

Il y a quinze ans déjà...

**INTÉGRATION SCOLAIRE DANS LE CADRE D'UN HÔPITAL DE
JOUR SÉQUENTIEL.
PLACE DES APPROCHES COGNITIVES.**

B. ALGRANTI - FILDIER *, B. VIROLE**, J. FORTINEAU***

Le texte présenté ici reprend un article publié dans la revue Synapse, en novembre 1998. Il rendait compte de six années de pratique dans un hôpital de jour séquentiel parisien où la place des approches cognitives était questionnée dans son articulation avec une approche psychanalytique des processus de pensée, de développement et d'apprentissage. Les actions décrites continuent actuellement, en 2007, et de nouveaux outils d'évaluation y ont été intégrés.

Notant l'évolution psychopathologique et cognitive des jeunes enfants accueillis dans notre Hôpital de jour séquentiel et intégrés à temps partiel à l'école, nous considérons spécifiquement la question des processus de pensée et leurs troubles dans le cadre des pathologies autistiques de l'enfance. Nous énonçons d'une part les travaux et théories psychanalytiques qui nous servent de support et nourrissent notre travail et d'autre part, nous décrivons des notions issues de la psychologie cognitive qui nous permettent de suivre l'évolution des processus cognitifs chez ces enfants. Nous décrivons alors une première démarche de remédiation cognitive qui tient compte des conceptions psychanalytiques apportant ainsi notre contribution aux tentatives de plus en plus nombreuses visant à la réconciliation de ces deux approches encore clivées.

Mots clés: Autismes et troubles envahissants du développement, contenants de pensée ; remédiation cognitive.

1. Introduction et présentation générale.

L'hôpital de jour séquentiel avec intégration scolaire (U.S.A.I.), recevant des enfants entre 3 et 10 ans, qui forme le support de notre travail et de cette réflexion, a été créé en 1992 dans le sillage de plusieurs autres structures de petites taille et complémentaires dans le cadre d'un Secteur parisien animé dans son ensemble d'une volonté d'ouverture, de décroisement, de lien et d'insertion. (2)

De nombreux hôpitaux de jour s'ouvrent à des pratiques similaires d'intégration scolaire. Notre spécificité tient à plusieurs éléments dont la caractéristique principale est l'insertion dans un réseau sectoriel. Le travail d'intégration scolaire effectué dans la majorité des cas tout au long du processus de soins avec de multiples précautions, accompagnements et liens, s'adresse à des enfants très jeunes (entre trois et six ans à l'entrée à l'U.S.A.I. et souvent suivis en cure ambulatoire avant trois ans) qui n'auraient pu être maintenus à l'école dans un autre contexte. Cette précocité de mise en place des soins est rendue possible ici par la prévention et le dépistage précoce en crèche, halte-garderies, P.M.I., largement développée par l'équipe Petite Enfance. D'autre part, le terrain a été préparé par six années de coopération des équipes de C.M.P. et de la Petite Enfance avec les enseignants des écoles des arrondissements du Secteur géographique, coopération soutenue et réfléchie, largement émaillée de difficultés mais qui avait déjà abouti, au-delà de divergences indéniables, à l'instauration d'un respect mutuel sinon d'une confiance totale. Elle s'est poursuivie et intensifiée encore dans le cadre de l'U.S.A.I. comme dans celui du C.A.T.T.P. de notre secteur qui s'adresse à des enfants entre six et douze ans, à propos de chaque enfant suivi mais aussi dans

le cadre plus large et officiel des Commissions de l'Education Nationale dont l'un de nous est psychiatre titulaire. Coopération de terrain avec instituteurs, directeurs, psychologues et assistantes sociales scolaires, elle est ainsi élargie et officialisée par un travail commun avec les inspecteurs de la circonscription, la secrétaire de la C.C.P.E. et l'équipe de l'Inspection Départementale chargée de « l'Enfance Inadaptée ».

Par ailleurs, l'Hospitalisation de Fin de Semaine de notre secteur a pu être sollicitée dans certaines situations et pendant une période donnée. Par son travail spécifique sur l'alternance de séparations et de retrouvailles, elle a pu interrompre l'enchaînement d'interactions pathologiques et mortifères et aider à la constitution de liens psychiques, évitant les ruptures entre l'enfant et sa famille.

Il ne s'agit donc pas de faire vivre aux enfants une situation précaire d'intégration scolaire. Le réseau sectoriel représente un ensemble cohérent permettant d'élaborer pour chaque enfant accueilli à l'U.S.A.I., un projet totalement individualisé et adaptable à tout moment.

Il est important de souligner que cette démarche exige un engagement soutenu de chacun : équipes de soins, équipes pédagogiques, parents et enfants. Rien n'est jamais acquis, les moments de doute, de découragement voire de souffrance, existent pour tous. L'évolution de la vingtaine d'enfants qui ont pu bénéficier de ce dispositif nous encourage à continuer cette démarche mais aussi à mettre en place un maillon supplémentaire dont nous allons décrire les axes.

2. Description résumée des approches institutionnelles.

Notre approche reste avant tout d'essence psychanalytique. Elle nous incite à accueillir l'enfant, à aller à sa rencontre dans le respect et l'écoute, en repérant l'écho en soi de ce qu'il nous montre de ses mouvements internes, de ses conflits et angoisses entravant son développement, afin d'en découvrir et d'en traduire le sens, à l'accompagner dans ses explorations des espaces et du matériel proposés sans « le conditionner (...) par une offre unique et massive » (7), à aider à la transformation des expériences sensorielles et émotionnelles brutes ou « éléments bêta » en « éléments alpha » utilisables par la pensée (W.R.Bion) (c'est-à-dire en éléments assimilables, images et formes, apportés à l'enfant grâce aux qualités de traduction, de transformation et de liaison des réponses environnementales).

Cette approche, essentielle dans les temps d'accueil et les temps de rassemblement et de parole, se prolonge dans les temps d'ateliers autour de médiateurs variés dans des buts de travail sur les intégrations et les distinctions sensorielles de base, de développement des capacités d'expression et de symbolisation par le langage, le corps, le dessin, la peinture, le modelage, les manipulations, la musique, les contes...

Cependant, malgré l'évolution positive des enfants dans leur développement et leurs capacités de communication et d'adaptation et la diminution notable de leurs angoisses invalidantes et de leurs stéréotypies, face à la constatation de la persistance de troubles cognitifs souvent sévères qui persistent malgré l'intégration scolaire partielle, nous sommes amenés à considérer une approche différente que nous concevons comme complémentaire, ce qui est loin d'aller de soi aux vues des divergences cruciales qui clivent encore les partisans des

méthodes issues de la psychologie cognitive et des neurosciences d'un côté et celles prenant en compte les travaux psychanalytiques de l'autre.

Cette démarche voit encore son urgence renforcée lorsque nous nous trouvons, dans nos structures, face à des enfants présentant une symptomatologie autistique chez lesquels a été détectée une anomalie génétique telle que l'X fragile. Des recherches récentes mettent en effet en évidence des modalités de fonctionnement sensoriel et cognitif particulier chez ces enfants. Nous en notons cliniquement l'existence, comme nous notons la gravité des atteintes des processus de pensée chez ces enfants.

Nous savons qu'il existe une interaction constante entre les processus de construction des structures cognitives et l'évolution libidinale et affective. Dans notre pratique avec des enfants autistes, psychotiques ou gravement dysharmoniques nous estimons ne pas pouvoir négliger l'approche cognitive et obliger ainsi les parents à choisir entre deux pratiques clivées et tronquées chacune d'une dimension fondamentale et constitutive de l'être humain. Nous voulons ainsi faire une « place à l'objet épistémique aux côtés de l'objet libidinal et du self. »(6).

Dans notre démarche actuelle, nous suivons celle de psychanalystes tels Ph. Jeammet (9) et J. Hochmann (8) qui prônent une rencontre entre les objets respectifs de la psychanalyse d'une part et les sciences cognitives d'autre part, chacune restant fidèle à sa méthode. Ph. Jeammet insiste sur l'idée que toute thérapie, quelle qu'elle soit, peut avoir un effet mobilisateur sur le sujet, lui permettre de se renarcissiser, de modifier l'équilibre des conflits internes, de relancer une dynamique évolutive s'appuyant sur les ressources propres du sujet et ouvre ainsi la perspective d'une approche complémentaire. J.

Hochmann plaide pour un « dualisme méthodologique » qui suppose deux approches distinctes et complémentaires : l'approche générale, celle des mécanismes; l'approche particulière, celle du sens, le psychanalyste étant là pour rappeler la résistance, la complexité, l'opacité des objets psychiques, l'oeuvre du négatif et de l'absence.

Avec D. Ribas (12), nous estimons regrettable l'insuffisance actuelle de « la moisson thérapeutique et pédagogique de l'approche cognitive » à laquelle nous sommes prêts à contribuer par l'observation et l'analyse avec des outils standardisés de l'altération des processus de pensée chez les enfants que nous accueillons, puis par la mise en place, en partenariat, de procédures pédagogiques corollaires.

3. Evolution psychopathologique et scolaire des sept premiers enfants accueillis.

Avant de décrire nos axes de travail concernant cette approche cognitive d'un point de vue psychanalytique ou d'un point de vue cognitiviste, nous pouvons présenter l'évolution psychopathologique et scolaire résumée de sept enfants parmi les vingt qui ont ainsi été accueillis à l'U.S.A.I. pour une durée minimale de une année.

En effet, dix enfants présentant des troubles graves de la personnalité ont été accueillis les deux premières années. Parmi ceux-là, deux ont déménagé précocement et un a été victime d'un accident vasculaire cérébral. Pour les sept autres, nous disposons d'un recul suffisant pour faire déjà des constatations qui paraissent significatives. Trois enfants ont pu réintégrer l'école à temps plein et sortir de l'hôpital de jour tout en poursuivant une cure ambulatoire mais deux

autres, à l'inverse, ont dû quitter l'école pour être orientés dans une structure de jour accueillant à temps plein des préadolescents. Les acquisitions scolaires des deux derniers enfants restent très en deçà de ceux des enfants de leur âge. Pour tous, cependant, la réussite est indéniable au niveau des capacités de socialisation. Tous sont capables de s'intégrer dans un groupe d'enfants ordinaires en en tirant des bénéfices.

Ces constatations nous confortent dans notre démarche et nous incitent à chercher un abord adéquat des troubles des processus de pensée.

4. Processus de pensée et troubles graves de la personnalité selon une perspective psychanalytique.

Nous ne pouvons que citer ici nos références principales et non exhaustives opérantes dans ce domaine qui nous permettent de cerner les éléments cliniques repérés dans un aller et retour théorico-clinique permanent.

Elles sont représentées par toute une lignée de travaux depuis ceux, initiaux de S. FREUD - notamment les deux dualismes pulsionnels, le principe de plaisir et le principe de réalité, les processus primaires et secondaires, la pulsion épistémophilique, la fonction de pare-excitation et de contenance et la projection - puis ceux de M. KLEIN, pionnière à partir de 1928 à Londres de la psychanalyse de l'enfant - en particulier tous ses travaux sur la genèse de la symbolisation et sur les significations symboliques et libidinales des différentes matières scolaires... - et de D.W. WINNICOTT, pédiatre et psychanalyste à Londres jusqu'en 1970, avec en particulier les notions de fonction maternelle, d'espaces et phénomènes transitionnels où se développent les capacités de jeu et de symbolisation, et celles d'agonies primitives.

A partir de ces points de référence, W.R. BION, psychanalyste à Londres jusqu'en 1979, – les éléments bêta et la fonction alpha décrits plus haut, la relation contenant-contenu, la constitution de l'appareil à penser les pensées, la transformation de la perception d'une réalisation (« objet » se trouvant dans la réalité) jusqu'au concept en passant par des étapes successives, E. BICK (1962) - la peau psychique, l'identité adhésive, les agrippements sensoriels...- et F. TUSTIN (1981)- l'intégration psychique et les intégrations sensorielles de base, les objets et les formes autistiques... (14) - sont considérés comme initiateurs de travaux actuels sur les processus de pensée.

Il s'agit là des travaux de D. ANZIEU (1993...) (3) - le Moi-peau, les enveloppes corporelles et les enveloppes psychiques..., de B. GIBELLO (1994...) (6) - les contenants de pensée, et de D. HOUZEL et G. HAAG actuellement - les processus de symbolisation chez l'enfant autiste... - en tout premier lieu.

Ainsi, nous tenons tout particulièrement à travailler le plus précocement possible sur les notions d'enveloppes psychiques, d'intégrations sensorielles de bases et de contenants de pensée archaïques puis symboliques complexes en mettant en place des stratégies spécifiques avec chaque enfant permettant la réalisations d'expériences cognitives progressives, ceci en parallèle avec le « maternage » au sens de J. HOCHMANN (7) et le « conte » davantage abordé dans les psychothérapies analytiques associées.

5. Notions issues de la psychologie cognitive et des neurosciences.

L'attention sélective.

L'attention du nouveau-né est déjà sélective. Même avant la naissance, il existe des préférences et des différences de réactions selon les stimuli. Une hiérarchisation de plusieurs programmes, sans doute génétiquement organisés, permet au fonctionnement du système nerveux de modifier les réactions comportementales par inhibition ou facilitation partielle (BRAZELTON, 1979).

Du point de vue neurophysiologique, on sait que le circuit limbico-thalamo-réticulo-cortical de Papez (premier bloc fonctionnel cérébral ou bloc fonctionnel du présent selon Luria 1973) agit sur le traitement sélectif de l'information pour la stabilité, la continuité et l'intentionnalité des activités cognitives et pour la fixation mnésique et l'apprentissage.

Les rapports psychophysiologiques étroits entre le circuit informationnel limbico-thalamo-néocortical et la vie affective expliquent le rôle majeur des facteurs émotionnels dans l'attention sélective et dans l'apprentissage. Pourtant, d'un point de vue psychodynamique, l'attention sélective a peu été décrite en tant que telle, dans la mesure où celle-ci ne constitue pas un concept en soi des théories psychodynamiques et en particulier de la psychanalyse. Le problème de l'attention est surtout abordé au travers du couple conceptuel perception/projection. A la différence notoire des approches purement cognitives, du moins suivant le paradigme fonctionnaliste classique où la perception du monde externe est décrite comme le traitement d'informations, la psychanalyse pose la perception comme un processus dynamique où le réel extérieur est source autant qu'objet au travers de la projection.

Sur le plan clinique, les troubles de l'attention sélective chez l'enfant se manifestent de façons diverses. Nous décrirons ci-dessous ces différentes manifestations sans préjuger de leurs liens étiopathogéniques ou systématiques.

Une des manifestations est l'absence de réactions devant des stimuli sensoriels fortement saillants et qui devraient retenir et diriger l'attention, sans qu'il existe de déficience sensorielle organique. Par contre l'enfant peut être à d'autres moments fortement attentifs à des détails ou des formes singulières qui semblent capter son attention. Ce type de trouble de l'attention rentre dans le cadre de la sémiologie des troubles autistiques (14).

Une autre manifestation beaucoup plus fréquente concerne l'impossibilité de l'enfant à concentrer son attention sur une tâche particulière. Cette tâche peut être motrice, mais le trouble de l'attention sélective se manifeste surtout quand la tâche est d'ordre cognitive et fait appel à l'exercice de la pensée. Ce trouble de l'attention sélective est classiquement décrit dans l'hyperactivité avec trouble de l'attention selon les critères en usage dans la littérature anglo-saxonne.

Les processus séquentiels et les processus simultanés.

Les hypothèses les plus nombreuses convergent actuellement sur la notion d'une association entre le trouble de l'attention sélective et un déficit des processus séquentiels tels qu'ils ont été décrits par la neuropsychologie cognitive.

Rappelons brièvement que la distinction classique entre les opérations cognitives dites visuo-spatiales assumées préférentiellement par l'hémisphère droit (chez le sujet droitier) et les opérations associées au langage s'est vue complétée par une distinction plus fine entre les processus simultanés où l'information cognitive est traitée de façon simultanée, pour les images par exemple, mais aussi pour les aspects suprasegmentaux de la parole, et les processus séquentiels où l'information est traitée de façon séquentielle, un élément d'information après l'autre. Cette distinction, qui est très usitée dans les descriptions psychologiques anglo-saxonnes s'étend jusqu'à la définition de styles cognitifs différents plus ou moins marqués chez les sujets. Ainsi, le sujet séquentiel ne peut sauter d'un point à un autre et a besoin d'un déroulement continu des opérations successives de pensée. S'il ne parvient pas à réaliser correctement une étape, il ne peut aller plus loin et se gèle dans une impossibilité d'avancer. Le sujet "simultané" considère l'ensemble des éléments et cherche sans ordre préconçu à résoudre les problèmes qu'il connaît déjà ou dont il a l'intuition qu'il peut arriver à les résoudre. Ensuite, il cherche à avancer en laissant de côté ce qu'il ne peut arriver à faire, les réservant pour plus tard.

D'après la neuropsychologie cognitive, ces deux styles cognitifs recourent un fonctionnement neuronal différent avec la prévalence d'un hémisphère sur un

autre pour des raisons en grande partie génétique, mais qui peuvent être aussi événementielles. Ces deux styles correspondent effectivement à une certaine réalité clinique observable, même si dans la plupart des cas les sujets présentent des styles mixtes.

Le K.ABC.

En pratique, l'identification de ces styles cognitifs peut être réalisée aisément chez l'enfant par la passation du test d'évaluation cognitive, le K.ABC de Kaufman (10). Le K. ABC est une batterie de tests psychologiques basée sur les approches les plus modernes de la neuropsychologie cognitive. Au contraire des tests d'intelligence, il ne propose pas de mesure de QI ou de niveaux d'efficacité mais permet de mettre en évidence le style de fonctionnement cognitif d'un enfant. Il évalue ainsi séparément les processus de traitement cognitif dits simultanés qui utilisent l'analyse spatiale d'un stimulus et d'autre part les processus dits séquentiels qui utilisent une succession d'opérations pour analyser un stimulus ou répondre à un problème.

Le grand intérêt du K.ABC (1) résulte surtout de sa grande indépendance des facteurs de connaissance générale et de langage et de sa proximité des facteurs proprement cognitifs du fonctionnement de l'intelligence. Il est ainsi globalement indépendant des facteurs linguistiques et de connaissances générale, eux-mêmes dépendants du milieu social.

Le développement de plus en plus important des approches cognitives en psychopathologie nous a emmené à essayer de rechercher l'opérativité descriptive de ces approches sur les troubles de l'attention que nous rencontrons dans le quotidien de nos pratiques et sur la diversité des cas que

nous sommes emmené à rencontrer. En adoptant à titre d'hypothèse méthodologiques provisoires l'usage d'une approche cognitive au travers du K.ABC, nous avons cherché à évaluer l'intérêt diagnostique et l'intelligibilité nouvelle que ce type d'approche pourrait apporter.

6. Les implications pratiques

Evaluation psychologique par le K ABC.

Parallèlement à notre pratique clinique et thérapeutique telle que nous l'avons décrite précédemment, la détection très fréquente de cette difficulté de l'attention nous a incité à contrôler de façon plus quantitative l'importance et le type de cette difficulté au travers d'une évaluation régulière par le K.ABC réalisé par le psychologue de l'équipe.

Elle est destinée à apprécier l'impact des actions thérapeutiques et des aménagements psychoaffectifs sur le développement cognitif de l'enfant et, par là, à mieux apprécier la faisabilité réelle des mesures d'intégration. Le K ABC constitue ainsi un outil d'évaluation privilégiée de l'impact sur le développement intellectuel des actions psychothérapeutiques au sein d'un hôpital de jour.

En mettant l'accent sur la détection des troubles séquentiels ou simultanés et en les mettant en rapport avec les capacités d'attention et de concentration, nous continuons à tenir compte des éléments fournis par l'approche psychanalytique de ce type de troubles à savoir :

- Les capacités d'attention et de concentration s'enracinent dans les interactions précoces avec l'environnement affectif dont la qualité est déterminante pour l'introjection de contenants de pensée permettant

l'élaboration d'une pensée transformant les angoisses dépressives (Gibello 4)

- Les capacités d'attention et de concentration nécessitent également des mécanismes de défense névrotiques tels l'isolation et des processus de transformation pulsionnelle telle la sublimation (4).

- Toute amélioration des aspects cognitifs traduisent donc une amélioration de la vie psychique de l'enfant sous l'effet des actions thérapeutiques entreprises auprès de lui et de sa famille.

Les troubles de l'attention doivent être compris dans une perspective large intégrant les aspects psychodynamiques. Les particularités des processus perceptifs et de l'attention ne peuvent se réduire aux seuls aspects purement développementaux et cognitifs et doivent être interprétés dans leur signification vis-à-vis du développement affectif de l'enfant et des relations parentales, et donc en regard des aléas de la construction des relations objectales.

Atelier de remédiation cognitive.

Nous proposons l'établissement dans le cadre de l' U.S.A.I. d'ateliers de remédiation cognitive destinés à aider les enfants à reprendre confiance dans leurs capacités d'apprentissage et dans les activités de pensée en général.

Le thérapeute propose aux enfants du groupe d'enfants du matériel spécifique suscitant des activités cognitives. Le matériel est construit de façon à stimuler des réponses et des stratégies de réussite différente. Il est également ludique.

Le thérapeute aide les enfants à expliciter devant le groupe leurs propres stratégies en évitant toute dimension de jugement de valeur. Le matériel est totalement indépendant du matériel scolaire et il n'y a aucune référence ni aux programmes éducatifs, ni aux niveaux supposés de développement de l'enfant.

L'axe de travail est celui de favoriser l'instauration de contenants de pensée (en termes psychanalytiques) ou de meta connaissances (en termes cognitifs) et de permettre à l'enfant à avoir du plaisir à exercer une activité cognitive. Ainsi la remédiation cognitive obéit à quelques grands principes généraux :

- Utilisation d'un matériel de médiation conçu de façon à pouvoir permettre une remédiation des étapes du développement cognitif qui n'ont pas été correctement acquis par l'enfant et qui ont été la source de distorsions dans la genèse de la pensée. Le choix de ce matériel dépend évidemment de l'âge des enfants mais aussi des objectifs de travail du thérapeute. Il existe une variété de méthodes déjà construite pour gérer le choix et l'organisation du matériel. Pour notre part, nous utilisons de façon assez préférentielle l'usage de l'ordinateur comme technique de remédiation au travers de logiciels de dessin. Cette technique présente l'avantage d'être attractive pour l'enfant, d'éviter la relation directe qui est souvent impliquée dans le trouble d'apprentissage, et de présenter sur le plan cognitif une projection des difficultés cognitives de l'enfant sur un espace contraint, celui de l'espace logiciel, permettant leur mise en évidence très rapidement et de les travailler avec l'enfant. Cependant cette technique nécessite une bonne connaissance par le thérapeute des questions d'ergonomie propre aux logiciels. Par ailleurs, il doit se méfier des résistances à la relation humaine que cette technique favorise; tout est donc, ici comme dans toutes ces techniques, affaire de dosage et d'intuition clinique.

- Instauration d'un climat particulier sur le plan relationnel entre le thérapeute et l'enfant destiné à casser l'image du rapport pédagogique ou rééducatif classique et à la remplacer par une coopération où la notion

d'échec est remplacée par la notion d'essai. Ainsi chaque élément de travail doit présenter plusieurs solutions possibles et on laisse ainsi le style cognitif de l'enfant s'affirmer. On respecte alors l'affirmation de ce style tout en aidant l'enfant à développer les autres styles en lui montrant ainsi l'intérêt d'une harmonisation de la cognition. Ce point est fondamentalement différent des techniques classiques de rééducation. Il s'appuie sur la donnée forte proposée par la neuropsychologie cognitive : rien ne sert de forcer un enfant au travers de processus cognitifs qui ne font pas partie de son style préférentiel. La cognition est multiple, et la connaissance de l'objet cognitif peut se faire par des voies différentes pour chaque enfant.

- Réflexion du thérapeute sur les raisons présidant à l'instauration de tel ou tel style cognitif et sur celles qui président aux points de fixation ou aux obstacles cognitifs rencontrés par l'enfant. A ce niveau il nous apparaît que la formation psychanalytique du thérapeute est très importante et nécessaire (en plus de sa formation en psychologie cognitive) car très souvent ces points de fixation et ces obstacles possèdent en plus de leur valeur cognitive, une signification inconsciente s'enracinant dans la vie psychique de l'enfant et les aléas des relations objectales au sens de la psychanalyse. Il convient alors d'aider l'enfant à associer sur ces difficultés au travers du langage, modelage ou de dessins.

On voit que ces techniques de remédiation peuvent constituer une synthèse intéressante des approches cognitives et psychanalytiques et qu'elles sont très certainement appelées à un fort développement.

Evaluation psychopathologique

Parallèlement à cet axe d'évaluation psychologique, nous avons institué un deuxième axe évaluant l'évolution psychopathologique.

7. Conclusion et perspectives.

La recherche et les réflexions que nous présentons ici ont pour finalité de réconcilier les approches cognitives et les approches inspirées par la psychanalyse en vue de proposer aux enfants et à leur famille une action qui lie deux domaines encore largement clivés.

Notre travail quotidien auprès d'enfants souffrant de troubles envahissants du développement et intégrés scolairement nous a rendus particulièrement sensibles aux aspects complémentaires et intriqués que nous avons décrits. La nécessité de les prendre en compte dans la mesure où l'enfant avec son développement libidinal, affectif, psychomoteur et intellectuel nous est confié nous est apparue de façon insistante.

Nous ne pensons pas pour autant que l'abord de tous ces facteurs liés soit le travail unique d'une structure de jour telle que la nôtre. Il nous semble préférable de rester vigilants à la différenciation des espaces et des temps.

Pourtant, dans un premier mouvement, sachant les domaines respectifs cognitifs et libidinaux et affectifs encore radicalement séparés, nous pensons qu'une première démarche vers leur réconciliation dans la perspective d'une approche considérant l'enfant dans sa totalité est de notre ressort.

BIBLIOGRAPHIE.

- (1) ADRIEN J.L, ROSSIGNOL N., ZILBOVICIUS M., LATASTE C.
BARTHÉLÉMY C., SAUVAGE D. Apport du K.ABC à la compréhension des troubles cognitifs présentés par les enfants autistes. in K.ABC Pratique et fondements théoriques. La pensée sauvage, 1994.
- (2) ALGRANTI-FILDIER B., FORTINEAU J. : Accueil Thérapeutique et Intégration Scolaire dans le cadre d'un Hôpital de Jour Séquentiel. Perspectives Psychiatriques, vol 35, N°5, décembre 1996..
- (3) D. ANZIEU La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant, contenir. Les contenants de pensée, Dunod, Paris, 1993, p 15-39.
- (4) GIBELLO B. L'enfant à l'intelligence troublée. Le Centurion, Paris, 1984.
- (5) GIBELLO B. Difficultés d'intégration scolaire liés aux troubles des contenants de pensée. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1987, **35** (7), 277-283.
- (6) GIBELLO B. Les contenants de pensée et la psychopathologie. In L'activité de la pensée, émergences et troubles. Dunod, Paris, 1994, p 11-26.
- (7) HOCHMANN J. Pour soigner l'enfant Psychotique. Toulouse, Privat, 1984
- (8) HOCHMANN J. Arguments pour un dualisme méthodologique. In Psychanalyse, Neurosciences, Cognitivism. Débats de Psychanalyse, Paris, P.U.F., 1996, p 51-60.
- (9) JEAMMET PH. Sciences cognitives, thérapies cognitives et psychanalyse. In Psychanalyse, Neurosciences, Cognitivism. Débats de Psychanalyse, Paris, P.U.F., 1996, p 115-122.
- (10) KAUFMAN A.S K.ABC Pratique et fondements théoriques La pensée sauvage, 1994.

(11) MISES R., QUEMADA N. (1988) Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent \& Classification internationale des troubles mentaux et du comportement (chapitre V de la CIM 10-OMS) CTNERHI, PUF 1988.

(12) RIBAS D. Une bille disparaît. Une lecture critique de la théorie cognitive d'Uta Frith sur l'autisme infantile. In Psychanalyse, Neurosciences, Cognitivism. Débats de Psychanalyse, Paris, P.U.F., 1996, p 139-153.

(13) TUSTIN F. Les états autistiques chez l'enfant. 1981, Paris, Le Seuil, 1986.

(14) VIROLE B. Sciences cognitives et psychanalyse. Presses universitaires de Nancy. Nancy, 1995.