

LE JARDIN D'ENFANTS THERAPEUTIQUE

Par Françoise SELMI, psychomotricienne

RESUME :

Le J.E.T (Jardin d'Enfants Thérapeutique) est une création du secteur de pédopsychiatrie du 19^{ème} arrondissement de Paris.

C'est une indication de soins, à temps partiel et en groupe, pour de jeunes enfants de 2 à 6 ans ayant des retards et troubles dans leur développement et dans l'édification de leur personnalité.

C'est un lieu où des membres de l'équipe pluridisciplinaire du secteur y interviennent à temps partiel et en groupe et où la référence théorique principale est la psychanalyse.

MOTS CLES

Jardin d'enfants thérapeutique (J.E.T) – pédopsychiatrie – groupe temps partiel – pluridisciplinaire – psychanalyse.

ABSTRACT

The J.E.T is a part of a pedopsychiatric department covering the 19th district of Paris.

The care project is based on a part-time and group therapy for children (from 2 to 6 years old) with troubles and delays in their development and structuration.

The pluridisciplinary team is part-time involved.

Psychoanalysis is their main theoretical principle.

KEY-WORDS

J.E.T – pedopsychiatric – part-time group – pluridisciplinary – psychoanalysis.

LE JARDIN D'ENFANTS THERAPEUTIQUE

A- PRESENTATION DU JARDIN D'ENFANTS THERAPEUTIQUE (J.E.T)

B- ASPECTS THERAPEUTIQUES DU GROUPE

C- L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ET LE RÔLE DE CHACUN

D- PRESENTATION ET EVOLUTION DE QUATRE ENFANTS

- Au regard de la PSYCHOMOTRICIENNE

E- EN CONCLUSION

Françoise SELMI
Psychomotricienne
.Mail : selmifrancoise@yahoo.fr
J.E.T : 114 av de Flandre, 75019, Paris.
Tél. : 01.42.45.17.83.
Fax : 01.46.07.88.03.

LE JARDIN D'ENFANTS THERAPEUTIQUE

A- PRESENTATION DU JARDIN D'ENFANTS THERAPEUTIQUE

Le J.E.T a été créé en 1986 par l'équipe du Dr T. (médecin-chef du 11^{ème} secteur de pédopsychiatrie de l'E.P.S de Maison Blanche, dont le lieu géographique correspond au 19^{ème} arrondissement de Paris).

Les membres de l'équipe intéressés par ce projet, se sont réunis un an auparavant, chaque semaine, pour élaborer et construire ce projet.

Les principaux auteurs et théoriciens dont nous nous sommes inspirés furent S. Freud ; D. Winnicott ; M. Klein ; D. Anzieu et R. Kaës.

Le point de départ de cette unité était de créer une alternative de soin pour les jeunes enfants, entre l'hôpital de jour (trop enfermant) et les Consultations médico psychologiques (C.M.P) (trop ouvertes et pas assez contenant).

Le J.E.T a donc été défini comme un lieu d'accueil pour des enfants petits et très malades et fonctionnait avec des accueils par demi-journées.

Après une vingtaine d'années d'expérience, le J.E.T a évolué et le projet s'est développé au fil du temps de la pratique.

1- Les locaux

Le J.E.T est situé au rez-de-chaussée d'un immeuble de bureaux dans le 19^{ème} arrondissement de Paris.

L'espace est structuré de la façon suivante :

- une entrée, utilisée comme salle d'attente momentanée, quand les parents (ou accompagnateurs) amènent les enfants.
- Un bureau pour les entretiens familiaux.

- Une pièce pour l'atelier musique, ou servant à s'isoler avec un enfant quand cela est nécessaire.
- Un grand espace de jeu (cloisonné par quelques meubles) pour les différentes activités, et traversé par un large couloir permettant aux enfants de courir, sauter, faire du vélo, etc...
- Un coin cuisine pour le moment du goûter et les ateliers jardinage et pâtisserie.
- Un grand bureau servant de salle de réunion.
- 2 toilettes, et un coin lavabos pour les jeux d'eau.

2- L'accueil et les indications

Le J.E.T (entrant maintenant dans la catégorie des C.A.T.T.P : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) accueille des enfants de 2 à 6 ans présentant différents troubles de structuration de la personnalité empêchant leur intégration à temps plein en milieu éducatif normal.

Le J.E.T s'adresse à des enfants de pathologie sérieuse diverse, névrotique ou psychotique, structures déjà installées ou en cours de fixation.

Dans les faits, l'âge des enfants accueillis se situe aux alentours de l'âge de la marche jusqu'à 6 ou 7 ans.

La fréquentation de chaque enfant au J.E.T sera en moyenne de 3 demi-journées par semaine (soit le matin de 9h30 à 11h, soit l'après-midi de 14h30 à 16h).

Le J.E.T représente la 1^{ère} structure de soins où les troubles peuvent-être observés et traités.

A ce titre l'équipe soignante se propose d'accompagner les enfants et leur famille dans la reconnaissance et l'acceptation de difficultés souvent majeures, sans stigmatisation des difficultés et des handicaps.

Le J.E.T aide à cette reconnaissance et à cette acceptation des troubles dans la mesure où il favorise les liens de partenariat avec les structures éducatives (écoles, crèches, jardins d'enfants).

Le J.E.T souhaite aller dans le sens d'une plus grande tolérance à l'égard de l'enfant ainsi que dans le sens du maintien le plus longtemps possible d'un cadre éducatif normal.

3- Le cadre des soins

3-1 L'admission au J.E.T

Les thérapeutes (des C.M.P du secteur) souhaitant adresser un enfant au J.E.T devront envoyer un compte-rendu de l'enfant afin de motiver une prise en charge. Puis ils viendront le présenter lors d'une synthèse si cela est possible.

Ils resteront alors les référents externes de l'enfant et des parents : rôle prépondérant dans le suivi thérapeutique.

Chaque demande d'admission est étudiée par l'ensemble de l'équipe du J.E.T.

Cette demande sera alors réfléchi aux vues de l'adéquation des symptômes de l'enfant, de sa prise en charge et de sa possibilité d'intégration dans les groupes. A l'issue de cette concertation, l'enfant et ses parents sont reçus en entretien avec 2 soignants (dont un médecin psychiatre) qui seront alors les référents de l'enfant. Nous établissons conjointement une période d'observation de 2 semaines où l'enfant sera reçu quotidiennement par demi-journée. Cette période d'observation permettra ainsi à l'enfant et à chaque intervenant, de se rencontrer. Mais aussi les soignants pourront évaluer la prise en charge, afin de commencer à définir un projet de soins pour cet enfant.

Après la période d'observation, l'enfant et ses parents sont reçus pour une admission au J.E.T, si suite à la période d'observation, celle-ci nous paraît opportune. Les référents signeront alors un contrat thérapeutique avec la famille et une prise en charge soutenue et régulière peut se mettre en place.

3-2 L'équipe soignante

Outre du médecin psychiatre responsable de la structure, l'équipe soignante est composée de :

- 3 médecins psychiatres
- 2 infirmières
- 2 psychomotriciennes
- 1 éducateur spécialisé
- 1 art-thérapeute
- 1 cadre de santé

L'équipe intègre aussi des stagiaires, supervisés respectivement par chaque professionnel concerné.

Chaque soignant est à temps partiel sur la structure.

La référence de fonctionnement du J.E.T est la théorie psychanalytique, tant dans la compréhension de la psychopathologie que dans l'accueil et l'approche thérapeutique.

3-3 Le travail thérapeutique auprès de l'enfant et de ses parents

Il comprend le travail au sein de chaque groupe mais aussi l'accompagnement de l'enfant dans son lieu éducatif normal et auprès de ses parents.

Dans les groupes :

Chaque enfant est reçu dans un groupe de 6 enfants environ, encadrés par 3 soignants qui auront en charge toujours les mêmes groupes.

Dans ces groupes plusieurs supports (ou médiateurs) sont proposés tels que la pâte à modeler, le dessin, la peinture, la musique, des jeux d'imagination de construction et d'imitation... L'objectif de ce travail est de créer ou de recréer un espace transitionnel entre les enfants et les thérapeutes.

Le travail permet à la fois d'engager une dynamique de groupe (stabilité du groupe d'enfants plusieurs fois dans la semaine) mais aussi de favoriser une approche plus individualisée en fonction du parcours et des besoins de l'enfant.

Chaque enfant pourra participer à ces groupes thérapeutiques 2 à 3 fois par semaine, selon le projet thérapeutique identifié

A chaque fin de groupe, les soignants se réunissent en post-groupe afin d'essayer de comprendre ce que l'enfant nous a donné à voir, à sentir et à entendre. Ce travail d'élaboration permet ainsi à l'équipe soignante d'ajuster en permanence, et au plus près de l'enfant, son intervention pour qu'elle reste thérapeutique. Elle prend en compte la part du transfert de l'enfant et de sa famille, mais surtout de notre contre-transfert (élément constitutif d'un étayage thérapeutique et diagnostique)

Travail de lien avec l'école :

Ce sont les référents de l'enfant qui assurent le suivi avec l'école (ou la crèche ou le jardin d'enfants).

Les référents rencontrent aussi régulièrement les professionnels de l'école afin de favoriser la compréhension de la problématique de l'enfant.

Depuis la création de la « maison du handicap » en 2006 le système de collaboration avec l'école a changé. Les C.C.P.E « commission consultative paritaire d'éducation » ont été remplacées par un P.P.S « projet personnalisé de scolarisation » et l'inscription de l'enfant à la MDPH « maison du handicap » est une condition pour obtenir un AVS « assistant de vie scolaire » qui accompagnera l'enfant dans sa scolarité, au sein même de sa classe.

Les entretiens parents / enfants :

Ces entretiens supposent un travail clinique d'élaboration autour de la parole de l'enfant et de ses parents.

En aucun cas ce travail ne sera une restitution littérale de ce qui se passe pour l'enfant dans les groupes thérapeutiques (notion de confidentialité et d'espace thérapeutique pour l'enfant)

Dans ce lieu, l'évolution de l'enfant sera élaborée, pour que ses parents puissent être soutenant dans le projet de soin.

L'enfant et ses parents sont ainsi reçus, environ une fois par mois, par leurs référents.

Les entretiens avec les parents :

Les parents sont reçus par un autre référent du J.E.T.

Ces entretiens (moins systématiques que les entretiens parents / enfants) permettent de soutenir les parents dans leurs démarches d'accompagnement de leur enfant.

Ils réalisent un travail d'élaboration de leur histoire personnelle, de leur histoire familiale et des liens qu'ils ont avec leur enfant.

Depuis peu, certains parents sont reçus individuellement en entretiens par le psychiatre référent de la famille.

La réunion clinique :

Elle réunit l'ensemble de l'équipe une fois par mois pendant 4 heures.

Cette réunion est essentielle. Elle permet de faire exister l'enfant pour l'ensemble de l'équipe ; de confronter et d'enrichir nos points de vue en fonction de nos diverses disciplines.

Cette réunion nous permet de comprendre et d'analyser les phénomènes de répétitions et les processus de résistances afin de réussir à les dénouer.

Elle nous permet ainsi de suivre et d'évaluer la progression de l'enfant au J.E.T ; à l'école(ou autre lieu de socialisation) mais aussi dans sa famille.

4- Après le Jardin d'Enfants Thérapeutique :

Le départ d'un enfant du J.E.T doit s'inscrire dans la continuité de sa prise en charge. Il nécessite, pour cela, un long travail de préparation et de concertation de l'équipe avec les référents extérieurs.

L'orientation permettra d'inscrire et d'orienter l'enfant soit dans le circuit scolaire classique, soit dans des structures adaptées : hôpital de jour, I.M.E, I.M.P...

Ce processus induit alors une inventivité et une créativité de la part des différents partenaires, tant de soins que sociaux et scolaires, ainsi qu'une adhésion et un soutien de la famille. Cet après J.E.T est un moment important pour donner toutes ses chances à l'enfant et donc à l'adulte en devenir.

B- ASPECTS THERAPEUTIQUES DU GROUPE

Au J.E.T, un groupe d'adultes soignants prend en charge un groupe d'enfants en souffrance.

Le sous-bassement théorique de ce travail est la psychanalyse.

Les enfants et les soignants se réunissent dans un même temps et un même lieu : Cela fait référence au « réel » des corps réunis dans une conjonction spatio-temporelle.

Le groupe sera à la fois du côté du « faire » ou « projet » induits par la réalisation ou la non réalisation des activités proposées.

Le groupe sera aussi du côté de l'« être » de « l'identité » induits par la réunion avec l'image du semblable.

Cela fait référence à « l'imaginaire »

Les points communs réunissant les enfants (classe d'âge, type de trouble, etc...) feront référence au « symbolique »

Cet espace de pensée : « réel »- « imaginaire »- « symbolique » Ces 3 registres empruntés à la théorie Lacanienne « sont des outils de travail indispensables pour se repérer dans toute psychothérapie » (J. Lacan)

Le partage d'une expérience, de créativité, de plaisir des soignants et des enfants, nécessitera une distance suffisante par rapport à ce modèle idéalisé qu'est le groupe.

Toute expressivité sera médiatisée non seulement par la sollicitation d'une verbalisation, mais aussi par des jeux, des jouets, des activités telles que jardinage, pâtisserie, musique, parcours psychomoteur, etc....

Ces activités seront contenantes car limitantes.

Autour de ces médiations, le groupe va pouvoir cheminer à différents niveaux : celui de l'expressivité, du sens et du relationnel.

Ces médiateurs agiront comme tiers dans les rencontres croisées entre soi et l'autre, et permettront une organisation de la pensée à partir des affects et des émotions.

Contenus par cette expérience collective, les enfants pourront vivre de nouvelles interactions aussi bien avec les soignants qu'avec leurs pairs, et ainsi élaborer des moments de perte et de séparation participant à toute individuation.

Le groupe offrira aux enfants :

- Une situation dynamique, permettant une mobilisation plus rapide des possibilités d'évolution.
- Une multiplicité des transferts et des possibilités d'identification.
- Une écoute, un regard, prenant en compte, l'expression de chacun en relation avec l'autre. Ceci dans l'instant présent, et dans l'histoire de chacun inscrite dans sa famille et son milieu de vie

L'aspect thérapeutique du groupe se construira dans « l'entre- groupe » avec les entretiens réguliers avec la famille, l'école ou la crèche, les intervenants extérieurs. Il se construira aussi avec le travail d'élaboration fait par les thérapeutes dans les temps de « post-groupe »

Selon D. Anzieu : « Le groupe exerce des effets psychothérapeutiques sur les personnes qui le composent ; il peut rétablir la situation fantasmatique intra subjective, et avec elle, les dispositions au jeu, à la créativité, à la symbolisation...

Il peut défaire les identifications imaginaires et construire de nouvelles identifications narcissiques et symboliques.

Il permet mieux que la psychothérapie individuelle, de retrouver et élaborer les traumatismes anciens »

C- L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ET LE RÔLE DE CHACUN

Au J.E.T les professionnels représentés sont les suivants :

- Cadre de santé.
- Médecins psychiatre.
- Infirmières.
- Psychomotriciennes.
- Educateur spécialisé.
- Art-thérapeute.

Tout en travaillant dans le même espace, le même temps, avec les mêmes soignants et les mêmes enfants, chaque professionnel aura son rôle spécifique en fonction de sa personnalité et de sa propre histoire, mais aussi en fonction de sa formation et du choix de celle-ci.

CADRE DE SANTE AU JARDIN D'ENFANTS THERAPEUTIQUE

L'activité principale du cadre de santé est de coordonner et d'harmoniser les pratiques des soignants afin de répondre au mieux aux besoins et aux objectifs de soins pour nos patients.

C'est dans un rôle de réassurance et aussi d'étayage que se situe l'exercice prépondérant du cadre de cette structure.

Le profil de poste partage le travail en 2 temps : la coordination des soins et le temps administratif et de gestion.

La coordination des soins :

- Présence dans les groupes, les réunions cliniques et de synthèse.
- Participation dans le travail de consultation auprès des enfants et de leur famille, et participation avec les référents au travail dans les écoles.
- Animation de l'équipe dans le travail d'élaboration et de pratique des groupes thérapeutiques.
- Gestion et tenue des dossiers de soins.
- Organisation et participation aux synthèses avec nos partenaires : C.M.P, C.M.P.P, P.M.I, services d'A.E.M.O judiciaires, écoles, crèches, etc...
- Coordination des soins avec nos correspondants pour le suivi des enfants : hôpitaux de jour, I.M.E, etc....
- Représentation du J.E.T dans les différentes instances du secteur, en accord et étroite collaboration avec les médecins.

MEDECIN PSYCHIATRE AU JARDIN D'ENFANTS THERAPEUTIQUE

Le médecin psychiatre est garant du bon déroulement des soins proposés à chaque enfant ainsi que du projet thérapeutique individuel.

Chaque enfant accueilli au J.E.T a « une double référence » pour sa prise en charge, qui associe obligatoirement un des médecins psychiatres à un autre membre de l'équipe (cadre de santé, infirmière, psychomotricienne, art-thérapeute, éducatrice spécialisée)

En « binôme » avec un autre membre de l'équipe, il assure les consultations, en présence de l'enfant et de ses deux parents, de pré-admission (s'enquérant des antécédents médicaux personnels et familiaux de l'histoire de la maladie) et d'admission.

Puis il assure les consultations mensuelles, de la même façon, afin de travailler au mieux sur l'évolution clinique de l'enfant en associant activement les parents.

Il effectue les liens nécessaires à la bonne cohésion des soins et de leur continuité avec « les consultants externes » : psychologues cliniciens et pédopsychiatres qui ont adressé l'enfant au J.E.T, mais aussi avec les autres intervenants susceptibles de le prendre en charge tant au niveau somatique (pédiatre, neuropédiatre, médecin généraliste, etc...) que scolaire avec les médecins et les psychologues scolaires.

Il pourra, et toujours en concertation avec ces « consultants externes », orienter l'enfant vers des bilans médicaux (génétique, neuropédiatrique, O.R.L, endocrinologique, etc...), psychologiques (tests psychométriques, de personnalité, etc...) ou paramédicaux (psychomotricité, orthophonie, en séances individuelles).

Il coordonne et oriente les soins en intégrant les observations cliniques et les différentes approches des membres de l'équipe en prenant en compte la pluridisciplinarité de celle-ci.

Il pourra aussi, dans certains cas, interpellier et être l'interlocuteur privilégié des instances judiciaires quand un signalement semble nécessaire.

Il anime les réunions mensuelles cliniques et institutionnelles de l'unité avec l'ensemble de l'équipe.

Il est responsable de la formation des stagiaires psychologues du J.E.T et du bon déroulement du stage pour l'ensemble des stagiaires accueillis (psychomotriciens, éducateur, infirmier, art-thérapeute)

INFIRMIER AU JARDIN D'ENFANTS THERAPEUTIQUE

Le rôle de l'infirmier au J.E.T est de prendre en charge spécifiquement les enfants en étant :

- Dans une capacité d'écoute et de disponibilité afin d'ouvrir des perspectives relationnelles et émotionnelles.
- Dans une observation permettant d'élaborer et de réajuster le projet thérapeutique individualisé de l'enfant.
- Dans un accompagnement quotidien de l'enfant, fait de certains rituels : accueil, atelier, goûter, etc. Ces rituels servent à structurer les enfants.
- Dans un champ de partenariat, de liens et d'informations auprès des parents.
- Dans un travail de lien avec les structures extérieures s'occupant de l'enfant : écoles, P.M.I, A.S.E...
- Dans les ateliers thérapeutiques ayant comme support, différents médiateurs tels que la terre, la peinture, la pâte à modeler, ...Création d'un espace transitionnel entre les enfants et les soignants, avec une approche individualisée en fonction du parcours et des besoins de chaque enfant.

Notre permanence dans les groupes thérapeutiques est soignante pour les enfants.

PSYCHOMOTRICIEN AU JARDIN D'ENFANTS THERAPEUTIQUE

La thérapie psychomotrice est une thérapie à médiation corporelle agissant par l'intermédiaire du corps et de son expression sur les fonctions mentales perturbées.

En thérapie psychomotrice le sujet est considéré dans sa globalité. L'expression tonique, gestuelle et comportementale du patient est entendue et reçue, comme un langage témoignant de son histoire vécue.

Le travail du psychomotricien prendra sens, dans la relation transférentielle qu'il établira avec son patient.

(En thérapie psychomotrice on parlera davantage de transfert émotionnel et sensoriel)

Le psychomotricien est amené à s'impliquer entièrement dans la relation avec son patient. Il gardera la juste distance, lui permettant de se questionner sur ce qu'il ressent, ce qui l'émeut, ce qu'il voit, ce qu'il perçoit. Ceci afin de prendre conscience de ce qu'il fait en relation avec son patient, et de décrypter le sens de ce que son patient exprime de son vécu et de sa souffrance.

Au J.E.T, le psychomotricien pourra avoir cette place spécifique auprès des enfants. C'est-à-dire qu'il sera concerné par l'expression motrice et comportementale de l'enfant.

Il pourra repérer les troubles psychomoteurs de l'enfant et s'interroger sur leur signification.

Il sera sensible à la façon dont l'enfant exprime corporellement, gestuellement, sa souffrance sans pouvoir la mettre en mots.

En réponse au mode d'expression de l'enfant, il interviendra davantage dans les jeux moteurs. Il sera à l'écoute des échanges sensoriels, perceptifs, toniques et émotionnels qu'il s'efforcera de verbaliser.

Le psychomotricien ajustera son attitude en fonction de chacun.

Il se rapprochera, s'éloignera, donnera de la voix ou de la parole, ou restera en silence. Mais toujours dans une disponibilité à ce qui vient de l'autre et à ce qui vient de lui-même.

Outre l'objectif que l'enfant arrive à « être bien dans sa peau » et par extension dans son environnement familial et social (dont le groupe J.E.T fait partie) le psychomotricien aidera l'enfant à l'émergence d'un langage « incarné », c'est-à-dire l'accès à sa propre parole.

EDUCATEUR SPECIALISE AU JARDIN D'ENFANTS THERAPEUTIQUE

Le rôle de l'éducateur au J.E.T est :

De poser un cadre et des limites aux enfants afin de créer un espace contenant et rassurant.

D'essayer au maximum de travailler la notion de groupe.

De mettre en place des ateliers à travers lesquels nous pourrions travailler la continuité, les repères dans le temps et l'espace, l'autonomie et la notion de partage (par exemple l'atelier cuisine ou jardinage).

En ce qui concerne les tâches quotidiennes, il s'agit de travailler autour de la propreté (nettoyage des mains) ainsi qu'aider les enfants à acquérir les règles de vie en groupe, c'est-à-dire respecter les autres enfants (par exemple : « on ne tape pas »).

De permettre aux enfants de s'exprimer, d'exprimer leurs désirs, c'est-à-dire de faciliter leur expression au travers de médiations telles que la peinture, la pâte à modeler, la terre, etc...

D'être rassurant, soutenant pour les enfants. Les aider à grandir en prenant en compte leurs difficultés et en partant de là où ils en sont psychologiquement.

De s'adapter aux besoins des enfants, être à leur écoute et se saisir de ce qu'ils nous montrent pour travailler avec eux.

Aussi, au J.E.T l'éducateur sera préposé au travail de partenariat avec les écoles, les crèches et les structures médico-éducatives et sociales en lien avec l'enfant : service d'A.E.M.O (aide éducative en milieu ouvert) foyers, travailleuses familiales, etc. ...

L'ART-THERAPEUTE AU JARDIN D'ENFANTS THERAPEUTIQUE

L'art-thérapeute se sert de l'art comme outil de médiation thérapeutique.

L'art est un moyen de favoriser les échanges de groupe, et permet également de favoriser la revalorisation du « moi »

Au J.E.T l'art est représenté essentiellement par la musique, mais aussi par la « danse » ou plus exactement les rondes dansées, l'art graphique et la peinture.

« L'art-thérapie » est réalisé en ateliers réunissant un groupe d'enfants.

Il n'y a aucune obligation à y participer, mais à l'intérieur la notion de cadre y est très présente.

La musique, pouvant être considérée comme un pré-langage, est utilisée comme médiation pour l'accès à une communication non-verbale dans un premier temps.

Elle constitue un outil précieux pour les enfants accueillis au J.E.T, car la plupart présentent d'importants troubles du langage.

Le son, qui constitue la musique, abrite en lui-même le rythme.

Au cri du nourrisson- 1^{er} son – puis babillage et succession de sons, viendra se superposer une succession de mots, qui deviendra langage signifiant. Il se mettra en place parallèlement à la verticalisation de l'être.

La voix est également importante. Le cri peut être utilisé et transformé, valorisé et permettre le passage vers le son – mélodie.

Le rythme, avec l'aide d'instruments de percussion (tambours, djembés, etc...) permettra les décharges motrices, voire agressives, de l'enfant. Ces décharges pourront être reprises de façon « artistique » et constructive et apporter une détente physique et psychique.

A l'intérieur du groupe émergent les notions :

- D'écoute de l'autre et de capacité à attendre son tour.
- De narcissisation et valorisation de soi, dans le rôle du chef d'orchestre.
- Du plaisir de reproduire ce que font les autres.

La médiation « art » se révèle être un bon support, permettant de recentrer les enfants dans une activité de groupe.

L'art-thérapie peut permettre l'accès à une forme de communication et d'expression, dans les cas où le langage a été ou reste perturbé (troubles autistiques et psychotiques plus ou moins sévères).

D- PRESENTATION ET EVOLUTION DE 4 ENFANTS :

Lucien
Hamida
Alex
Biba

(Voir pages jointes)

E- EN CONCLUSION

Cette structure a été créée et continue à fonctionner avec des professionnels du secteur de pédopsychiatrie qui ont souhaité et choisi d'y travailler.

C'est pour cette raison que, bien qu'étant multidisciplinaires, toutes les professions du secteur n'y soient pas représentées.

Le J.E.T est un lieu de soin en évolution constante, grâce à la remise en question permanente de ce qui fonctionne et la modulation de ce qui ne fonctionne pas.

Cette dynamique se fait aussi grâce à la mise en commun des idées nouvelles où la créativité de chacun est encouragée.

C'est ainsi que des visites mensuelles ont pu se mettre en place à la bibliothèque du quartier ; qu'un séjour thérapeutique a pu et continue à avoir lieu une fois par an; qu'un projet de jardinage dans une parcelle de la ville s'est concrétisé ; et que la proposition d'utiliser le J.E.T comme « plateau technique » a permis d'évaluer la pathologie et la souffrance de certains enfants, en vue de leur orientation vers un soin adapté.

Dernièrement des entretiens individuels ont pu être proposés à chacun des parents, acceptant d'approfondir leur histoire personnelle en lien avec leur enfant.

LUCIEN

Lucien fut adressé au J.E.T il y a 2 ans en octobre.

Il était alors âgé de 3 ans et 8 mois.

Le psychiatre du C.M.P.P (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) s'occupant de la famille, nous a présenté Lucien comme un enfant ayant de sérieuses défenses autistiques. Il ajoute : « Dans un contexte plutôt carencé, il nous semble qu'un accueil thérapeutique en groupe à temps partiel, parallèlement à l'entrée en maternelle en septembre, serait indiqué pour compléter

- la prise en charge psychiatrique de la mère
- le travail thérapeutique individuel et familial que nous avons commencé ».

Anamnèse

Les éléments suivants nous ont été communiqués par le C.M.P.P lors de la présentation de Lucien au J.E.T :

« Lucien est le fils unique de ses deux parents.

Sa mère d'origine tunisienne a déjà eu un fils, placé à l'A.S.E (Aide Sociale à l'Enfance) dans une famille d'accueil, vers l'âge de 4 ans.

Cette femme est alors très démunie : sans papier, sans logement, sans travail, sans ressource et délaissée par le père de son 1^{er} fils. Elle sombre dans une grande dépression et la toxicomanie. La rencontre avec le père de Lucien lui permet d'émerger, de se sevrer... Mais le refus de son 1^{er} fils de la revoir reste pour elle une douleur aiguë.

Le père est d'origine française. Marié une première fois, il a eu lui aussi, un fils qui a actuellement 22 ans. M. a gardé des liens avec son 1^{er} fils, qui se sont estompés avec la naissance de Lucien. M. a aussi une histoire douloureuse et comme sa propre mère, il est déprimé et alcoolique.

Enceinte de Lucien, Mme était en période de désintoxication et elle a vécu sa grossesse avec beaucoup d'angoisse. Néanmoins l'accouchement s'est bien déroulé.

Le développement psychomoteur de Lucien paraît s'être fait normalement durant les 1ers mois.

Puis il a inquiété par son comportement : agitation anxieuse avec stéréotypies, quêtes de limites et d'appuis contenant, agrippement à sa mère, fuite du regard, absence d'apparition du langage.

Les angoisses de séparation sont évidentes (Lucien gardait sans cesse son biberon jusqu'à récemment)

Lucien dort alors, dans le lit de ses parents et n'a pas d'objet transitionnel.

Mme est reçue pour elle-même par un psychiatre et une éducatrice. Grâce à elles, un travail de stimulation pour Lucien et de séparation entre la mère et son fils a pu commencer.

Maintenant Lucien (qui a 3 ans et 8 mois) cherche le contact avec les autres enfants et présente moins de défenses autistiques.

Il semble latéralisé à droite et est capable de dessiner avec une bonne précision. Il peut entrer en lien avec l'adulte par le regard et le solliciter pour jouer. Toutefois, face à la grande fragilité de ses parents (abandonniques et dépendants) Lucien va pouvoir bénéficier du J.E.T en complément des soins déjà engagés au C.M.P.P.

LUCIEN AU J.E.T :

Fin de la 2^{ème} année au J.E.T

(Durant la 1^{ère} année de Lucien au J.E.T, je ne travaillais pas dans son groupe, je l'avais seulement rencontré lors de ses deux semaines d'observation.)

Lucien aura bientôt 5 ans et demi.

Il sort peu à peu de sa morne coquille dans laquelle il se protégeait depuis son arrivée au J.E.T.

Il va de plus en plus vers les autres. Cependant il alterne encore avec des moments tristes et angoissés et des moments d'excitation et de jubilation.

Pour le moment son mode de communication privilégié avec ses pairs, est d'aller les embêter, quitte à se faire rejeter. Mais cela semble lui procurer plus de plaisir que de désagrément. Souvent il cherche des limites, ce qui apaise de suite certaines angoisses (notamment des angoisses d'abandon, de pertes, de mort...)

Lucien parle d'avantage et de façon de plus en plus compréhensible. Il devient même très bavard, surtout avec les soignants, comme s'il essayait de garder l'autre tout près de lui en l'enfermant dans un filet de mots. Il recherche d'ailleurs toujours la présence d'un adulte à ses côtés. Il se sent ainsi rassuré et peut profiter de ce qui l'entoure.

En effet Lucien a souvent « peur » mais il a une énergie vitale importante qu'il utilise pour trouver des solutions et une issue aux scénarios qu'il met en place, où il est question d'accident, de malade...qu'il faut guérir.

Lors du séjour thérapeutique il a pu apprendre à se laver (et même à apprécier la douche), à jouer avec les autres enfants; à avoir un rythme de vie.

Cependant il a montré de grosses difficultés à se nourrir : Lucien mange très peu et presque exclusivement des sucreries, du pain, des chips et des yaourts.

C'était aussi très difficile pour lui de trouver le sommeil, angoissé d'être seul dans son lit.

Lucien continuera à venir au J.E.T l'an prochain.

Il poursuit son développement en se servant de l'étayage que nous lui offrons.

Il prend une certaine « consistance » et semble profiter grandement de la contenance du groupe et des expériences qu'il a pu y faire.

HAMIDA

Hamida fut adressée au J.E.T par une psychologue du C.M.P en septembre d'il y a 2 ans. Elle était alors âgée de 5 ans et demi. La famille fut reçue au C.M.P, encore 2 ans auparavant, conseillée par la P.M.I pour « retard de langage et de communication »

Anamnèse :

Les parents d'Hamida sont originaires du Pakistan. Lors des 1 ères consultations, cela fait 14 ans que M. est en France et 10 ans pour Mme. La langue parlée à la maison est l'ourdou. M. parle bien le français, Mme le comprend (elle prend des cours pour mieux le parler). Le couple (sont cousins germains) a attendu longtemps l'arrivée d'Hamida, après de nombreuses fausses-couches.

Juste après la naissance de son enfant Mme parle de sa tristesse, sa solitude et de son sentiment d'enfermement. Dès les 1ers mois, Hamida présente un retard global de développement. Il est noté une hypotonie axiale à 5 mois. Puis un manque d'autonomie et un manque d'intérêt au jeu. Hamida marchera à 18 mois. Elle ira à la Halte Garderie puis sera scolarisée à 3 ans.

A cet âge les troubles de la communication persistent, avec un comportement d'opposition à toute relation ou échange. Elle ne regarde pas toujours son interlocuteur et reste tendue et figée. Divers examens (somatiques, neurologiques et chromosomiques) sont effectués. Les résultats sont normaux.

Hamida est d'abord suivie au C.M.P (consultation médico-psychologique) par une infirmière qui va faire un travail individuel avec elle. La psychologue restera « référente » de la famille. Quelques mots vont alors apparaître : « c'est fini » ; « attend » mais de façon stéréotypée. Peu à peu Hamida va se « décoller » un peu de sa mère et semble manifester une demande ; une attente de ses thérapeutes. C'est à cette période que nous serons sollicités au J.E.T pour y accueillir Hamida, avec l'objectif de l'aider à se construire et que son maintien à l'école prenne tout son sens.

Tout au long de la prise en charge d'Hamida au J.E.T, la famille sera suivie globalement sur le secteur. Quand Hamida commencera à parler une aide orthophonique se mettra en place au C.M.P. La maman, très déprimée, aura une prescription médicamenteuse par un psychiatre. Les parents continueront à être soutenus lors de la naissance de leur 2^{de} fille (dans la 6^e année d'Hamida). Un accompagnement du suivi sera mis en place par l'assistant social au moment où Hamida quittera le J.E.T pour aller dans un E.M.P (établissement médico-pédagogique).

HAMIDA AU J.E.T :

Après 2 semaines d'observation au J.E.T, Hamida fut accueillie dans les groupes thérapeutiques 3 journées et demie par semaine.

Petite fille souriante avec des moments de grande tristesse, elle semble planer ou dans un « ailleurs » non incarné.

En effet, à la fois tendue, raide dans ses mouvements, elle ne fait pas de grands déplacements, mais s'anime de petits gestes exprimant ses états d'âme du moment.

Lorsqu'on s'adresse à elle, son corps reste en place mais son esprit s'échappe.

Son langage est un jargon incompréhensible.

Sur la défensive, elle ne se laisse pas toucher, bien qu'elle soit toujours « collée » dans l'espace vital d'un soignant.

Elle semble observer les enfants mais ne les approche pas.

Hamida nous interpelle par son regard, sa voix, ses gestes et son propre langage.

C'est ainsi que lors de nos réunions nous aurons l'idée de noter sur un cahier tout ce que dit Hamida et de reprendre avec elle tout ce que nous ne comprenons pas.

(Ce rôle sera attribué à un stagiaire et les notes reprises en réunion clinique)

Ce travail portera ses fruits car il donnera du sens à ce qu'Hamida essaie de nous dire.

Fin de la 1^{ère} année au J.E.T

Hamida a fait cette année d'énormes progrès sur le plan du langage et de la communication.

Elle est maintenant capable de faire de petites phrases très à propos.

Sa gestualité est plus adaptée à son action (elle papillonne moins)

Elle communique et échange avec les enfants et non plus seulement avec les adultes(ou même 1 adulte)

Elle semble plus dans son corps et elle peut mieux réaliser les activités nécessitant équilibre et coordination.

Par contre elle ne peut pas encore s'investir dans les jeux de société ; de construction ; ou d'activités plus scolaires.

Hamida commence seulement à essayer de se représenter ce qu'elle va faire après. Par exemple : un matin de bibliothèque, elle dit en arrivant : «*Après* on va à la bibliothèque et *après* le goûter ».

Elle recherche encore le « collage » à l'adulte comme un refuge sécurisant, lorsqu'elle n'est pas en forme ou quand elle est dans un état d'anxiété, dont on ne connaît pas toujours la cause déclenchante.

Hamida est en train de se construire et d'affirmer une personnalité naissante, même si l'édifice reste encore fragile.

Fin de la 2^e année au J.E.T

Durant cette année, Hamida a continué sa progression de façon globale : « dans son corps et dans sa tête » Peu à peu elle s'est mise à habiter son corps.

Elle a acquis une certaine maturité.

Elle peut maintenant se positionner ; s'affirmer et exprimer clairement ce qu'elle veut ou ne veut pas.

Elle fait des phrases entières en employant le : « Je » (« Je ne sais pas », « Je ne veux pas »).

Elle arrive mieux à se repérer dans le temps et dans l'espace, et réussit à faire un bonhomme en pâte à modeler.

Elle arrive donc à avoir une représentation plus homogène d'elle-même.

Hamida ne reste plus « collée » à l'adulte comme elle le faisait auparavant et peut jouer avec d'autres enfants en y prenant du plaisir.

Cependant Hamida a encore du mal à s'investir totalement dans ce qu'elle entreprend et se laisse facilement distraire par ce qui se passe autour d'elle.

Tout en étant le plus souvent souriante, elle a parfois un air triste et préoccupé.

La famille déménage en juin.

Avec la psychologue « référente » et l'assistant social du C.M.P, nous avons pu accompagner Hamida et sa famille vers une continuité de soins.

C'est ainsi qu'Hamida pourra être accueillie dès septembre dans un E.M.P à côté de son nouveau domicile et que la famille pourra être suivie au C.M.P le plus proche de chez eux.

ALEX

Alex fut adressé au J.E.T par un psychiatre du C.M.P (Consultation Médico-Psychologique) en septembre il y a 1 an...

Il était alors âgé de 5 ans et demi.

La famille s'est adressée au C.M.P, 8 mois plus tôt.
2 ans auparavant, la crèche signalait cet enfant pour « un retard de langage et des difficultés relationnelles avec ses pairs »

Il a alors été suivi pendant 1 an par une psychologue et une infirmière.
Mais « le puissant déni des parents concernant les troubles de leur fils, n'a pas permis la poursuite des consultations »

Néanmoins, les parents ont acceptés de faire suivre Alex par la psychomotricienne du C.M.P, qui a pu l'aider jusqu'à son entrée au J.E.T.
En parallèle il a aussi eu des séances d'orthophonie.

Anamnèse

Alex est un enfant unique. Ses parents, gardiens d'immeubles, étaient au chômage au moment de sa naissance.

Alex présente une obésité. Ses parents ont consulté pour cela depuis peu de temps.
Son développement semble s'être fait sur un mode dysharmonique avec un retard prédominant du langage.

Alex, scolarisé en maternelle à 3 ans, a dû changer d'école à cause de ses problèmes de comportement (agressivité, instabilité) et ses difficultés d'apprentissage.
Lors de son entrée au J.E.T, il est en grande section de maternelle à temps partiel.

Le médecin psychiatre restant « référent » de la famille parle :

« D'un enfant qui est dans la relation et a accès au langage même s'il reste rudimentaire.
Contrairement à la situation duelle, la situation de groupe est plus angoissante pour Alex et il a alors tendance à se désorganiser.
Son intolérance à la frustration reste importante et apparaît surtout en présence de sa mère avec laquelle les relations sont parfois violentes.
Les relations qu'Alex peut établir avec l'autre restent compliquées et source d'angoisse.
Une prise en charge au J.E.T serait pour Alex et pour ses parents plus intensive et régulière et plus contenante »

ALEX AU J.E.T :

De septembre à juillet

Alex est arrivé au J.E.T en septembre, âgé de 5 ans et demi.

Ce qui apparaît tout d'abord est sa corpulence impressionnante pour son âge. Ce qui le gêne dans ses mouvements et ses gestes.

Son schéma corporel n'est pas bien structuré. Il n'a pas encore intégré les repérages spatiaux et temporels liés à son âge.

Souvent en écholalie, parfois il se replie pour se défendre et n'entend pas alors ce qu'on lui dit.

Son enveloppe corporelle et psychique, très fragile, ne lui permettent pas la juste distance avec autrui.

Il passe très vite d'une activité à une autre et proteste face aux limites qu'on lui donne.

Il cherche à exister en s'opposant.

Alex a beaucoup d'énergie qu'il exprime en courant, tapant parfois pour repousser quelqu'un qui le menace par une trop grande proximité corporelle, visuelle ou auditive.

Cependant Alex recherche le contact et la communication aussi bien avec les enfants qu'avec les adultes.

Au cours de cette année au J.E.T il a pu se construire et trouver une écoute à sa sensibilité à fleur de peau.

Il a pu accéder à une image plus satisfaisante de lui-même grâce à l'admiration de certains enfants (pour sa taille, sa force, sa capacité à les entraîner dans un jeu) et le regard positif des soignants.

Alex a pris la place du grand et du plus fort dans le groupe ; force qu'il a appris à un peu mieux contrôler.

Il a profité aussi du séjour thérapeutique, où nous l'avons aidé à acquérir plus d'autonomie, notamment dans les soins quotidiens (se nourrir, se laver, s'habiller, se coucher, etc....)

Sa parole a pu émerger et son vocabulaire s'enrichir.

Il se repère bien maintenant et peut se séparer de ses parents durant quelques jours.

Il a appris à compter, à lire les chiffres et les lettres.

Il peut jouer seul et raconter une histoire qui se tient.

Alex a bien compris qu'il allait rentrer à « l'école des grands » (C.L.I.S : Classe d'Intégration Spécialisée) et il en est fier.

Alex quitte le J.E.T en juillet. Il continuera son suivi au C.M.P avec le médecin pédopsychiatre, référent de la famille.

Son suivi au J.E.T aura duré 1 année scolaire. Durant cette année, nous avons mis en œuvre un travail de contenance et de soutien, tant auprès d'Alex qu'auprès de ses parents et de l'école, et cela en concertation avec les thérapeutes extérieurs.

F. SELMI. Psychomotricienne. JET.

BIBA

Biba a 3 ans et 2 mois, lorsque ses parents adressés par la psychologue scolaire et le médecin de PMI (Protection Maternelle et Infantile) viennent consulter au CMP de notre secteur (Consultation Médico Psychologique). La Maman de Biba est enceinte de 5 mois. Ils sont reçus par une pédopsychiatre qui nous adressera la famille au JET quelques mois plus tard, tout en restant « référente ».

Anamnèse :

Biba est le 2^{ème} enfant d'une fratrie de 3.

Il a une grande sœur de 3 ans de plus que lui et un petit frère de 3 ans et demi de moins. La grossesse l'accouchement, la naissance de Biba et ses 18 premiers mois, sont décrits comme normaux. Le développement psychomoteur et affectif de Biba semble se dérouler sans problème. Cependant, à cette période, la maman s'inquiète en comparant Biba à sa sœur aînée.

Il ne répond pas aux appels, il ne pleure que quand il a faim ; mal ou lors des absences de sa mère. Il dit quelques mots : « papa », « maman » mais son langage ne progresse pas. Plus petit, c'était un bébé calme qui ne pleurait que rarement.

Les parents sont originaires du Sénégal.

A la maison, ils parlent le Mandingue.

Monsieur (37ans) est venu en France il y a 10 ans.

Madame (32ans), il y a 8 ans.

Ils sont cousins germains.

La maman de Biba ne travaille pas. Elle était souvent triste la 1^{ère} année où elle est arrivée en France. Ses parents sont aux pays. Ils vont bien.

Elle doit accoucher de son 3^{ème} enfant dans 4 mois.

Le papa de Biba, travaille comme manœuvre dans le bâtiment. Ses parents sont décédés.

Un bilan d'évaluation complet sera fait à l'hôpital :

-Audiogramme.

-Consultation neurologique.

-IRM.

-Consultation génétique.

Ces 4 examens n'ont rien révélé d'anormal.

-Une observation, par une psychologue et une psychomotricienne, sur un groupe de 4 enfants, 4 semaines consécutives pendant 2h.

La conclusion de ce bilan est en faveur d'un trouble autistique associé à un retard cognitif.

BIBA AU JET :

Biba a 3ans et 10 mois, lorsque nous l'accueillons au JET suite à la période d'observation et les entretiens avec ses parents, prêts à s'engager dans cette prise en charge de leur enfant.

A son arrivée au JET, Biba a du mal à se séparer de sa mère qui l'accompagne.

Il s'empare d'un objet : un anneau. (Par la suite ce sera des figurines représentant un animal ou un être humain) qu'il garde en main jusqu'à la fin de la séance. Il ne joue pas avec, il le garde et le regarde de façon stéréotypée. Il fait aussi de même avec ses mains, à la recherche de sensations visuelles.

Il va plus facilement vers l'adulte que vers les autres enfants qu'il semble ignorer.

Il va chercher l'adulte en le touchant, lorsqu'il veut quelque chose.

Il est plutôt passif et hypotonique et recherche le contact corporel surtout au niveau du dos.

Il ne semble pas encore avoir intégrer son axe corporel et paraît désarticulé.

Biba déambule dans l'espace et quand des enfants s'agitent autour de lui, il s'agite aussi. Il ne peut s'ajuster au corps de l'autre, il s'agrippe ou il résiste si l'on veut l'amener vers un autre jeu ; un autre espace.

Il émet quelques petits sons et fredonne parfois. Lorsqu'il y a trop de bruit ou trop de mouvements autour de lui, il peut pleurer très fort. Il se bouche aussi les oreilles comme pour se protéger de quelque chose qui le submerge et l'envahit.

Au moment du goûter, il s'assoit sur sa chaise mais il ne touche pas au biscuit ni à la boisson que nous proposons à chacun des enfants.

Il regarde en coin et la seule activité qui semble le concerner sont les jeux d'eau : remplissages et vidages de contenants le fascinent.

Il n'aime pas les moments de transition : quand on passe d'un lieu à un autre ou d'une activité à une autre. Dans ces moments-là, il résiste et crie.

Il ne porte plus de couches mais il faut l'emmener aux toilettes car il ne demande pas quand il a besoin.

Biba est un enfant plutôt calme et doux qui semble ne pas, vouloir ou pouvoir, sortir de l'état de tout petit bébé.

Fin de la 1^{ère} année au JET :

Au cours des séances Biba observe son environnement, reçoit et apprécie les enveloppements des soignants tant réels (dans les bras) que symboliques (attention et bienveillance) mais il entre peu en relation avec les autres enfants.

Cependant il s'ouvre : Il regarde ; il écoute quand on l'appelle et se laisse aller à participer plus activement aux jeux des autres. C'est ainsi qu'il peut suivre un enfant qui court, grimper derrière un autre sur un petit vélo.

Il participe au goûter et il boit et mange, maintenant, comme les autres.

Il apprécie les musiques rythmées et découvre le plaisir de marcher, courir, sauter, danser, qu'il nous montre lors de rondes ou de parcours psychomoteurs. Des ébauches de jeux de s'attraper avec un soignant sont possibles où Biba nous gratifie de sourires complices. Il chantonne souvent et parfois il se met à babiller. Il peut dire maintenant un mot à bon escient. Lorsqu'il est débordé par ses propres émotions ; sa propre énergie, il n'utilise pas sa voix mais il se mord la main.

Biba commence à pouvoir laisser une trace sur le papier. Il peut faire des formes rondes et fermées. Il utilise spontanément sa main droite (dominante) et n'investit alors, que le côté

droit de la feuille. On note un début de représentation de lui-même. La globalité n'étant pas encore possible.

Nous constatons un changement dans la posture et l'état tonique de Biba. Il a plus de contenance et de présence à ce qui l'entoure.

Son axe corporel semble faire maintenant partie intégrante de son schéma corporel.

Son regard participe à un échange ; il peut le soutenir un certain temps.

Biba peut exprimer des émotions de plaisir, de joie, mais aussi par moment de tristesse que l'on peut lire sur son visage, son tonus et sa posture.

Il a repéré les différents espaces et les différents temps qui structurent les séances.

Il a acquis une certaine autonomie pour s'habiller, se déshabiller et les moments d'arrivée et de départ se font sans difficultés maintenant. Suite à une période d'indifférence, il a pu nous montrer la souffrance de la séparation en pleurant suite au départ de sa mère.

Biba commence à avoir la notion de l'autre. Lorsqu'il va vers quelque chose il tient compte de ce qui l'entoure et peut enjamber, si nécessaire, un objet ou une personne qui se trouve sur son passage. Il est dans un processus d'individualisation.

Bilan scolaire :

Biba est à l'école maternelle en moyenne section (Il aura 5 ans en décembre).

Il y va 4 demi-journées par semaine.

Depuis 6 mois il a une AVS (Assistante de Vie Scolaire) durant tous ses temps scolaires.

Voici ce que dit son institutrice à la fin de l'année scolaire :

- Il est dans la découverte et la manipulation.
- Il peut faire des choses par mimétisme.
- Il fredonne des chiffres par imitation.
- Il fait de la peinture, il peut tracer des traits verticaux et des formes rondes et fermées.
- Il apprécie les gommettes et le collage.
- Il peut refuser de faire des activités proposées.
- Il est bien repéré dans le temps et l'espace de la classe.
- Il mange et boit seul.
- A la récréation, il court beaucoup et ensuite se rapproche de l'adulte.
- Il commence à s'intéresser à ses pairs.

Conclusion :

Biba a su trouver sa place au JET parmi les enfants comme parmi les soignants.

L'équipe pluridisciplinaire a pu lui apporter un contenant aux regards, stimulations et compréhensions multiples.

Ce tissage sécurisant et continu ; les entretiens réguliers avec les parents et les liens entretenus avec les professionnels concernés du CMP et avec l'école maternelle ont permis à Biba d'évoluer.

Nous projetons pour Biba une entrée dans un hôpital de jour où une scolarité adaptée pourrait lui être dispensée.

Avec l'aide du référent CMP nous lui recherchons une place.

Dès que nous aurons trouvé un lieu adapté à son évolution actuelle, nous prendrons le temps de le préparer, lui et sa famille, à aller vers ce nouveau lieu de vie.

F. SELMI. Psychomotricienne. JET.

