Pédagogie et soins dans l'autisme en Côte d'Ivoire : évaluation et perspectives de l'atelier-classe

Anna-Corinne Bissouma, Saturnin Adjobi, Dominique Janin-Duc, Adjara Diarrassouba, Jocelyne Djama, Guillaume Gnepa, Semingnon Koffi, Vanessa Nouffe, Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena

Dans Cahiers de PréAut 2022/1 (N° 19), pages 141 à 178
Éditions Érès

ISSN 1767-3151
ISBN 9782749276601
DOI 10.3917/capre1.019.0141

Article disponible en ligne à l'adresse
https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-preaut-2022-1-page-141.htm

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

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

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

Pédagogie et soins dans l'autisme en Côte d'Ivoire : évaluation et perspectives de l'atelier-classe

Anna-Corinne Bissouma, Saturnin Adjobi, Dominique Janin-Duc, Adjara Diarrassouba, Jocelyne Djama, Guillaume Gnepa, Semingnon Koffi, Vanessa Nouffe, Jean-Marie Yeo-Tenena

Dans la prise en charge des troubles du spectre autistique (TSA), plusieurs courants d'idées se disputent les meilleures modalités de prise en charge (Brellier et

Anna-Corinne Bissouma, pédopsychiatre, chargée de recherche, docteur en psychologie à l'Institut national de santé publique, BPV 47 Abidjan, Côte d'Ivoire.
Sat Adjobi, instituteur spécialisé ; chercheur en socio-criminologie de l'éducation à l'université Félix Houphouet-Boigny, UFR criminologie, chercheur chez EDUCA+, Côte d'Ivoire.
Dominique Janin-Duc, psychologue clinicienne à l'association Autisme Alliance France, AAF.
Aboubakar Diarrassouba, inspecteur principal d'éducation spécialisée à l'Institut national de santé publique, BPV 47 Abidjan, Côte d'Ivoire.
Jocelyne Djaman, infirmière diplômée d'état à l'Institut national de santé publique, BPV 47 Abidjan, Côte d'Ivoire.
Guillaume Gnepa, éducateur spécialisé à l'Institut national de santé publique, BPV 47 Abidjan, Côte d'Ivoire.
Semingnon Koffi, inspecteur principal d'éducation spécialisée à l'Institut national de santé publique, BPV 47 Abidjan, Côte d'Ivoire.
Vanessa Nouffe, médecin Généraliste à l'Institut national de santé publique, BPV 47 Abidjan, Côte d'Ivoire.
Jean-Marie Yeo-Tenena, professeur titulaire de psychiatrie à l'Institut national de santé publique, BPV 47 Abidjan, Côte d'Ivoire.

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

coll., 2014). C'est le lit de nombreux débats et remises en question. Les activités éducatives reconnues comme étant bénéfiques aux enfants, selon la Haute Autorité de santé (HAS) française, sont les méthodes éducatives comme l'ABA-VB et le TEACCH, qui reposent sur une approche strictement comportementalisme pour l'une et cognitivo-comportementaliste pour l'autre. La HAS a estimé que l'approche psychanalytique, basée sur la subjectivation du sujet avec autisme, n'était pas probante.

L'approche pédagogique a été développée par PRÉAUT à partir des travaux de Hubert-Barthélémy (2014). Sa recherche a prouvé que les contenus pédagogiques peuvent servir de véhicule thérapeutique entre le soignant et l'enfant autiste dans un hôpital de jour.

Trois niveaux d'objectif émergent :
– premièrement, le rapport à ce qui est appris, s'il procure du plaisir, inhibe la souffrance autistique de la présence de l'autre, voire du groupe d'immersion ;
– ensuite, il ouvre des perspectives du besoin de la présence de l'autre (soignant) pour savoir plus, pour être plus ;
– enfin, l'intersubjectivité apparaît alors naturellement, implicitement, en donnant du contenu au « moi », au « toi », au groupe.

Ainsi, ce qui était un préalable à l'éducabilité du petit autiste se présente sous un nouvel angle : le résultat même de l'action pédagogique. Dans le dispositif atelier-classe (AC) développé par PRÉAUT, l'intervention pédagogique est pensée comme un soin. Cette approche originale rejoint les avancées notables des neurosciences qui ne scellent pas la cristallisation du cerveau à la petite enfance. En effet, la plasticité cérébrale est continue toute la vie. Alors, plus le cerveau sera sollicité à travers des activités spécifiques, plus il sera performant dans ces activités et pourra même se reconfigurer (Dehaene, 2018). Avec l'évaluation positive du cas Achille (Brellier

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

et coll., 2014), puis des 75 autres pris en charge dans le dispositif de l'AC, l'internalisation commence.

La Côte d'Ivoire, avec le centre Marguérite Te Bonlé (CMTB) de l'Institut national de santé publique (INSP) en est la première bénéficiaire en Afrique (Bissouma, 2019). Des difficultés d'adaptation linguistique mais aussi culturelle et même professionnelle ont fait tâtonner l'équipe des soignants. Mais finalement, un bilan positif a scellé la première année de l'AC au CMTB avec ses quatre premiers enfants autistes.

Le statut de centre spécialisé dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme oblige toute l'équipe à travailler à un certain rythme et à maintenir une dynamique réflexive et formative. L'enjeu est, dans le contexte socio-sanitaire et culturel ivoirien, de faire face aux défis de la prise en charge complexe de l'autisme mais aussi aux attentes diverses et difficiles à combler, que celles-ci viennent des parents ou des membres de l'équipe.

Au fil du temps, l'équipe du CMTB a mis en place plusieurs modalités d'intervention, dont essentiellement une approche inspirée des thérapies d'échange et de développement et les ateliers-classe PRÉAUT, avec en plus un travail sur la sensorialité et les compétences-socles de la communication.

Concernant les AC, la posture des soignants est bousculée par les nécessités du dispositif : entre une place d'enseignant ou d'éducateur, ils ont du mal à mettre en œuvre ce soin à base pédagogique. L'équipe est restée sur une position binaire : ou soignant ou enseignant. Une position tierce reste difficile à élaborer.

Le maintien du dispositif, malgré les écueils, les fréquentes attaques du cadre, qu'elles viennent des patients ayant du mal à se réguler ou des soignants, notamment ceux qui n'ont pas fait la formation de 2018 et qui prennent le processus en cours, est source de tensions.

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

Il faut les réguler et les élaborer en essayant de tenir les concepts et les principes inhérents aux bonnes pratiques de soin. C'est une lutte quotidienne pour ne pas que l'expérience de soin entamée en 2017, avec la création du centre, ne se transforme en Léviathan autophage.

Ainsi, s'observent des actes manqués divers comme ne pas suivre les indications fournies dans la caisse de matériel portant le nom du patient, ne pas adapter le contenu de l'activité à la progression des enfants, s'en plaindre et ne pas s'ajuster ou même manquer de réactivité face aux comportements problématiques des enfants… Les questions sont les mêmes que celles que se sont posées les premiers intervenants. « On soigne ou on instruit ? » C'est une question existentielle pour un professionnel qui n'a pas été formé à enseigner. La question de la position professionnelle est récurrente : être infirmier ou éducateur et devenir instituteur ? Elle est pourvoyeuse de déstabilisation des professionnels qui, de multiples façons, mettent à mal le dispositif comme déjà évoqué. Le stage d'un instituteur au centre a permis de croiser nos regards sur notre pratique et les modalités de l'AC à Abidjan.

Cet article vise un double lectorat, d'une part le public habitué aux *Cahiers de PRÉAUT* et d'autre part un public non familier des questions de développement psychique.

Il s'agit là de tous les collègues qui voudraient tenter l'aventure de la mise en place d'un AC dans un contexte socioculturel et professionnel où ils ont peu de connaissances en psychopathologie et en développement psychique, et/ou une absence de supervision permettant d'analyser de façon clinique les situations qui se présentent.

C'est certainement également une piste de travail pour les instituteurs, enseignants du primaire ou professeurs des écoles qui accueillent dans les classes des enfants à

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

besoins spécifiques sans avoir été véritablement formés à l'enseignement spécialisé.

Pour nous, il s'agit en outre d'apporter un étayage théorico-réflexif pour proposer à ces professionnels une place, un « bon endroit ». La question des soignants du CMTB peut se reformuler de la manière suivante : « Comment l'instruction (la pédagogie) est-elle acte de soin ? Comment instruire peut-il soigner ? » Telle a été la question de l'instituteur, et c'est aussi et toujours celle des équipes. Nous la reprenons et nous essaierons d'y répondre à partir de situations cliniques. Il apparaît ainsi important de mettre en lumière la fonction soignante de l'instruction et les leviers du soin psychique dans le dispositif pédagogique. En donnant des pistes de compréhension de ce qui se joue selon nous dans cette approche qui lie pédagogie et soin, nous aspirons à fournir des bases aux professionnels qui rejoignent des équipes déjà formées aux AC.

Évolution du dispositif à Abidjan

L'AC n'est pas un dispositif rigide. Ses promoteurs encouragent au contraire les utilisateurs de cette thérapie psychopédagogique à assimiler culturellement certains de ses aspects si nécessaire.

De plus, l'AC a cela de particulier, qu'il s'appuie sur la pédagogie pour apporter des soins psychiques aux enfants. Le terme « classe » normalise les enfants, en les installant dans une place d'élève dans notre contexte qui est marqué par des difficultés d'intégration scolaire des enfants TSA. En effet, sur le plan scolaire, contrairement à la France qui inclut officiellement les autistes en classe ordinaire avec les adaptations requises (Phillips, 2012), les enseignants ivoiriens en sont encore à leurs premiers balbutiements sur cette question.

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

La mise en place du dispositif à Abidjan a tenu compte des pratiques culturelles éducatives, et des aménagements ont été faits comme démarrer la séance par un temps de regroupement sur une natte. En effet, en Côte d'Ivoire, en général, les tout-petits de la maternelle commencent leur journée d'école sur une natte au lieu d'être assis sur une chaise, et c'est ce que nous avons mis en place. Une autre particularité culturelle que nous avons prise en compte est celle de désigner par le pointage chaque personne présente au lieu de les compter, tout en fredonnant une comptine.

Les patients, pris au hasard de leur ordre d'admission au CMTB avec des niveaux d'autisme et des besoins sensoriels différents, sont accueillis sur deux demi-journées. Le dispositif repose sur le modèle défini par PRÉAUT dans une salle pouvant accueillir quatre enfants pour un temps collectif. Le lieu déterminé comprend un bureau par enfant avec une organisation spécifique de l'espace de travail et un espace de regroupement collectif autour de la natte. Le temps défini est de deux heures, le mardi après-midi et le jeudi matin. Le mercredi matin a été rajouté quand le nombre d'enfants dans le groupe a augmenté. Chaque enfant est encadré par un adulte. Le découpage de la séance est ritualisé avec un temps collectif d'accueil, une première séquence de trois activités individuelles de dix minutes chacune, un temps collectif de collation, une récréation à l'extérieur de la salle (dans le jardin), une autre séquence de deux activités et un temps collectif de clôture.

Globalement, les résultats de notre première analyse (Bissouma, 2019) sont toujours les mêmes :
« Nous avons balisé l'espace et le temps en nous adaptant à notre contexte institutionnel et culturel, ce qui, ajouté à la ritualisation des activités, favorise le repérage et le développement de la subjectivité, qui s'accompagne

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

d'une construction de la relation à l'autre. Pour chaque enfant accueilli à l'atelier-classe, nous avons pu observer une évolution du processus de subjectivation et de structuration : ils sont tous plus sensibles non seulement à la présence des autres enfants, chacun regardant l'autre, avec apparition de relation affective entre certains, mais aussi sensibles à la présence de l'adulte. Les soignants occupent la place de celui qui transmet, les visages et les personnes sont connus et reconnus par l'enfant… Cette modalité d'intervention, dont la dénomination peut être une source de confusion, nous a montré qu'elle était bénéfique pour les enfants que nous avions choisi d'embarquer dans l'expérimentation… La mise en place de l'atelier-classe PRÉAUT implique qu'il soit adopté comme un projet institutionnel qui concerne l'équipe dans son ensemble. Nous avons réussi à le faire et l'équipe est favorable à la poursuite de l'intervention, avec le désir d'ouvrir un deuxième groupe prochainement. »

Après la première année d'expérimentation, les effectifs de patients pris en AC ont évolué (confère tableau n°1).

Si, pour la première année, il n'y avait pas de critères précis, par la suite, ceux retenus étaient : avoir un autisme sévère, être sans langage, être instable et l'existence d'une attente chez les parents des apprentissages scolaires.

Tableau n°1 : Évolution des effectifs de patients depuis la mise en route des ateliers-classe

Année	Effectif de patients à l'HDJ	Effectif en AC	Nombre de groupes
2018-2019	16	4	1
2019-2020	23	6	2
2020-2021	18	0	0
2021-2022	17	6	2

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

Au fil du temps, le personnel a progressivement adapté ce qu'il proposait aux enfants en fonction de l'évolution dans le groupe et de la manière dont les soignants eux-mêmes s'appropriaient le fonctionnement du dispositif. Ils ont tenté de pallier l'absence d'enseignant spécialisé ou d'instituteur en essayant d'adapter le contenu des activités au canevas du programme scolaire de la maternelle de l'Éducation nationale ivoirienne.

La séance durant 2 heures, nous avons comblé le temps de présence global de 3 h 30 (notamment les mercredi et jeudi matin) en rajoutant à l'AC un temps de psychomotricité, de jeux ou de sensorialité. La 2e séance hebdomadaire est exclusivement dédiée à l'AC.

En augmentant les effectifs de patients pris en AC, nous avons constaté que ce dispositif pouvait procurer à certains patients un cadre contenant et sécurisant, améliorant ainsi leur stabilité motrice et psychique. Les besoins se réduisent avec une amélioration de l'organisation sensorielle. Cet effet est plus perceptible pour les patients qui commencent leur prise en charge par ce modèle thérapeutique.

La mise en place des supports visuels s'est faite sur la base des dessins. L'évaluation des niveaux de communication réceptive des enfants par une orthophoniste en 2020 a montré qu'en majorité les enfants ne comprenaient pas les pictogrammes (images et dessins) utilisés.

En effet, aucun des enfants ne comprenait ni ne réagissait aux images présentées (qu'il s'agisse de l'emploi du temps ou des pictos utilisés pour les activités), ces dernières étaient trop souvent déchirées ou mâchées par les patients. Le niveau de compréhension des enfants a donc été évalué par l'orthophoniste, qui a déterminé que leurs possibilités de compréhension de la communication ne dépassaient pas les objets. C'est un obstacle au bon déroulement de l'AC que les patients n'aient pas le

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

niveau de compréhension des tâches. L'équipe n'a pas encore pu s'ajuster à cette donne. C'est un ajustement supplémentaire à faire. En 2019, l'équipe avait bénéficié d'une formation par une orthophoniste sur la communication par échanges d'images. Cette formation avait été peu exploitée : sans la présence quotidienne d'un orthophoniste, les soignants avaient eu du mal à acter les modalités de cette approche communicationnelle. La présence en 2020 de l'orthophoniste a donc apporté un souffle nouveau, dont les effets se sont surtout fait sentir dans le réajustement par rapport aux items à observer.

Par ailleurs, l'instabilité des enfants avait amené l'équipe à opter pour un changement de mobilier. Les petites tables de maternelle (photo 1) ont été remplacées par des tables et des chaises conçues selon le dispositif de la méthode TEACCH (photo 2).



Photo 1
Dispositif AC en 2018-2020



Photo 2
Dispositif AC en 2021-2022

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

Les comportements problématiques de certains enfants se sont majorés depuis novembre 2021. L'équipe rencontre beaucoup de difficultés avec les enfants qui sont agités et agressifs. Concernant le dispositif et le cadre institutionnel, le principe de l'AC voudrait que toutes les activités se déroulent dans la même salle, alors que chez nous le goûter se passe à la cantine. Cela amène les soignants à sortir avec les enfants pour aller à l'espace de goûter, après lequel les enfants ont du mal à revenir en salle. La salle de l'AC s'est révélée trop petite (surtout avec le nouvel équipement) pour les enfants, qui n'y trouvent pas d'épanouissement.

Certains enfants refusent d'entrer dans les salles pour travailler car ils veulent rester à l'espace de jeux ou de psychomotricité. Le programme se déroule difficilement du fait des pleurs et de l'agressivité, avec de fréquents arrêts de séance. Cette modification de comportement a été observée depuis le changement du mobilier, qui avait été pensé pour améliorer le dispositif (et le confort des soignants).

La reprise des activités de l'HDJ en octobre 2021 avait été marquée par l'admission en AC de deux patients qui étaient inscrits au CMTB depuis déjà deux années et dont les soins étaient au départ basés sur le modèle des TED. Cette admission avait été justifiée par le peu d'évolution clinique observée. Cette décision d'inscrire en AC des enfants qui étaient en TED est un paradoxe. En écrivant ces lignes qui analysent notre pratique et nos choix institutionnels et thérapeutiques, force est de constater qu'il y a là un sujet à approfondir et une reprise en main, théorico-clinique, des modalités d'intervention qui doit s'imposer à l'équipe.

Ces difficultés entravent lourdement les apprentissages, qui sont en baisse alors que précédemment l'inclusion d'activités sensorielles avait favorisé une bonne

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

évolution. Pour l'heure, l'équipe échoue à trouver la bonne stratégie.

Se posent alors des questions quant aux difficultés qui émaillent le soin : effet du changement du mobilier ? effets collatéraux de la fatigue des soignants et du manque de motivation de certains ? mauvaise indication thérapeutique ? inadéquation du cadre institutionnel ?

De plus, toute l'équipe n'ayant pas suivi la formation de 2018 sur les AC, se pose de façon récurrente la question de la compréhension du soin psychique dans un contexte pédagogique pour des enfants avec autisme. Les difficultés d'ajustement à la position soignante renforcent ces problématiques.

Cependant, dans les AC, la possibilité de travailler ensemble dans un même lieu est un acquis certain qui montre la capacité des enfants à supporter d'être ensemble et avec plusieurs adultes.

Au niveau des évolutions, nous avons constaté que l'imitation se développe dans le groupe, ce qui augmente la capacité de l'enfant à comprendre l'autre et à être coprésent dans le groupe (Pelloux, 2014). Cette présence à l'autre ne se développe pas aussi vite que notre imaginaire le voudrait ou que nos fantasmes nous le font désirer, mais cette capacité à imiter est signe de la naissance du regard comme porteur d'une intersubjectivité en émergence (Pelloux, 2008).

La chansonnette permet de développer le pointage chez les enfants qui n'en avaient pas. La posture aussi s'améliore pour les enfants qui au départ sont assis sur la natte au regroupement et qui n'avaient pas encore d'axe vertical. Certains ont besoin d'être en appui sur les adultes pour rester dans le groupe. Progressivement, ils arrivent à tenir dans le groupe et à rester assis sur une chaise.

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

Les émotions comme la joie et l'intérêt pour l'activité apparaissent, les compétences en autonomie personnelle s'améliorent.

Pour certains patients, le langage apparaît, rendant possible une scolarité.

Cliniquement, les effets positifs de l'AC se confirment. L'analyse de deux cas cliniques autour de l'activité lecture en témoigne.

Regards croisés et transdisciplinarité

Nous savons que le regard n'est pas une simple vision perceptive de la réalité (Pelloux, 2008). Construction, interprétation et projection, il se module en fonction de notre psyché, de notre histoire, de nos émotions et de notre profession. Croiser les regards que portent les professionnels dans l'institution peut se révéler une ouverture pour améliorer le soin. C'est dans cette optique que nous faisons ici une analyse psychodynamique de l'étude première réalisée par l'instituteur de l'activité lecture.

Spécificités de l'atelier-classe à l'ivoirienne et effets sur deux patients

Une étude de cas portant sur deux patients de l'AC choisis de façon aléatoire, l'un parmi les anciens et l'autre en début de prise en charge, s'est appuyée d'une part sur l'observation des séances et d'autre part sur l'analyse des grilles d'observation et des registres journaliers des enfants.

Grâce au travail de mentalisation et d'adaptation réalisé par l'équipe soutenue par une orthophoniste, les fiches d'observation décrivent de façon plus exhaustive les comportements des enfants que les fiches conçues par les concepteurs de la méthode (Brellier et coll., 2014). La fiche recherche les items récurrents à catégoriser

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

entre « point positif » et « point négatif » de l'activité selon le comportement de l'enfant. On en déduit alors, par sommation, la qualité de cette activité. Cette analyse s'est faite en 2020.

AC PRÉAUT *VERSUS* AC CMTB

Tableau n° 2 : Comparaison entre l'AC de PRÉAUT et le dispositif mis en place au CMTB

AC PRÉAUT	AC CMTB	
Caractéristiques	Alignement	Non alignement
(Espace) un espace de regroupement collectif ; sur des chaises ; on nomme et on dénombre lors d'une comptine		X
(Espace) un bureau par enfant	X	
(Temps) 4 jours par semaine à raison de 2,5 h par jour (total : 10 h)		X
(Encadrement) un enseignant pour un enfant	X	
(Découpage ritualisé) – 1 accueil collectif – 3 activités individuelles – 1 collation collective – 1 récréation collective – 3 activités individuelles – 1 clôture collective		X

Source : Dossiers de suivi des activités

Le tableau ci-dessus décrit les points d'alignement ou d'originalité de l'AC au CMTB par rapport au modèle de base.

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

On note une première rupture concernant l'espace de rassemblement. L'idée de PRÉAUT était de le réaliser dans un espace distinct de la salle de travail proprement dite. Faute d'espace, au CMTB, la même salle sert de lieu de rassemblement et de déroulement de l'activité.

Comme déjà dit, la culture locale veut également que l'on préfère aux chaises de grandes nattes sur lesquelles s'asseyent les soignants et les patients ; finalement, l'idée qui justifie cette activité préparatoire est maintenue : des comptines sur les nombres et les noms pour stimuler les interactions sociales. Comme recommandé par le modèle PRÉAUT, le CMTB a installé une table-chaise par patient. L'adulte s'installe sur une chaise en face de l'enfant.

Le découpage ritualisé de l'AC présente encore quelques spécificités au CMTB. La collation collective est placée à la fin du programme.

L'analyse de l'activité lecture a été réalisée par un enseignant se formant à la question de l'autisme. Cette analyse du contenu a permis de catégoriser les items récurrents des documents exploités. Ici, la lecture des notes prises lors des activités de lecture en AC a mis en évidence trois catégories : l'attention/intérêt, l'opposition et l'agression.

La catégorie attention/intérêt fait référence aux notes qui relatent une certaine concentration et participation de l'enfant à l'activité. Elle indique un appétit de l'enfant pour l'activité. Par exemple, quand « l'enfant regarde le livre » ou qu'« il pointe du doigt sur les images » ou encore qu'« il répète le mot "…" à la suite du soignant ».

La catégorie opposition concerne la négligence manifestée à l'égard de ce que fait ou dit le soignant. On peut citer cette note : « il se lève et va dans un coin de la salle » ou cette autre : « il regarde ailleurs même quand le soignant fait la lecture », ou encore : « il ferme le livre et refuse de le rendre au soignant ».

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

Enfin, la catégorie agression est une aggravation de l'opposition à l'activité. C'est le cas quand certaines notes disent : « il gratte le soignant », « il se sert de la main du soignant pour se frapper la tête ».

Le poids relatif de chaque catégorie a ensuite été évalué afin de noter positivement ou négativement l'activité.

Cas 1 : Évaluation des notes d'observation de l'activité de lecture avec Kouadio

Du 20 novembre 2019 au 12 mars 2020, Kouadio a suivi 18 séances d'AC. Il s'agissait de sa première année d'expérience dans ce type de prise en charge. Le tableau n° 3 en fait une évaluation selon les catégories présentées.

Sur les 50 propositions écrites par les soignants et soignantes qui ont suivi Kouadio, on note 52 % de comportements d'opposition voire agressifs (portant à 68 % l'évaluation négative de cette activité). Kouadio n'a eu que 32 % de comportements positifs pour l'activité de lecture en AC.

Tableau n° 3 : Effectifs des notes d'AC avec Kouadio selon les catégories d'évaluation

Évaluation	Positive	Négative	
Catégorie	Attention/Intérêt	Opposition	Agression
Effectif	16	26	8
Total	16	34	

Source : fiche d'observation AC

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

Cas 2 : Évaluation des notes d'observation de l'activité de lecture avec Mahi

Mahi en est à sa deuxième année d'AC. Il fait en effet partie de la première promotion des enfants autistes ayant profité de cette nouvelle approche thérapeutique. Il a suivi quinze séances d'AC cette année, avant l'arrêt forcé à partir de mars 2020 du fait de la crise sanitaire.

Tableau n° 4 : Effectifs des notes d'AC avec Mahi selon les catégories d'évaluation

Évaluation	Positive	Négative	
Catégorie	Attention/Intérêt	Opposition	Agression
Effectif	26	8	1
Total	26	9	

Source : fiche d'observation AC

Dans ce deuxième cas, la valeur modale (26 soit 74 %) rend compte d'une évaluation positive de l'activité selon les soignants. Mahi s'est néanmoins opposé 8 fois et s'est montré agressif une seule fois. C'était à la 3e activité : « Il s'est assis et a pris lui-même le livre. Il n'a pas voulu partager la lecture avec la soignante. Pour cela, il confisque le livre en le coinçant contre son ventre. La soignante lui dit de poser le livre sur la table et il l'agresse en la pinçant, en criant. »

On peut comprendre là qu'il veut maintenant lire tout seul et se cache parce que le soignant ne le comprend pas.

Une analyse de ces termes « opposition » et « agression » sera faite un peu plus loin.

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

Point de vue pédagogique : analyse des résultats de l'activité « lecture »

Deux hypothèses émergent de l'analyse des résultats :
– en termes quantitatifs, on pourrait qualifier d'échec l'activité de lecture chez Kouadio, et au contraire de réussite chez Mahi. Mais on sait la difficulté chez les autistes à entrer en relation stable et sur le long terme. Alors il serait peut-être plus objectif de considérer cette première année de Kouadio comme une phase d'accommodation à la relation pédago-thérapeutique, c'est-à-dire celle qui le lie à un soignant dans la posture d'enseignant ;
– il semble qu'au-delà des acquisitions proprement scolaires, les activités d'AC participent non seulement de la socialisation de l'enfant autiste, mais également en amont, de toute la structuration de la sensorialité autour des objets des apprentissages, et de la contenance que crée la mise en place de l'AC : le lieu, l'installation, les rituels… Si on considère seulement l'agressivité, elle serait beaucoup plus présente chez un enfant qui en est à sa première expérience d'AC (Kouadio) que chez un autre qui en est à sa deuxième année.

Les résultats de cette analyse partielle, reposant sur une séquence de l'AC, valident l'intérêt pour le CMTB de poursuivre sur le long terme cette méthode pédagogique adaptée au soin.

La nécessité d'augmenter la durée réservée à l'AC dans la prise en charge des patients est évidente mais pour l'heure quasi impossible. La confrontation à l'autisme fait fuir le personnel qui est affecté dans le service. La charge continue de peser sur les pionniers, qui sont nombreux à souffrir d'épuisement professionnel. Les soignants sont conscients de l'insuffisance de temps consacré mais, malgré cela, les quatre heures dédiées à

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

cette activité et les résultats laissent entrevoir des perspectives favorables dans le combat contre l'autisme.

L'analyse montre aussi que les notes des soignants ne sont pas efficacement exploitables, car parfois peu concrètes. En effet, certaines annotations comme « il est resté dans sa bulle » ou « en résumé, il n'a rien fait pendant l'activité », si elles évoquent une évaluation négative de l'activité, le manque de détail ampute la bonne compréhension du réel de l'instant et pourrait être en lien avec un contre-transfert négatif du soignant.

Le point de vue psychodynamique : sémiologie pédagogique versus *clinique de l'autisme*

L'analyse faite par l'instituteur pose la question du décryptage qui peut être fait face à un symptôme en fonction de la position théorique. Ainsi la relecture des intitulés des tableaux met-elle en lumière une autre compréhension de la symptomatologie. En effet, les comportements auxquels l'enseignant a affaire sont compris comme des symptômes par les professionnels du champ de la psychopathologie.

Tout d'abord, concernant l'« attention-intérêt » qui est prise initialement dans le sens d'une appétence pour l'enfant pour la lecture, si elle indique une prise en compte de l'objet d'apprentissage, celui-ci peut prendre sens, entrer dans le monde des objets de l'enfant, lui procurer du plaisir. L'enfant a surmonté la peur, peut-être (peur de l'objet, peur de la découverte, peur de la relation avec l'enseignant ?), ou le fait que cet objet n'évoquait rien pour lui. Il a surmonté aussi la difficulté d'être en relation avec un adulte. Il est capable d'investir un objet, une relation, un apprentissage.

Concernant l'opposition, pour l'enseignant, le symptôme « opposition » est pris dans le sens d'un refus de

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

faire ce que l'adulte demande ou même un refus de l'adulte, alors que, du point de vue du clinicien, cela aurait pu être lu comme un signe positif de développement, comme l'apparition de la capacité à choisir ou comme une incapacité à faire ce qui est attendu dans le sens de l'enfant. L'opposition est un comportement. Celui-ci recouvre des difficultés diverses chez les enfants autistes. Il peut s'agir de la dimension du sentiment d'impuissance de celui-ci devant la tâche à accomplir, de la difficulté à être en lien avec l'adulte ou d'un inconfort sensoriel (installation, bruit, odeur…). En effet, ce lien est particulier dans l'AC, car une certaine contrainte est mise en place : s'assoir et rester assis à une table, faire les choses dans l'ordre, etc. Il lui faut de la confiance et être le moins possible aux prises avec son état émotionnel. Nous pouvons aussi comprendre cette opposition comme une réponse aux multiples demandes de l'AC. C'est une façon positive de l'entendre, et on peut partir de là pour rassurer l'enfant sur ses capacités à pouvoir faire ce qu'on attend de lui, mettre en route une relation à deux. C'est ce que stipule Hubert-Barthélémy (2014) quand elle écrit : « Dans l'atelier-classe, dans le souci de clarification, de ritualisation des demandes de l'autre, tout le travail des premiers échanges est conçu pour que l'enfant puisse être reconnu d'abord dans sa position de refus, puis encouragé à la dépasser, et à en trouver le résultat positif… »

L'agression est finalement le résultat d'une opposition qui n'a pas trouvé d'autre mode de sortie. D'une part ce n'est pas ici une « agression » au sens strict de l'acte de violence, et d'autre part c'est un symptôme peu fréquent.

Pour les enfants avec autisme, il est important de se demander, dans ces cas-là, si leur sensorialité n'est pas trop au premier plan, et si elle n'envahit pas trop les espaces de rencontre avec l'autre. Se pose ici une

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

question importante : celle de la sensorialité, du fonctionnement sensoriel des patients avec autisme.

Gardons à l'esprit qu'il nous faut également interroger et évaluer les capacités cognitives et d'apprentissage de ces enfants et leur développement ou évolution au prisme de la gestion de la sensorialité. Ce serait trop long à évoquer ici.

Il importe également de tenir compte de ce que Harrisson et Saint-Charles (2012) appellent le fonctionnement interne de la personne avec autisme. Ces auteurs soulignent que l'enfant TSA ne peut pas performer dans les apprentissages si on ne prend pas en compte l'autisme et le fonctionnement autistique. L'incompréhension ou la non-prise en compte de ce fonctionnement va générer de l'anxiété chez l'enfant (ce qui pourrait expliquer les conduites d'opposition et d'agressivité), mais aussi chez l'adulte qui ne sait pas par quelle voie avoir accès à l'enfant ou comment mettre en œuvre les soins, les apprentissages ou toutes autres activités.

Engagés dans une activité commune avec des positions professionnelles différentes qui impactent la lecture de la clinique de l'autisme, est-il réellement possible d'envisager un lieu commun pour des approches différentes ?

La transdisciplinarité est-elle possible ?

La transdisciplinarité est une posture scientifique et intellectuelle. Elle a pour objectif la compréhension de la complexité du monde moderne et du présent. Dans le cadre de l'AC, la transdisciplinarité peut se voir dans la mise en œuvre en un même lieu, pour une même population, de l'enseignement, la thérapie et la socialisation. Souvenons-nous que Salomé (2001) citant Hochmann rappelait qu'il existe entre enseignants et équipes psychiatriques des achoppements inévitables

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

à une bonne collaboration, et que peut-être il serait préférable de se contenter d'une collaboration suffisamment bonne, respectant une marge de malentendus et de conflits. Ce qui est préférable pour Salomé (2001), c'est de se contenter d'une « bonne » collaboration au lieu de vivre des relations conflictuelles, car pour elle il existe entre pédagogues et soignants une incompréhension fondamentale qui tient à leur idéologie différente, aux modèles divergents auxquels chacun se réfère. Cette incompatibilité s'est vue quand le médecin-chef a proposé qu'avec l'appui de l'instituteur et d'un psychopédagogue, le dispositif AC soit analysé pour être adapté au contexte ivoirien. Le compte-rendu de la réunion était explicite sur les réticences de l'équipe soignante à collaborer avec des personnes du monde de l'enseignement. La réunion organisée en décembre 2020 n'a pas eu de suite. L'équipe continue pourtant de se plaindre du manque de compétence pour enseigner et de la nécessité d'adapter le modèle français au contexte ivoirien. Les réflexions issues du stage de l'instituteur au sein de l'équipe ainsi que les difficultés de travail avec des personnes extérieures et la difficulté à trouver une position tierce dans le cadre de l'AC nous obligent à prolonger nos recherches. En effet, il est important de réfléchir aux modalités porteuses d'une collaboration entre pédagogues et soignants, dans notre contexte, pour favoriser la transdisciplinarité.

Effets de la contrainte, de la sidération et écueils du dispositif

Les modifications apportées au dispositif, notamment le changement de mobilier, ont fait éclore une problématique sous-jacente, celle de la contrainte. En effet, avec une méthodologie progressive et adaptée, les AC

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

mettent en place une contrainte en sachant qu'il n'y a pas d'apprentissage sans qu'une forme de contrainte ne s'exerce. Cette contrainte est une « injonction structurante » (Hubert-Barthélémy, 2010) qui peut venir de l'intérieur, dans une démarche subjective, ou grâce à une aide extérieure, le temps nécessaire d'une appropriation des connaissances. Cette aide extérieure dans les AC est donc là, individuelle et renforcée, dans le guidage et la méthodologie des tâches à effectuer. *A contrario* des AC, les thérapies d'échange et de développement sont une démarche sans contrainte pour solliciter la rencontre avec l'enfant mais ce n'est pas une contrainte d'apprentissage. La rencontre avec l'Autre est déjà contrainte. C'est à ce sujet que Cornet (2017) écrit que « l'Autre constitue une source d'angoisse pour l'enfant autiste. Toutes les initiatives qui viennent de l'Autre, et donc de l'intervenant que nous sommes, se transforment en impératif porteur d'une volonté de jouissance obscure ». L'Autre est une menace pour l'enfant avec autisme. Le soignant doit alors faire attention à lui, à sa présence, à sa voix, à son regard pour ne pas être intrusif. Dans notre expérience, les difficultés de positionnement de l'adulte, en quête d'une identité, génèrent un malaise, et la nécessité de se faire présence à l'Autre (l'enfant TSA) pèse encore plus comme une autre contrainte. Cette double contrainte lèse la rencontre. L'idéal du soignant lui fait penser que l'enfant doit faire des progrès dans les apprentissages, et il bute dessus face à un enfant qui a du mal à entrer dans ceux-ci. Le groupe d'enfants admis en 2021-2022 en AC à Abidjan s'est révélé en deçà des apprentissages. Être en deçà des apprentissages, c'est avoir un niveau préscolaire. L'absence d'enseignant de la petite enfance dans le dispositif empêche l'adaptation de l'offre aux besoins des sujets. Dans le contexte de la Côte d'Ivoire, qui ne dispose pas d'enseignants spécialiséss, n'est-ce

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

pas une gageure que de vouloir introduire un instituteur dans le dispositif ? Le témoignage de Salomé (2001) qui a historicisé l'anthologique conflit entre pédagogique et thérapeutique depuis Itard et Victor (Roux, 2021) nous pousse à réfléchir sur nos perspectives pédagogiques : faut-il alors vraiment introduire le loup dans la bergerie ?

Il y a chez les enseignants le désir d'instruire qui est différent du désir des soignants de guérir. Les deux professions ont à apprendre des particularités des enfants porteurs d'autisme. En pédagogie, il y a de nombreuses recherches spécialisées dans ce domaine. Un instituteur rencontrera forcément des difficultés propres à son domaine. On pourrait supposer que, même si la force des enseignants dans un tel projet pourrait dépasser leur capacité à inculquer le savoir à des enfants ayant de graves difficultés en communication, c'est certainement leur inclination ou appétence à la rigueur intellectuelle qui serait un atout.

Autrement dit, ils tomberaient moins vite dans la sidération que les soignants, car leur désir d'instruire et de réussir à inculquer le savoir et les apprentissages serait comme un booster face aux difficultés propres à l'autisme.

Cette sidération dans laquelle sont empêtrés les soignants est à la fois un effet de la confrontation à l'autisme mais aussi du dispositif de l'AC, qui met à nu les limites du soin qui s'imposent à eux.

Hubert-Barthélémy (2014) parle de la sidération : « Cette difficulté de l'engagement intersubjectif de l'enfant désoriente le partenaire de la relation – parent, soignant ou enseignant – qui est confronté à une tâche pour laquelle il n'est pas consciemment outillé, pour laquelle il n'a pas de savoir-faire. Cette rencontre induit un état particulier qui est la suspension de l'activité de représentation, l'impossibilité de penser ce que fait et

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

vit l'enfant. Cet état de sidération détermine le fait que l'adulte, quel qu'il soit, parent, enseignant ou soignant, n'a plus de savoir-faire lui permettant d'établir une relation avec cet enfant qui n'opère pas d'inscription ni de mise en sens des stimuli corporels, émotionnels et verbaux émis par l'adulte. »

Dans notre contexte, l'AC n'est pas une alternative à la sidération (Hubert-Barthélémy, 2014) car il est en lui-même un dispositif sidérant pour l'équipe du fait des perturbations identitaires qu'il porte de par la confusion des rôles et l'incompréhension de l'activité. La sidération qui naît de la rencontre avec l'autisme est due à divers facteurs, et le dispositif AC en tant qu'orthopédie environnementale vient pallier progressivement les difficultés du fonctionnement autistique tout en soutenant la rencontre avec l'Autre. L'environnement structuré du dispositif permet de pallier les particularités autistiques, de proposer des modalités relationnelles et communicationnelles qui tuteurisent le soignant et fournissent un étayage sécure à l'enfant. En donnant une assise au soignant, les modalités de l'AC visent à relancer chez celui-ci le processus de pensée en réduisant les effets de la sidération.

Dans notre contexte, la sidération que nous observons n'est pas seulement le fait de l'autisme. Elle est aussi le fruit des difficultés d'inscription dans une position professionnelle stable et sécurisante. Les difficultés d'appropriation de la théorisation qui sous-tend le dispositif contribuent aussi à entretenir les effets de sidération chez les professionnels ivoiriens. De fait, le dispositif est sidérant. L'énergie psychique des soignants est mise à mal, ballotée entre la lutte contre la sidération qui vient de la rencontre avec l'autisme et celle de leur difficulté à trouver une position tierce comme déjà évoqué. L'échec des tentatives de mise en place d'un cadre de

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

réflexion avec le psychopédagogue n'est donc pas seulement l'effet de leur « mauvaise volonté », comme on pourrait le penser de prime abord, mais peut-être bien la face visible de leur crainte de perdre encore plus pied s'ils s'embarquent dans de nouvelles activités de pensée perçues d'emblée comme aliénantes et destructrices. La sidération est ici comme un mécanisme de défense face au trop-plein de sollicitations et au trop-à-faire qu'impose l'activité professionnelle. La sidération semble donc naître de la contrainte de la réalité du dispositif et de l'exigence d'obtenir des résultats dans notre expérience plus que de la sidération induite par l'autisme.

Parlant des effets de la contrainte, Hubert-Barthélémy (2014) évoque l'imaginaire et l'axe imaginaire qu'elle questionne : « Quelle stratégie élaborer pour ne pas se laisser enfermer dans la tension violente de l'axe imaginaire où il nous entraîne sans cesse, faisant feu de tout bois, en particulier dans l'accompagnement éducatif de l'hôpital de jour ? Il nous met en place de tortionnaire en essayant de nous placer comme l'agent de la contrainte et non de la castration, car malheureusement, à mon avis, ce n'est pas à la castration qu'il a affaire. Il met l'autre en place de celui qui va l'étrangler, la question de la mort n'étant jamais loin. »

Les réunions d'équipe sont souvent le lieu d'expression de la contrainte vécue comme imposée par l'équipe médicale. L'équipe soignante prise dans l'axe imaginaire est en lutte avec les médecins vus comme des comme tortionnaires. Cette position renforce certainement la sidération que nous avons évoquée. Ce repère psychanalytique (l'Imaginaire) enseigné par Lacan (1954) apporte un éclairage sur certains mécanismes inconscients dans la dialectique qui est la nôtre. Lorsqu'on se situe sur l'axe imaginaire dans sa relation à l'autre, c'est qu'on veut (inconsciemment) retrouver une complétude imaginaire

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

d'un temps mythique où le sujet n'aurait manqué de rien dans son rapport à l'autre. L'écart entre ce souhait et la réalité, s'il ne trouve pas à se décaler, produit de la tyrannie, de la violence et des mouvements de rejet, de souhait de destruction de l'autre. Cet axe imaginaire se réfère à tout ce qui est duel, dans une pensée de toute-puissance, de démesure, où c'est « ou moi ou l'autre », où il n'y a pas de compromis possible, de décalage. C'est l'axe symbolique qui va permettre de se décaler, par le langage et la mesure que celui-ci permet, ce qui se dit aussi autrement lorsqu'on parle du tiers.

On retrouve cette problématique chez les enfants autistes dans les moments où ils n'ont pas les moyens de se décaler de cette image de complétude toute-puissante, renforcée par leur sensorialité débordante. Mais pour chaque soignant, pour chacun de nous, l'axe imaginaire est à l'œuvre, lorsque nos appuis symboliques viennent à nous manquer, comme par exemple la capacité de travailler et de réfléchir avec les collègues, l'absence de repères théoriques et cliniques, ou encore lorsqu'un enfant nous touche de trop près.

Contrainte et sidération se vivent dans un environnement professionnel, institutionnel et thérapeutique. Dans l'article de Massoulié (2011), Crespin interroge la nature de l'environnement thérapeutique, qui se doit de relever le défi de trouver un équilibre entre la contrainte de la réalité quotidienne et le côté enveloppant et adapté du lieu thérapeutique, et cela, dans quelle mesure et jusqu'à quel point, à l'aune de l'expérience de Massoulié qui présente le cas d'un enfant pris en charge dans un hôpital de jour. Pour cette dernière, il faut moins chercher à réprimer le symptôme qui s'observe dans le soin qu'inventer une réponse un peu plus nuancée que la seule répression du symptôme. Cela appelle à l'inventivité du soignant, qui est péjorée dans notre expérience par la

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

sidération. C'est ce qu'évoque Sarradet, que cite également Massoulié, quand il dit : « Nous n'avons aucune intuition pour soigner un enfant comme cela car notre intuition de névrosé ne sert à rien, et la plupart du temps nous sommes à côté de la plaque. »

La sidération s'observe aussi comme un éprouvé pour les nouveaux soignants à la rencontre de l'autisme. Donc comment les plus anciens peuvent-ils aider les nouveaux à prendre conscience et à élaborer ce point ? Ce qui, par effet rétroactif, aidera aussi les anciens dans l'effort de mise en mots de cet état à l'intention de leurs nouveaux collègues. La sidération se renouvelle tout le temps comme la mauvaise herbe. Donc pas de culpabilité à l'éprouver encore et encore…

La supervision ou les échanges avec un tiers non pris dans le maillage institutionnel auraient dû permettre de lever certains obstacles ou de réduire certains blocages. En 2019, nous avions évoqué les difficultés à mettre en place cette supervision avec un membre de l'équipe de PRÉAUT. Malgré cela, nous avions pu amorcer des rencontres avec un psychologue clinicien ivoirien qui avait fait quelques séances avec l'équipe. La transformation de cet espace en exécutoire pour déverser les récriminations a mis à mal cette activité, qui s'est arrêtée avec la pandémie de la Covid-19.

En démarrant l'expérience du CMTB, nous avions ambitionné le développement de la subjectivité des patients avec l'amélioration de la symptomatologie autistique. Malgré de nombreux efforts, au prisme des espoirs, des avancées et des écueils, la subjectivité se développe peu, et l'imaginaire psychique comme espace de représentation est limité.

La supervision qui trop tôt s'est interrompue, malgré les tentatives de poursuite de l'activité, est un écueil du dispositif. L'échec de ce processus psychodynamique

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

aurait pu maintenir l'équipe dans une dynamique réflexive et formative. Nous l'avions déjà évoqué, la méconnaissance de ce mécanisme de soins pour les soignants, l'absence d'auto-formation des soignants les font s'échouer sur les rives de l'autisme, comme le ressac de l'écume sur le bord de mer. Depuis la mise en place du dispositif, les soignants sont en difficulté du fait de la posture hybride qu'ils doivent adopter pour mener l'AC. Nous tentons le recrutement de professionnels de l'enseignement scolaire pour essayer de sortir de la sidération qui gagne du terrain.

L'arrêt de la supervision empêche de dialectiser la clinique en présence, et il n'y a pas de prise de distance et de mentalisation de ce qui se joue dans le dispositif pour le lire à la lumière d'autres approches.

Le clivage, le déni, la projection et l'agressivité ravivés par les patients avec autisme transsudent de cette expérience de soin.

Si la sidération entrave la fonction phorique du soignant, n'est-elle pas aussi induite par le regard que nous portons sur l'autisme et sur les enfants avec autisme ? Un regard rétrospectif et autoréflexif nous oblige à reconnaître que l'orientation des prises en charge au CMTB et au cœur de l'AC est trop « éducative ». D'ailleurs, nous avons aussi observé que les activités à base cognitive entraînent chez certains patients une aggravation des troubles relationnels avec augmentation de l'agressivité. Comme le dit une éducatrice du centre : « Nous passons beaucoup de temps à dire au patient "fais !" ou "ne fais pas !" avec beaucoup d'injonctions et l'obligation pour celui-ci de réussir les tâches. » Les activités cognitives telles que menées au centre reposent sur les apprentissages. Les modalités de mise en œuvre de ceux-ci chez des patients pour lesquels nous avons compris qu'ils étaient en-deçà des apprentissages

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

expliquent certainement le retour violent que nous observons et les comportements problématiques. La mise en place d'activités d'apprentissage cognitif est une énième contrainte sur l'enfant qui n'est pas étayante ni tuteurante, dans la mesure où l'équipe a du mal à les mettre en place de façon cohérente et organisée (c'est là que se fait encore sentir le manque d'enseignants spécialisés).

Harrison et Saint-Charles (2012) relèvent les erreurs de positionnement dans l'accompagnement des enfants avec autisme, notamment quand, inconsciemment ou non, on assimile l'autisme à de la déficience intellectuelle et que la prise en charge est plus orientée éducatif que soin.

Pour tenter d'apporter un éclairage nouveau sur notre intervention, une rencontre avec Pr A., psychologue clinicien et psychopédagogue, a été initiée avec pour but de contribuer à remobiliser les soignants pris dans un transfert sidérant aussi bien envers les patients que l'institution (Delion, 2011). Cela aurait aussi été un moyen de réintroduire un processus de supervision.

En 2022, à la réunion de synthèse annuelle, les soignants évoquent l'idée d'arrêter les AC car les enfants sont trop instables et difficiles au cours de cette activité. Ils évoquent des questions comme « est-ce la salle ? le nombre de personnes présentes ? les bruits ? » Ces questions sont portées par le médecin responsable de l'HDJ, elles témoignent de l'échec de la fonction contenante de l'institution. Cependant, ce questionnement ne débouche pas sur des hypothèses permettant une critique des modalités d'intervention. Est-ce l'effet d'un contre-transfert institutionnel comme résultante des contre-transferts individuels de chacun des soignants ? Ce contre-transfert n'est pas mis au travail.

Qui porte la fonction phorique dans notre contexte ? Cette fonction témoigne du lien qui se crée logiquement entre le soignant et le patient et qui permet de décider du

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

maintien de l'intervention, ou tout au moins du fait que l'intervenant soit celui qui a pu tisser du lien avec l'enfant avec autisme (Delion, 2011). Ce lien inaugure une continuité d'exister, substrat de la continuité des soins, et dès lors la souffrance psychique du patient peut se prendre en charge par divers moyens. Pour Delion (2011), cette fonction phorique facilite le portage des signes de souffrance des enfants par la psyché des soignants. Il parle alors de « fonction sémaphorique », ce qui équivaut au contre-transfert freudien.

L'observation des interactions soignants-patients dans le temps de l'AC laisse voir des difficultés d'établissement du lien. Si celui-ci échoue à naître, la psyché du soignant échouera à porter la souffrance de l'enfant, et une boucle de souffrance naîtra de ces échecs qui s'imbriquent. *Quid* de la constellation transférentielle ? Cette dernière ne peut se mettre en place comme espace de travail des contre-transferts soignants pour qu'émergent des échanges un nouveau regard sur le patient et une meilleure représentation de son monde et de sa psychopathologie. La sidération et la contrainte pèsent sur les soignants, ce qui bloque la parole. La parole qui s'énonce est portée par la pénibilité de la tâche. Finalement, qu'est-ce qui inhibe et bloque réellement la mentalisation des soignants ?

Comment construire une équipe soignante qui porte la fonction phorique pour soutenir la subjectivation des patients ? Chaque soignant porte en lui une fonction sémaphorique qui l'écrase tant qu'il n'a pas la possibilité de se décaler, faute de supervision.

C'est à ce titre que Pelloux (2008) pose la question du regard que nous portons sur nous-même, sur notre identité, notre place et notre fonction. Pour cet auteur, une des spécificités de l'institution « hôpital de jour » serait donc de proposer à l'enfant de multiples regards

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

« réfléchissants », comme une sorte de contenant à multiples facettes dans lequel il pourrait construire, voire co-construire, son identité. Pour se faire, il faudrait habiter ces regards pour qu'ils deviennent porteurs de soin et de vie.

Comment l'instruction se fait-elle acte de soin ?

Dans ce lieu commun où se rejoignent pédagogie et soin, la question qui s'impose est : « Comment l'instruction se fait-elle acte de soin ? »

Pour Harrisson et Saint-Charles (2012), les trois axes pédagogiques pour la scolarisation des enfants avec autisme sont : instruire, qualifier et socialiser. Ces trois axes rejoignent ce qu'on apprend en AC qui est du registre de la vie, comme rester tranquille, avoir une posture qui permet d'apprendre, imiter, pointer, se souvenir (notamment dans la chansonnette). La voix, le rythme sont mis en jeu en fredonnant. Mettre en place et ordonner un regard fait partie de ce qui s'acquiert aussi dans l'AC. La contenance du lieu et des personnes a un effet sur la sensorialité et la conscience de soi. La répétition et les rituels permettent aussi au niveau du corps une réassurance et une baisse des angoisses. La reconnaissance de l'autre, la nomination, la temporalité, tout cela est soignant et permet au psychisme de s'organiser. L'instruction qui est en jeu dans l'AC est donc un moyen de cure dans le sens qu'elle est processus cothérapeutique.

Comme le souligne Pelloux (2018), le binôme enseignant/éducateur devrait être la cheville ouvrière d'un tel dispositif (celui de l'hôpital de jour) : organiser, élaborer conjointement des actions pédagogiques et éducatives serait levier du soin pour les enfants avec autisme. Cependant, la lecture du témoignage de Salomé (2001) nous oblige à nous demander si notre désir d'inclure dans

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

le dispositif un enseignant n'est pas ouvrir l'enclos au loup et faire imploser une équipe déjà en difficulté.

Nonobstant, Hameury (2006) recommande l'intégration d'un enseignant spécialisé dans le cadre de l'hôpital de jour pour :

– évaluer l'émergence des prérequis scolaires ;

– mettre en œuvre une prise en charge pédagogique adaptée, sur des temps adaptés aux capacités d'attention et de concentration de l'enfant, avec un étayage favorisant la mise en œuvre des capacités, en individuel ou en petit groupe de trois ou quatre enfants, dans un environnement tranquille, une ambiance ludique, avec des supports pédagogiques concrets et visuels, en prenant en compte les particularités liées à l'autisme (hétérogénéité cognitive, particularités du traitement des informations, sensibilité au changement, régulation cognitive et émotionnelle délicate) et en favorisant la confiance en soi de l'enfant ;

– préparer à l'entrée à l'école…

Nous sommes loin d'y parvenir, et pour l'heure nous ne pouvons qu'espérer qu'un enseignant soit affecté dans le centre et que commence un nouveau maillage pour notre équipe.

La mise en œuvre des activités à base pédagogique à l'hôpital de jour est une tâche ardue, parfois pénible, tant elle appelle la mobilisation d'énergie et de savoirs conscients et inconscients.

Lorsqu'en 2017 nous avions commencé cette expérience institutionnelle, nous nous sommes interrogés sur l'architecture des savoirs et comment ce que nous recevions en tant qu'instruction pouvait nous porter ou nous entraver. Sommes-nous en train de sombrer sous l'éboulement du trop-plein appris et du peu su ? C'est à questionner.

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

Du côté des soignants, ledit savoir apparaît comme une série de blocs qui s'entassent, s'empilent et s'imbriquent (ou non) les uns aux autres pour construire un savoir individuel, une « maison » de pensées ou de connaissances qui s'enracine dans un savoir collectif et qui semble-t-il permet à l'individu de se déterminer face aux sollicitations professionnelles.

Du côté des enfants, les questions concernant l'accès au savoir par les apprentissages ouvrent la porte au « ça à voir » et à l'être qui se doit d'exister comme la volonté d'un avoir pour être sujet de son savoir. L'expression de la subjectivité des enfants se donne à voir dans leur capacité à apprendre. L'instruction, l'enseignement se présente comme le lien qui devrait se tisser entre éducateur et patient, entre soignants et soignés… Les réflexions que nous posons ici ont pris naissance dans le creuset de la création institutionnelle dont nous faisons l'expérience à Abidjan : émergence des questions sur l'acquisition d'un savoir face aux toits du vieux Grenoble au centre-ville où s'inscrit la rencontre inaugurale avec des membres de Solidarité internationale isère autisme et Aide médicale et développement, associations grenobloises qui ont accompagné le projet de création d'un centre autisme à Abidjan (Bissouma et coll., 2019). De ces questionnements au démarrage des activités cliniques avec les enfants, de la nécessité de leur faire apprendre « des choses » pour en faire des « enfants », nous avons fait plusieurs tentatives d'organisation des soins et des apprentissages aussi bien pour les enfants que pour les adultes.

Cet article qui se veut témoignage de notre quête d'une voie d'accès aux apprentissages ouvre à une relecture de notre cheminement dans la mise en place des activités pour les enfants dont nous avons la charge. La recherche de la mise en place des apprentissages s'est avérée double : elle est quête pour les enfants mais aussi pour

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

les adultes qui encadrent les enfants. Que devons-nous savoir pour que les enfants sachent ? Comment leur faire apprendre alors que nous devons aussi apprendre ? Ces questions témoignent du fait que le savoir n'est pas clos sur lui-même, qu'il s'invente et se renouvelle à chaque rencontre, à chaque nouvelle expérience. Cela doit soutenir notre effort de travail institutionnel et clinique.

L'AC permet que se déploient, soient accueillis et contenus les éprouvés sensoriels et moteurs qui commencent à se rattacher à des représentations. C'est cela l'enjeu essentiel de toute prise en charge de l'autisme. Le dispositif précis et contraignant a un objectif (qui est aussi thérapeutique), celui de cadrer l'envahissement sensoriel. D'où l'évolution du programme de ces unités pédagogiques orientées vers plus de sensoriel. Nous avons commencé à interroger la sensorialité comme voie de passage pour les apprentissages grâce au travail mis en place par l'orthophoniste qui a travaillé quelques mois avec l'équipe du CMTB.

Conclusion

Il est vrai que l'AC est une méthode « contraignante », mais elle a permis le développement des compétences chez certains enfants. Ce qui montre que nous pouvons continuer avec l'AC. Outre la contrainte, nous avons responsabilisé un soignant pour le suivi des activités. Il nous apparaît important de reprendre les formations en AC pour mettre à niveau l'équipe tout comme il nous faut remettre en route la supervision.

Après deux années d'expériences d'AC, nous pouvons dire que les résultats sont probants. L'expérience a permis à l'équipe de comprendre que les apprentissages cadrés accompagnés de paroles répétées, même s'ils entraînent un forçage, favorisent le développement des

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

compétences chez l'enfant. Pour chaque enfant, nous avons pu observer une évolution malgré les difficultés.

L'installation du dispositif a pu se faire et nous avons travaillé à le moduler en fonction de notre contexte et de nos possibilités. L'équipe a pu prendre les enfants en charge, avec les limites imposées par l'absence d'un enseignant spécialisé. Elle a pu repérer les lacunes mais aussi les évolutions des enfants à l'intérieur d'un dispositif incomplet. Leurs analyses cliniques, détaillées et fines en témoignent. Il reste donc en question la participation régulière d'un enseignant spécialisé pour améliorer encore ce dispositif, ou à défaut l'élaboration d'un contenu adapté à la Côte d'Ivoire en collaboration avec des psychopédagogues et des enseignants. Il semble que ce qui manque encore au dispositif est la construction d'un contenu organisé pour les apprentissages, à défaut d'avoir un enseignant spécialisé qui saurait d'emblée !

Ce programme pourrait tuteuriser le dispositif.

C'est là notre prochain défi !

Remerciements

À Soline Bricout, orthophoniste française qui a soutenu l'équipe d'octobre 2019 à mars 2020.

À Graciela C. Crespin, qui accompagne de près comme de loin l'équipe d'Abidjan.

À toute l'équipe du CMTB.

Bibliographie

Bissouma, A.-C. ; Janin-Duc, D. ; Allombert, M. 2019. « Les ateliers-classe à Abidjan en Côte d'Ivoire : compréhension et adaptation du modèle », *Cahiers de PRÉAUT*, vol. 1, n° 16, p. 115-157.

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

BRELLIER, A. ; CLÉMENT, M.-N. ; POUPIN, D. L. ; SAINT-GEORGES, C. 2014. « L'implantation de l'atelier-classe PRÉAUT à l'hôpital de jour pour enfants du CEREP : regards croisés », *Cahiers de PRÉAUT,* n° 11, p. 27-50.

CORNET, J.-P. ; VANHEULE, S. 2017. « Évaluation de la prise en charge institutionnelle d'enfants atteints d'un trouble envahissant du développement », *L'évolution psychiatrique,* n° 2, p. 687-702.

DEHAENE, S. 2018. *Apprendre ! Les talents du cerveau, le défi des machines*, Paris, Odile Jacob.

DELION, P. 2011. « Psychanalyse, autisme et institution », *Journal de la psychanalyse de l'enfant,* vol. 1, n° 2, p. 27-43.

HAMEURY, L. ; MOLLET, M. ; MASSÉ, S. ; LENOIR, P. ; BARTHÉLÉMY, C. 2006. « Scolariser l'enfant autiste : objectifs et modalités », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence,* n° 54, p. 375-378.

HARRISSON, B. ; SAINT-CHARLES, L. 2012. « La structure de pensée autistique et la scolarisation », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, vol. 4, n° 60, p. 59-74.

HOCHMANN, J. 1985. « Un aspect de la collaboration enseignants-psychiatres », *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, n° 33, p. 375-377.

HUBERT-BARTHÉLÉMY, A. 2010. « "L'atelier-classe" : le processus de subjectivation peut-il être suscité chez les enfants autistes par les apprentissages », *Cahiers de PRÉAUT*, vol. 7, n° 1, p. 11-32.

HUBERT-BARTHÉLÉMY, A. ; CRESPIN, G.C. ; MASCARENHAS FERNANDES, C. ; TROUVÉ, J.-N. 2014. « Pédagogie et subjectivation. La recherche-action "Ateliers Classes Préaut" », *Cahiers de PRÉAUT,* vol. 1, n° 11, p. 11-24.

LACAN, J. 1954. *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1978.

MASSOULIÉ, S. 2011. « Présentation d'un enfant en hôpital de jour : discussion diagnostique et de la prise en charge institutionnelle », *Cahiers de PRÉAUT*, vol. 1, n° 8, p. 143-156.

PELLOUX, A.-S. ; MÉRY, A. 2008. « Regards croisés à l'hôpital de jour », *Enfances&PSY*, vol. 4 n° 41, p. 82-94.

PELLOUX, A.-S. 2014. « L'intersubjectivité à l'hôpital de jour, Une chorégraphie à plusieurs », *Enfances&PSY*, vol. 1, n° 62, p. 116-128.

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

Pelloux, A.-S. ; Farret, H. ; Le Run, J.-L. ; Marchand, S. ; Taborell, E. ; Vouillon, V. 2018. « Le monde de l'école pour les enfants autistes. Une expérience d'unité d'enseignement en école élémentaire », *Enfances&Psy,* vol. 4, n° 80, p. 135-146.

Phillips, C. ; Magerotte, G. ; Adrien, J.-L. 2012. *Scolariser des élèves avec autisme et TED, Vers l'inclusion*, Paris, Dunod, coll. « Enfances ».

Roux, G. 2021. « La cas de Victor de l'Aveyron au regard de l'acquisition du langage », *Revue d'histoire des sciences humaines*, n° 38, p. 102-108.

Salomé, E. 2001. « Le loup dans la bergerie. De l'articulation entre l'éducation et les soins aux enfants autistes », *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence,* n° 49, p. 72-77.

Résumé

L'évolution du dispositif des ateliers-classe à Abidjan s'interroge dans cet article. Les auteurs font le point sur les évolutions et les avancées ainsi que l'impact sur les enfants pris dans ce dispositif. Les écueils du soin, liés aux difficultés de représentation des intervenants sur la pédagogie à partir des pratiques en Côte d'Ivoire, n'entravent pas l'expérience. Ces difficultés ouvrent de nouveaux chantiers de réflexion, de formation et de mise en pratique qui s'enracinent dans l'analyse de l'activité lecture en croisant le point de vue du pédagogue et du clinicien.

Cet article est l'occasion de faire un point d'étape et d'ouvrir de nouveaux chemins.

Mots-clés : Côte d'Ivoire, atelier-classe, TSA, TND, travail d'équipe, analyse de pratique.

Abstract

In this article the evolution of the "atelier-classe" device in Abidjan is examined. The authors describe the evolution and progress as well as the impact on children included in this device. The difficulties of treatment the participants struggle with due to a lack of representation of these educational methods regarding habitual practices on the Ivory Coast do not reduce the experience. The difficulties encountered open up new possibilities of reflection, of training and of device set ups which take root in the analysis of

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)

"reading activities" by articulating the point of view of the pedagogue and the clinician.
This article offers the possibility of a short-term assessment and the opens up new paths.

Keywords: Ivory Coast, atelier-classe, ASD, ND, "reading activity", Teamwork, Analysis of professional practices.

Resumen
En este artículo se interroga la evolución del "Taller Clase" en Abiyán. Los autores hacen un balance de su evolución y avances, así como del impacto en los niños involucrados en este dispositivo. Los escollos de la atención, que tropiezan debido a las dificultades de representación de los actores de la pedagogía sobre las prácticas en Costa de Marfil, no obstaculizan por tanto la experiencia. Estas dificultades abren nuevos campos de reflexión, formación y práctica que se enraízan en el análisis de la actividad "lectura" entrecruzando el punto de vista del pedagogo y del clínico.
Este artículo es una oportunidad para hacer un balance y abrir nuevos caminos.

Palabras Claves: Taller Clase, TEA, TND, Actividad « Lectura », Costa de Marfil, Trabajo en equipo, Supervisión.

Resumo
A evolução do programa ateliers-classe em Abidjan é questionada neste artigo. Os autores fazem um balanço dos desenvolvimentos e avanços, bem como o impacto nas crianças envolvidas neste programa. Os obstáculos do cuidado, que acarretam entraves devido às dificuldades de representação dos monitores sobre a pedagogia a partir das práticas na Costa do Marfim, não impedem a experiência. Essas dificuldades abrem novos campos de reflexão, formação e prática que se enraízam na análise da atividade de leitura, cruzando o ponto de vista do pedagogo e do clínico.
Este artigo é uma oportunidade para fazer um balanço e abrir novos caminhos.

Palavras-chave: Costa do Marfim, atelier-classe, TSA, TND, atividade "Leitura", Trabalho em equipe, Análise da prática.

© Érès | Téléchargé le 16/10/2023 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.154.248.48)