Précisions concernant le Trouble du Spectre Autistique :

Les enfants ayant un trouble du spectre autistique associé ou non à un déficit intellectuel, ont des difficultés pour manger. Or, ces difficultés peuvent être majorées par certaines situations : stress, changement dans le quotidien, etc. L'enfant est alors plus rigide que jamais sur l'alimentation.

Rappelons par ailleurs que manger nécessite plusieurs capacités :

- Capacités motrices : bouger ses lèvres, sa langue, ses mâchoires, etc.
- Capacités sensorielles (les 5 sens) : audition, vue, odorat, goût, toucher
- Capacités cognitives (qui regroupent toutes les fonctions du cerveau) : parler, voir, sentir, entendre, toucher, avoir un sentiment de satiété
- Capacités sociales : comportement souhaitable et accepté à table

Le trouble alimentaire :

C'est un décalage dans la quantité de nourriture ingérée (manger énormément, ne rien manger ou très peu)

Et/ou un décalage dans la variété alimentaire : sélection extrême des aliments, manger de tout, même ce qui n'est pas comestible/



Les problèmes d'alimentation les plus rapportés sont :

- Une trop grande sélectivité en lien avec le goût et la texture des aliments
- Une trop grande sélectivité du type de nourriture ou de sa marque
- Une rigidité en ce qui concerne la présentation de la nourriture dans l'assiette

La méthode ABA

Cette méthode a été initiée par Ivar LOVAAS, docteur en psychologie. L'objectif principal est de permettre aux enfants autistes de progresser naturellement dans leurs apprentissages grâce aux relations qu'ils entretiennent avec leur environnement. Cela va donc les amener vers un travail d'autonomie et donc d'intégration.

Notion de renforçateur

Développé par la méthode ABA ; le renforçateur est une récompense pour les bonnes actions de la personne. Si l'enfant est bien impliqué, nous lui donnons un renforçateur.

Ces renforçateurs peuvent être alimentaires (chips, bonbon) ou des activités renforçatrices (sable magique, semoule etc..) ou encore des jouets (voiture, livre etc..).



Le time-timer

Développé par la méthode ABA, c'est un outil permettant de matérialiser le temps avec une zone rouge qui diminue au fur et à mesure que le temps s'écoule.

Le schéma journalier

C'est un outil visuel qui permet de structurer le temps. La mise en place d'un emploi du temps adapté à son niveau de communication et de compréhension permettra à l'enfant de :

- Mieux comprendre les différents événements de sa journée
- Anticiper les activités et les changements de lieux
- Rendre son environnement plus stable
- Gagner en autonomie
- Diminuer les troubles du comportement et l'anxiété.



La méthode TEACCH :

Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children

Méthode utilisée pour les personnes atteintes de TSA. Elle donne la possibilité d'apprendre dans un cadre d'éducation structurée. L'objectif du programme consiste à clarifier l'environnement avec l'utilisation de supports visuels et à répéter des tâches précises jusqu'à acquérir l'autonomie nécessaire à la réalisation d'une activité.

Le PECS : Picture Exchange

Communication System L'utilisation du PECS a été développée aux USA par le Dr. Dr. Andy BONDY (PhD) et Lori FROST, orthophoniste. L'objectif principal du PECS est d'enseigner la communication fonctionnelle en utilisant des images. Le PECS se compose de six phases et commence par enseigner à l'apprenant à donner une image d'un objet ou d'une action souhaitée à un « partenaire de communication » qui honore immédiatement l'échange, comme une demande, en donnant des images et comment les mettre ensemble pour composer des phrases.



Le PODD : Pragmatic Organisation Dynamic Display :

Le PODD a été créé par Gayle PORTER, un orthoptiste. Cet outil est un classeur avec plusieurs pictogrammes à l'intérieur. Chaque PODD est personnalisé en fonction des besoins de la personne. Lorsqu'on utilise le PODD, il y a tout un chemin à effectuer pour arriver à faire la phrase. On appelle ça la « modélisation ». Le PODD contrairement au PECS est plus intense, et permet à l'enfant de faire des phrases.

Sitographie



- Autisme et troubles alimentaires :
<https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/enfant/particularites-alimentaires#:~:text=Les%20troubles%20alimentaires%20chez%20les,alimentation%20insuffisante%20ou%20trop%20importante>
 - Centre d'Excellence des Troubles Neurodéveloppementaux de l'Hôpital Robert Debré:
<https://www.clepsy.fr/autisme-et-ou-deficit-intellectuel-comment-gerer-les-difficultes-alimentaires/>
 - La méthode ABA : <https://aba-sd.info/> & <https://www.abaautisme.org/>
 - Le PECS : <https://pecs-france.fr/>
 - Le PODD : <https://www.angelman-afsa.org/>
 - Livres écrits par des personnes porteuses du TSA : <http://www.autisme-basse-normandie.org/site/?q=node/55>
 - Exposition au écran et risques sanitaires:
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=759>
 - Sur les méthodes comportementales :
- Vinca RIVIERE « Analyse du comportement appliquée à l'enfant et à l'adolescent » (319 pages), Presse Universitaire du Septen-Trion, 09/2006
https://www.septentrion.com/fr/livre/?GCOI=27574100029530&fa=author&person_id=8171

UN SIMPLE MOT

La question de l'oralité chez le jeune enfant ayant une Trouble du Spectre de l'Autisme

Je fais mon stage d'Éducatrice de Jeunes Enfants en France, au sein d'un Institut Médico Éducatif (IME) accueillant 33 enfants de 4 à 12 ans, déficients intellectuels et/ou présentant des troubles du développement, et qui ne peuvent suivre une scolarité traditionnelle. Il leur est proposé un accompagnement personnalisé afin de les aider dans le maintien et le développement de leurs capacités.



Tout le long de la semaine divers ateliers sont menés par l'équipe pluriprofessionnelle qui se compose :

- D'un pôle éducatif composé de 5 éducateurs et 2 professeurs d'Activités Physiques Adaptées
- D'un pôle thérapeutique composé d'un médecin psychiatre, de deux psychologues, d'une psychomotricienne et d'une orthophoniste
- D'un pôle pédagogique spécialisé composé de deux enseignants et d'un enseignant de l'éducation nationale
- D'un pôle social composé d'une assistante de service social
- D'un pôle administratif composé d'une secrétaire de direction et d'une secrétaire
- D'un pôle « services généraux » composé d'un commis de cuisine et accompagnatrice de transport, de deux agents de collectivité, de trois chauffeurs et agents d'entretien et d'un accompagnateur de transport



L'accompagnement journalier est articulé autour de trois axes selon les besoins de l'enfant :

L'axe éducatif :

Animé par le pôle éducatif, il repose sur des ateliers éducatifs qui sont réfléchis chaque année sur la base des besoins des enfants. Ils sont mis en place au travers de différents médias comme le sport (natation, jeux d'opposition...), l'art (terre, peinture...) etc.



L'axe pédagogique :

Les enseignants accompagnent les enfants sur les temps scolaires tout au long de la semaine, soit au sein des CLEX (classe externalisée au sein des écoles primaires) ou au sein de l'IME lors de temps scolaire ou ateliers.

L'axe thérapeutique :

Les enfants bénéficient de temps de prise en charge médicale et paramédicale, selon leurs besoins de manière individuelle ou collective lors des ateliers.





Alexandre est un jeune garçon porteur du Trouble du Spectre Autistique. Il est âgé de 5 ans et est arrivé sur l'IME en septembre dernier. C'est un enfant qui est dit « non verbal », c'est-à-dire qu'il n'a pas l'usage de la parole. Il fuit beaucoup, que ce soit au niveau du regard et dans sa présence, il a du mal à se poser.

Alexandre est toujours en mouvement et toujours en train de mâchouiller quelque chose, sa veste ou un jeu. Il a pour centre d'intérêt le transvasement et les objets en mouvement qui lui permettent de rester concentré.

Il est pris en charge sur des ateliers Montessori, trois matinées par semaine, en balnéothérapie, en atelier d'art plastique, et également en atelier « cirque ».

Les professionnels travaillent avec lui l'objectif « attention conjointe » : il s'agit de regarder ensemble la même chose, au même moment, et partager cette interaction.

Comme l'IME s'appuie sur la pédagogie Montessori, nous laissons Alexandre choisir l'activité de son choix, et nous l'adaptions à l'objectif qu'il a besoin de travailler.



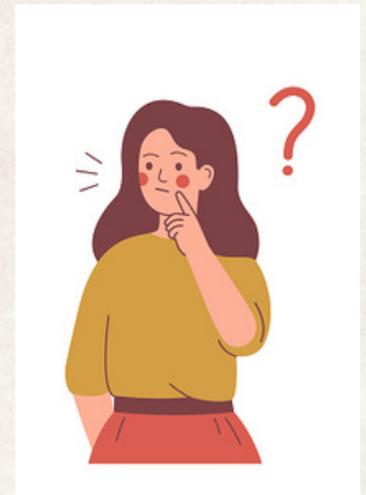
Un jour, lors de la récréation, deux éducatrices spécialisées assises dans les escaliers appellent Alexandre. L'enfant arrive, et là, elles s'aperçoivent qu'il a quelque chose dans sa bouche qu'il mâchouille comme pour l'avaler. Totalement paniquées, elles se précipitent sur lui et lui disent qu'il risque de s'étouffer et qu'il faut qu'il « crache ».

Une des professionnelles lui met la tête en arrière et l'autre essaye de prendre l'objet avec ses doigts. Je me tenais juste à côté durant la scène. J'ai alors mis mamain devant sa bouche et je lui ai dit « donne » et Alexandre a craché le jouet dans ma main.

Il est ensuite retourné jouer comme si rien ne s'était passé. Les professionnelles quant à elles, ont continué à dire qu'il aurait pu s'étouffer et elles ont mis l'objet de côté. C'était un petit canard de bain.

Cette situation traversée par un moment de panique que l'enfant s'étouffe m'a interrogée :

- Pourquoi Alexandre porte-t-il constamment des choses à sa bouche ? Quel sens cela peut-il avoir pour lui ?
- A-t-il des problèmes bucco-dentaires, des difficultés visuelles ?
- Est-ce sa façon de faire des découvertes ? Dans ce cas, comment accompagner l'enfant porteur d'un TSA dans ses découvertes ?
- Pourrait-on aussi s'intéresser à la prise des repas ?
- Comment ces temps se passent-ils au domicile ?
- Quelle sensation physiologique cherche-t-il à ce moment ?
- Comment accompagner l'enfant qui est beaucoup dans la manipulation des objets et la recherche de sensation ?



Pour cette situation concernant Alexandre, un bilan sensoriel pourrait être effectué pour situer l'enfant dans son développement et ses sensibilités. Les instruments d'évaluation et d'observation diffèrent selon l'âge. Ils sont pratiqués par des professionnels. Plusieurs sont utilisés à l'IME de manière à identifier les comportements atypiques et les intérêts restreints. On peut aussi rédiger son propre questionnaire. Les parents aussi doivent répondre à un questionnaire sur le quotidien de leur enfant.

Le stade de développement d'Alexandre correspond au stade oral, prédominant normalement aux cours des premiers mois de la vie. Il y a en effet un décalage dans les acquisitions et les stades de développement psychologiques chez les enfants autistes, qui ont souvent besoin de vivre la découverte à travers leur corps, sur une temporalité qui leur est propre. Comme un tout petit, il a besoin d'explorer l'environnement avec la bouche.

Il est ainsi important d'utiliser des grilles d'observation comme outils d'évaluation pour évaluer les acquisitions de l'enfant TSA et ainsi adapter l'accompagnement.



La question de la contenance, nécessaire à ce profil d'enfant, est aussi à prendre en compte, car l'enfant autiste peut ressentir des angoisses et a besoin de se sentir contenu, en particulier Alexandre, qui aime se mettre dans des endroits petits et fermés. Il peut participer à une activité de cette manière.



Dans la situation étudiée au cours de l'atelier, Alexandre a pu rendre l'objet car il a compris la consigne par un mot/un geste. De plus, il travaille au quotidien l'attention conjointe et a pu ainsi répondre à la demande. Pour des enfants qui ont des problèmes de compréhension et un peu de langage, il est nécessaire de limiter le débit verbal et parler très simplement avec des verbes injonctifs, accompagnés de supports visuels (comme les pictogrammes).

Mais la prise en compte de la “mise en danger” chez l’enfant atteint de TSA qui explore est également à considérer : l’enfant n’a pas conscience qu’il se met en danger ; la plupart du temps ce n’est pas intentionnel ni provocateur.



Les échanges au sein du groupe franco-marocain ont permis de repérer plusieurs actions qui pourraient être mises en place pour répondre aux différents besoins d'un jeune enfant comme Alexandre :

- Proposer des ateliers de manipulation sur des temps courts si l’enfant met les objets à la bouche, en travaillant les consignes avec des supports visuels
- La prise en compte de la “mise en danger” chez l’enfant qui explore
- Verbaliser les actions, lors d’ateliers consacrés à certaines situations de danger.
- Mettre en place un accompagnement individualisé spécifique si l’enfant se met constamment en danger : surveillance, observation et prévention des dangers dans l’environnement, réajustement de l’environnement
- Lui proposer un temps cadré pour expérimenter une sensation avec un timer (exemple : se laisser tomber de l’échelle de la salle de sport)
- Utiliser une couverture lestée : pour une sensation de contenance
- Chercher ses centres d’intérêts pour déclencher sa motivation et permettre l’entrée en relation : faire une liste complète
- En parler en équipe : travail de collaboration pour accompagner l’enfant



Définition des concepts ou terminologies spécialisées évoqués dans cette étude de situation:



Le domaine sensoriel :

L'ergothérapeute Jean AYRES a été la première à l'aborder en 1960, avec les théories sur l'intégration sensorielle. Une étape importante dans le processus d'appréhension et d'apprentissage. C'est grâce à eux que nous percevons le monde. Les enfants avec TSA ne produisent pas toujours des réponses adaptées aux sensations perçues. Ils peuvent par exemple traiter toutes les sources reçues avec la même importance.

Certaines particularités sensorielles sont de véritables atouts tandis que d'autres peuvent être un obstacle au quotidien.

Le concept du "profil sensoriel" abordé lors de l'atelier : il s'agit d'un bilan utilisé avec des enfants afin d'essayer de trouver avec l'équipe pluriprofessionnelle et les parents, des aménagements, des adaptations possibles pour répondre aux hypo ou hyper sensibilités des jeunes enfants afin de leur apporter une connaissance et un mieux-être corporel et sensoriel.

La communication et la verbalisation :

Il s'agit de formuler une consigne en accompagnant le geste avec un mot : se rapprocher de l'enfant, bien se placer en face de lui et à sa hauteur.

Le développement des compétences de communication, verbale ou non verbale, peuvent varier d'un enfant à un autre, certains peuvent ne pas savoir parler, d'autres le peuvent mais ne savent pas s'en servir. Ce trouble du langage est fréquent chez l'enfant autiste, et est nommé "écholalie".

La communication est un vecteur important dans l'intégration sociale. C'est pour cela qu'un support visuel peut être nécessaire comme, par exemple, les pictogrammes ou images en couleur ou en noir et blanc, utilisé en individuel ou avec d'autres enfants pour apprendre, par imitation, les comptines.

La stimulation du langage est fondamentale au quotidien.

Stade oral :

Le stade oral correspond, d'après le psychanalyste Sigmund FREUD, au premier stade du développement de la personnalité. De la naissance à 18 mois, l'enfant se focalise sur sa bouche. L'objectif est de satisfaire le désir oral en stimulant la zone érogène de la bouche tout en cherchant à explorer le monde par ce mode.

Concernant les enfants atteints du Spectre de l'Autisme, il peut être utile d'utiliser un collier sensoriel à mastiquer, pour combler le besoin de contact avec la bouche et stimuler l'enfant pour d'autres activités.

La « contenance » :

L'enfant autiste ne ressent pas les limites corporelles qui lui permettent d'agir de façon adaptée dans l'environnement et qui pourraient le rassurer. Il cherche un moyen d'exprimer ses angoisses et a donc besoin de se sentir « contenu ».

Dans notre situation, il s'agit d'aider Alexandre à construire sa représentation de son schéma corporel et à diminuer ses angoisses intérieures, de manière à ce qu'il se recrée son propre espace physique et psychique, en éloignant la sensation de vide.

D'un point de vue théorique, le premier espace contenant est l'espace intra-utérin, qui se transforme dès la naissance, entraînant une perte de l'enveloppe contenant (WINNICOTT, 1958). La notion de « contenance » est issue des travaux de BION: c'est ce qu'on appelle une fonction de « pare-excitation » et de « symbolisation ».

L'aspect relationnel par l'accompagnement verbal est primordial dans cette situation.

Sitographie



- Exemples de matériel éducatif spécialisé pour enfant atteint de TSA : <https://www.hoptoys.fr>
- Stade de développement psychologique de l'enfant : <http://www.pedopsychiatrie-angers.fr/cours-fichiers/Stades%20du%20developpement%20psychoaffectif%20de%20l%20enfant.pdf>
- Manipulation/motricité fine : <https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/psycho-developpement/la-motricite-fine-en-4-points-clefs>
- La stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement: <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>