



# A.E.E.M.A. infos

Numéro 43

Juin 2010

## Siège Social:

Pl. de l'Hôtel de Ville  
09340 VERNIOLLE  
Tel: 05 61 69 33 70  
e-mail:  
aeema@wanadoo.fr

## Permanences:

Lundi et Jeudi  
de 9 h à 12 h  
Ou sur rendez-vous

## Président:

Bruno ANEL

## Responsables de secteur:

### 1 - Arize/Lèze/ Saverdun/Verdaiçh

Michel SUBRA  
05 61 69 67 90  
A.Marie QUEMARD  
05 61 08 28 72  
Lucette COURET  
05 61 60 32 44

### 2 - Foix/Lavelanet/ Tarascon/Ax-les-Th.

Bruno ANEL  
05 61 05 22 60  
Danièle SUTRA  
05 61 65 29 16

### 3 - Pamiers/Mirepoix

Raymond LLORENS  
05 61 67 45 91  
Gisèle PONS  
05 61 69 28 65

### 4 - Saint-Girons

René BOUTONNIER  
05 61 66 31 62  
Laure RIEU  
05 61 66 14 68

## ÉDITO

L'année scolaire 2009-2010 se termine pour l'AEEMA sur un bilan nettement plus positif que celle qui l'a précédée. Avec vingt-six élèves suivis, nous retrouvons un niveau d'activité normal, surtout si nous tenons compte du fait que d'autres jeunes ont été accompagnés par leurs établissements saisis par le SAPAD (détails en p. 8).

Les visites effectuées par les membres du bureau départemental dans les différents secteurs ont été l'occasion de rencontres chaleureuses avec nos adhérents, dont la vitalité et la curiosité pour l'activité pédagogique restent intactes (lire p. 3). La dynamique équipe qui se retrouve les lundis à Verniolle est, je crois, heureuse de travailler ensemble.

Cette année encore, l'AEEMA a joué son rôle de stimulant en matière de formation pédagogique : la journée de formation sur l'intelligence animée par Madame le Professeur DELVOLVE a été un succès (lire p. 2-3). Nous nous réjouissons que des jeunes cadres stagiaires de l'Éducation Nationale, ainsi que des personnels travaillant dans le secteur de la santé, aient pu bénéficier avec nous de cette rencontre de haut niveau. Les travaux du congrès national de la FEMDH témoignent aussi des progrès de la recherche en cours sur l'enfant malade, comme en témoigne la remarquable intervention d'Hélène ROMANO sur *L'environnement de l'enfant malade : famille, milieu hospitalier et scolaire*, dont je recommande la lecture (p. 4 à 8). Je retiens notamment cette question : est-ce l'enfant qui est en difficulté, ou... l'école ?

Nous ne pouvons que nous féliciter des bonnes relations entretenues avec l'Inspection Académique de l'Ariège et notre dévouée correspondante Sylvaine MASSAT. Mais force est de constater que le service public a encore bien besoin du concours des bénévoles pour satisfaire toutes les demandes de scolarisation à domicile. On peut même se demander s'il ne s'écoule pas parfois trop de temps entre le moment où une absence de longue durée est signalée et celui où l'on fait appel à l'AEEMA. La priorité donnée aux enseignants de l'établissement où l'enfant est scolarisé pour l'aider à domicile est normale, mais leur recherche est laborieuse, surtout quand elle est assurée par un organisme extérieur à la vie des établissements. Le cas de quelques élèves, laissés sans aucun soutien à domicile pendant plusieurs semaines avant d'être pris en charge par l'AEEMA, devrait nous alerter.

La prise en charge financière de la scolarisation à domicile des enfants malades ou accidentés devient une activité normale des mutuelles et des compagnies d'assurance, qui sont à la recherche de nouveaux services à rendre à leurs clients. Si l'on ne peut que se réjouir de cette contribution financière, elle doit aussi nous inciter à la vigilance : le soutien scolaire devient un marché sur lequel certains organismes jettent soudain un regard intéressé. L'AEEMA, rappelons-le, est constituée de professeurs qualifiés, expérimentés et bénévoles. S'il est normal qu'ils soient défrayés de leurs déplacements, ils ne demandent aucune rémunération.

L'actualité de ces dernières semaines laisse parfois rêveurs les vétérans du système éducatif que nous sommes pour la plupart. La possibilité de suspendre les allocations familiales aux familles d'élèves absentéistes agite le monde politique. Elle existe - faut-il le rappeler ? -. depuis longtemps. Désormais confiée aux préfets, elle sera sans doute déléguée aux inspecteurs d'académie : on peut compter sur eux pour agir avec discernement. Ce débat amène une question qui nous concerne : fait-on bien la différence entre l'absentéisme « délinquant », celui que l'on pointe du doigt devant les médias, et l'absence qui est liée à la phobie scolaire, pour lequel nos interventions sont parfois sollicitées ? Sans doute s'agit-il de deux choses bien distinctes, mais il faut y veiller. La énième réforme du lycée voulue par Luc Chatel laisse perplexe. De René Haby à Claude Allègre, de Lionel Jospin à Xavier Darcos, nombreux sont les auteurs de réformes oubliées. Celui-là sera-t-il plus chanceux ? On reparle aussi des rythmes scolaires, débat récurrent : la semaine de quatre jours dans le primaire n'est-elle pas trop chargée pour les enfants ? C'est une bonne question, mais elle se posait dans les mêmes termes il y a quatre ou dix ans.

C'est connu : on parle des trains qui déraillent, pas de ceux qui sont à l'heure. L'autre jour, dans la rue, un ancien élève m'aborde : « Vous savez, M'sieu, j'ai eu mon bac pro ! ». Allons, tout ne va pas si mal, et le printemps est enfin là.

Le président, Bruno ANEL

**JOURNÉE-RENCONTRE DE FIN D'ANNÉE** (invitation jointe)

# « LES THÉORIES ACTUELLES SUR L'INTELLIGENCE HUMAINE »

## PAR NICOLE DELVOLVE

1er Avril 2010 – Journée de Formation à l'AEEMA

Nicole DELVOLVE est Docteur en psychologie ergonomique, formée en neurosciences. Elle est professeur d'université, enseigne à l'IUFM de Toulouse et écrit de nombreux ouvrages.

Une trentaine de personnes ont participé à cette journée, y compris quelques invités extérieurs : Sylvaine Massat représentante du SAPAD, deux jeunes conseillères pédagogiques et des cadres de l'école d'infirmières. L'intervention de Mme Delvolve fut enrichie par les réponses aux nombreuses questions des participants. En voici une synthèse.

### Peut-on définir l'intelligence ?

En 1900, l'intelligence se mesure par le QI (Cf Stern, Gall, Binet). Mais, vers le milieu du siècle, cette perspective « mécaniste » est abandonnée et remplacée par des notions qui vont évoluer au cours du temps :

En 1950, avec Piaget, l'intelligence est conçue comme étant l'ensemble des connaissances : c'est la perspective « constructiviste ». Dans les années quatre-vingts, avec Changeux, on lui reconnaît des bases biologiques : perspective « neuroscientifique ». A partir des années 2000, avec Lieury, se fait jour la perspective « cognitiviste » : l'intelligence est « mémoires ».

Cependant, l'intelligence reste un concept flou à remplacer par la notion de développement intellectuel.

### Réflexions sur le déterminisme biologique et social du concept d'intelligence

Des sentences sont couramment prononcées dans le monde de l'école : Il est intelligent . . . Elle n'est pas capable de . . . Il n'est pas à sa place . . .

Qu'est-ce qu'elles signifient ? Ont-elles seulement un sens ?

Si beaucoup parlent de l'intelligence sans trop savoir la définir, tout le monde s'accorde sur le fait que son siège est dans le cerveau.

### Signification évolutive de l'intelligence humaine

Le cerveau de l'homme apparaît aujourd'hui comme la partie la plus aboutie de l'évolution. Aux yeux du vivant, l'espèce intelligente est celle qui survit en s'adaptant et qui contribue à sa propre pérennité.

L'intelligent c'est celui qui comprend. L'intelligence est cet état particulier de la matière cérébrale qui permet une compréhension adéquate du réel afin de s'adapter aux conditions optimales de survie.

L'homme intelligent est celui qui s'adapte à ses contraintes vitales, incluant les échanges sociaux, parce qu'il a compris et assimilé les comportements à adopter pour se maintenir en survie dans les meilleures conditions, personnelles, sociales et environnementales.

### Le cerveau humain est le siège de l'intelligence

A ceux qui professent que l'intelligence n'est pas affaire de gènes mais uniquement d'apprentissage, il faut rappeler que le développement d'un organe corporel tel que le cerveau est piloté par les mécanismes d'expression génétique. Les neurosciences nous procurent de plus en plus d'informations sur le contrôle génétique du développement corporel, en particulier du cerveau, et sur la constitution des premières synapses et connexions cérébrales.

A partir de quand l'environnement joue-t-il un rôle dans ce long processus complexe ? La réponse à cette question rendra caduques les notions d'inné et d'acquis.

En effet, dès la fécondation de l'ovule et la mise en place du

nouveau patrimoine génétique, le déterminisme de celui-ci va entrer en relation dialectique constante avec celui des facteurs environnementaux. Le patron génétique général, ou plus précisément son expression, subira sans cesse l'effet de son environnement et vice-versa.

Ce mécanisme s'intensifie avec le développement de l'individu. La vision qui consiste à attribuer à l'inné tout ce qui se passe dès la fécondation et croire que tout y est écrit, comme celle qui consiste à concevoir l'acquis à partir du jour un de la vie postnatale, voire même plus tôt, doit être dépassée.

Les fonctionnements cérébraux sont des états particuliers d'un dispositif en constante évolution, l'intelligence n'étant qu'une expression de ces fonctionnements cérébraux. Certes, le pouvoir des gènes sur le fonctionnement cérébral est une évidence, il assure l'invariance de son organisation, cependant il existe un très grand nombre d'arguments expérimentaux démontrant l'influence de l'environnement sur la plasticité cérébrale. Les connexions synaptiques et leur fonctionnalité, tant dans l'apprentissage visuel qu'auditif, sont largement conditionnées par les stimuli du monde extérieur. L'apprentissage du langage n'est possible que dans des environnements adéquats et chacun sait que sans l'école la pratique du calcul est impossible. Les carences matérielles, affectives, les traumatismes divers de la petite enfance perturbent le développement psycho-intellectuel de l'individu.

Percevoir, intégrer, reconstruire mentalement, s'émuvoir, penser, réfléchir constituent donc des états privilégiés de la matière cérébrale. La pensée comme intelligence est matière.

### Le déterminisme social de l'intelligence

L'intelligence est-elle héréditaire ? Y a-t-il une intelligence universelle ? Le don existe-t-il ? Tous les élèves sont-ils capables de devenir « intelligents » ?

Face aux exigences de l'école, tous les enfants ont au point de départ des facultés, identiques ou diversifiées, pour aboutir à une connaissance du réel. Mais, face à un problème donné, il y aura forcément inégalité, au regard justement de la diversité des histoires individuelles. Tous les enfants seraient égaux face à des systèmes d'enseignements diversifiés, tous ne le sont pas dans une école qui normalise les apprentissages : « ce n'est pas l'enfant qui est en difficulté scolaire, c'est l'école qui est en difficulté face à l'enfant ».

L'influence de l'origine sociale sur la réussite scolaire a été démontrée dans de nombreux travaux. Oubliant de faire référence à l'origine sociale, combien sont-ils ceux qui pensent que la réussite à l'école dépend principalement des capacités individuelles de chaque élève ?

Pourtant, en 1965, l'institut national des études démographiques réalisait une étude montrant que le QI est corrélé à l'origine sociale. Il est vrai que le QI est corrélé à la probabilité de la réussite scolaire. Mais que mesure le QI ? Prétendre mesurer et chiffrer l'intelligence humaine relève de la pure escroquerie intellectuelle. Qu'est-ce qui pénalise les élèves ?

- l'intégration inconsciente par les enseignants et toute la communauté éducative du destin social des élèves,



## RÉUNIONS DE SECTEUR EN L'ANNÉE 2009-10

**Secteur de SAINT-GIRONS** : le 14 janvier chez Laure RIEU. 11 présents.

**Secteur PAMIERS/MIREPOIX** : le 4 février à Verniolle. 6 présents.

**Secteur FOIX/TARASCON/LAVELANET/AX-LES-THERMES** : le 11 mars à la Maison des Associations de Foix. 9 présents.

**Secteur SAVERDUN/ARIZE/LEZE** : le 29 mars chez Lucette COURET. 6 présents.

Les réunions de secteur sont représentatives de l'investissement des bénévoles au sein de l'AEEMA. Chez les personnes qui ont participé à ces réunions, il ressort que la motivation reste forte; malgré les ans qui passent, le dynamisme est toujours là! Cependant, pour l'avenir de l'association, il serait souhaitable qu'il y rentre de nouvelles recrues ... En particulier, le secteur de Pamiers/Mirepoix qui reçoit le plus de demandes est le plus pauvre en enseignants.

Si certains enseignants déplorent d'être quelque peu dépassés par les nouvelles formulations des programmes, la curiosité reste intacte sur les fondamentaux. Il en est pour preuve la participation importante à la dernière journée de formation (compte-rendu ci-contre) et, plus généralement, l'intérêt pour des formations d'enrichissement personnel.

Certains adhérents sont étonnés, voire démotivés, par l'absence d'élèves pendant de longues périodes. C'est le système qui entraîne ce fait : il nécessite un volet important d'enseignants prêts à intervenir à tout moment (voir l'exemple de Mirepoix qui, à la mi-mai, a inscrit d'un coup trois élèves après un long temps de latence). C'est le grand nombre de bénévoles qui fait la richesse d'une association comme la nôtre. Reconnaissons que tous répondent positivement, dans la mesure de leurs disponibilités, lorsqu'on a besoin d'eux.

- ▶▶ - la structure du système éducatif en filières hiérarchisées,
- les conditions de travail des élèves,
- la difficulté à donner du sens au travail scolaire et à l'école,
- le sens de l'échec chez l'élève,
- La représentation qu'a l'élève de sa capacité à réussir.

Une expérience a été menée par l'équipe du psychologue J.M. Monteil sur un échantillon d'élèves étiquetés scolairement faibles, répartis en quatre groupes. On leur fait écouter une nouvelle leçon de mathématiques, soit en situation d'anonymat, soit en situation d'individualisation. Suit une tâche leurre à laquelle on attribue au hasard réussite ou échec. Puis un exercice sur la précédente leçon. Résultat : c'est en situation d'individualisation avec attribution de réussite que les élèves réalisent leurs performances les plus faibles. Ils semblent se comporter comme si, habitués à l'échec scolaire depuis toujours, ils n'étaient pas en mesure d'assurer publiquement une évaluation positive. Alors que, en situation d'anonymat, celle-ci se révèle avoir un impact positif sur leurs performances.

En bref, les capacités des élèves ne sont pas fixées, elles peuvent varier très rapidement en fonction de conditions très subjectives.

Les génies existent-ils ? Ils sont souvent décrits comme des êtres un peu particuliers, pas toujours sociables et, pour tout dire, bizarres. Il apparaît que, souvent, leurs incroyables capacités résultent d'une concentration intensive, depuis la petite enfance, sur un sujet de prédilection.

Les bébés manifestent très tôt une forme élémentaire de calcul. Une étude montre que, dès 5 mois, les bébés peuvent réaliser les opérations  $1+1=2$  et  $2-1=1$ , ainsi que les grands singes qui ont, comme le bébé humain, un cerveau sans langage. Cette étude contredit la théorie de Piaget pour qui le nombre ne survenait chez l'enfant que vers l'âge de 7 ans, après l'apparition du langage.

### Intelligences multiples

Dans ses travaux, Gardner en a initialement compté 7 : langagière, logico-mathématique (fortement mise à contribution dans toutes situations de résolution de problèmes), spatiale, musicale,

kinesthésique (permet d'utiliser son corps avec habileté) et deux autres imbriquées : interpersonnelle (capacité à comprendre les autres) et intrapersonnelle (permet de se comprendre soi-même pour mieux ajuster ses propres comportements).

Récemment, une huitième a été identifiée : l'intelligence de l'environnement naturel. Bientôt peut-être une neuvième : l'intelligence existentielle, qui permet de donner du sens à la vie.

Chacune de ces intelligences évoquées met en jeu, de manière dynamique, une ou plusieurs aires cérébrales; elles se développent suivant des rythmes différents selon les individus. Par exemple, tel enfant va parler et raisonner très tôt tandis qu'un autre, élevé dans les mêmes conditions, fera preuve plus vite d'agilité motrice. Celui-ci n'en est pas moins intelligent pour autant, pourvu que l'entourage ou l'école ne le disqualifie pas de prime abord.

Lorsqu'on demande à Gardner si cette conception des intelligences multiples a des conséquences sur l'éducation, voici ce qu'il répond :

*« Jusqu'à présent, dans le monde entier, on a favorisé les écoles fondées sur un enseignement identique pour tous. On y enseigne les mêmes matières, de la même façon, à tous les élèves, qu'on soumet ensuite aux mêmes évaluations. Ce système est alors jugé équitable puisqu'il traite tous les élèves de la même façon. Pourtant, je crois qu'il est fondamentalement injuste. On a choisi à priori un style d'intelligence (en général un mélange d'intelligence langagière et logico-mathématique) et l'on s'efforce de rendre chaque élève semblable à ce prototype.*

*Je crois qu'il serait à la fois plus équitable et plus astucieux de diversifier la présentation des contenus à enseigner, de la tailler sur mesure en fonction des capacités des élèves. En même temps, il faudrait offrir à ceux-ci la possibilité de montrer, sous des formes et par des moyens variés, ce qu'ils ont retenus et compris. J'appellerais un tel système une école adaptée aux besoins de l'individu. »*

Une centaine d'écoles de par le monde ont été influencées par cette théorie.

**Bibliographie** : Des ouvrages de N. Delvolvé, ainsi que d'autres auteurs, peuvent être empruntés à la bibliothèque de l'AEEMA.

**LE DÉBAT RESTE OUVERT** : si vous souhaitez réagir sur ce sujet ou si, ayant participé à la journée de formation, vous avez envie de faire partager des idées supplémentaires qui ont jailli à travers les discussions, écrivez à l'AEEMA pour le prochain bulletin.

# L'ENVIRONNEMENT DE L'ENFANT MALADE : FAMILLE, MILIEU HOSPITALIER ET SCOLAIRE PAR HÉLÈNE ROMANO

16 et 17 Octobre 2009, au Congrès de la F.E.M.D.H. à Biarritz.

*Hélène ROMANO est Docteur en psychopathologie, psychologue clinicienne et psychothérapeute. Sa carrière a commencé à l'Éducation nationale, où elle était chargée de mission pour des dispositifs de classe-relais, puis dans des cellules de crise au service des chefs d'établissement et des familles. Elle a ensuite rejoint l'hôpital du Val-de-Marne en tant que responsable de la cellule d'urgence médico-psychologique. Elle anime par ailleurs une consultation à l'hôpital Henri Mondor et donne de nombreuses conférences.*

*« Ma carrière n'est pas consacrée qu'à l'enfant. Je travaille également avec les familles : prendre en charge un enfant n'est pas possible indépendamment de l'accompagnement des personnes de son entourage, qu'il s'agisse des parents ou des soignants. Je travaille beaucoup auprès d'enfants victimes d'événements traumatiques (maladie, accident, perte de proches), afin de leur permettre de continuer de vivre et de rester avant tout des enfants, et non des survivants ou des enfants malades ».*

Je tiens d'abord à remercier Monsieur le Sénateur-maire et les organisateurs de ce colloque pour leur invitation à évoquer ce sujet, qui demande une compréhension globale et ne doit pas se limiter à l'enfant.

Je parlerai des enfants malades, ainsi que des fratries d'enfants malades, qui sont malheureusement souvent délaissées. Je parlerai aussi des parents, avec lesquels vous travaillez. Je parlerai enfin de vous, intervenants bénévoles.

L'enfant est porteur de nombreux souhaits et désirs de ses parents. On espère que son enfant connaîtra une vie meilleure, réussira là où l'on a échoué, etc. Lorsque la maladie, le handicap ou l'accident vient fracturer la trajectoire de l'enfant, ces rêves parentaux s'effondrent. Cet enfant rêvé disparaît et laisse place à un enfant qui n'est plus l'enfant souhaité, mais qui est un enfant blessé, malade, victime d'un handicap, dont le parcours familial doit être reconstruit. Ces situations sont multiples. Certains enfants naissent avec cette maladie, ce handicap, un diagnostic anténatal permettant généralement de les détecter avant la naissance et de s'y préparer. La maladie peut également survenir plusieurs mois, plusieurs années après sa naissance, venant anéantir tout ce qui s'était mis en place durant cette première période.

Comment l'enfant réagira-t-il à cette rupture ? Comment reconstruira-t-il les interactions avec sa famille ? Quelles vont être les incidences sur sa vie de famille ? Quelles seront les implications pour ses parents et les professionnels qui l'entourent, soignants et professeurs ?

## Le temps de l'annonce

Je vous invite à échanger sur toutes ces questions, à commencer par un premier temps, qui est celui de l'annonce.

Le moment de l'annonce est un temps paroxystique, traumatique. Il y aura « le temps d'avant » et « le temps d'après », le traumatisme s'inscrivant sur deux registres. Le premier registre, immédiat, est celui de la crainte : crainte des séquelles, de la mort, de la douleur, du handicap. Le traumatisme secondaire, ultérieur, est celui qui réactive d'autres traumatismes ayant marqué l'histoire familiale, et qui parasitent la prise en charge de l'enfant.

Le temps de l'annonce est un temps suspendu, un temps qui fait effraction.

Le sujet est constitué d'un noyau psychique, qui nous permet d'être avec les autres, de traduire les informations, d'apprendre, etc. Tout au long de la vie, se constituent autour de ce noyau psychique des couches protectrices : les interactions avec les parents, les camarades de classe, les collègues, les amis, les conjoints, etc. La vie est semée d'épreuves : une maladie, un accident, une rupture, une perte d'emploi mettent à épreuve ces

couches protectrices et bouleversent l'équilibre psychique qui existait au préalable. D'autres événements, qui pouvaient apparaître comme positifs, à l'image d'un diplôme, d'une mutation ou attendue de longue date, ou encore d'un mariage ou d'une naissance, peuvent également s'avérer des facteurs de fragilisation psychique. Dans certains cas, ces événements peuvent amener une certaine décompensation, c'est-à-dire conduire à l'effritement des couches protectrices, sans pour autant mettre à mal le noyau psychique.

En revanche, la confrontation avec un événement traumatique est une transition immédiate entre la vie et l'horreur, entre la vie et le cauchemar. Lorsqu'on annonce à un enfant ou des parents un diagnostic grave ou un décès, toutes ces couches sont brusquement anéanties. Il n'y a pas de possibilité d'anticiper psychiquement, de se préparer pour éviter leur destruction.

Voici un exemple. J'ai longtemps travaillé en pédiatrie en soins palliatifs, et j'ai accompagné de nombreux enfants en fin de vie. Lorsque les parents étaient appelés afin de leur annoncer la mort de leur enfant, il entrait certes dans l'attente de ce coup de téléphone une très forte angoisse, mais aussi - ce qui pourra vous paraître surprenant - un certain soulagement. Lorsqu'un enfant souffre depuis des mois ou des années, que son corps est déformé par la souffrance, et que la mort arrive, le chagrin intense de ses parents s'accompagne d'un apaisement. Des parents me disent : « On ne souffre plus. »

La réaction de ces parents au coup de téléphone de l'hôpital n'est psychiquement pas la même que celle d'une mère ou d'un père recevant un appel sur son lieu de travail, l'informant qu'un accident est survenu à l'école de son enfant, et découvrant une fois sur place que leur enfant vient de mourir.

L'anticipation est alors impossible. Le temps de l'annonce est donc un temps de sidération, un temps de rupture. Des parents sont figés par des événements qu'ils ne comprennent pas. C'est ce que l'on appelle en psychologie un temps d'agonie - un temps suspendu, particulièrement traumatique car figeant les choses. Longtemps après, lorsque l'on travaille avec des parents, ou des fratries d'enfants malades, handicapés ou décédés, ils sont encore capables de décrire avec précision le temps qu'il faisait ou les vêtements qu'ils portaient ce jour-là.

Ce temps est aussi un temps particulier, car il projette l'enfant malade, handicapé ou accidenté sur un tout autre registre : l'hôpital, la rééducation, qui sont des temps qui séparent, qui imposent d'autres rythmes, d'autres règles, d'autres vocabulaires. Il est particulièrement difficile pour des parents de s'inscrire dans cette temporalité autre, celle de la maladie ou du handicap de leur enfant.

## Que se passe-t-il du côté de l'enfant ?

Les choses sont différentes pour l'enfant. Un bébé ou un adolescent malade aura bien évidemment des niveaux de compréhension différents. Il est important de rappeler qu'un enfant ne fonctionne pas comme un adulte – qu'il n'est pas un adulte en miniature, mais une personne en devenir.

Quelques exemples : un enfant d'une classe de CP décède d'une mort subite. Pensant bien faire, le chef d'établissement annonce à l'ensemble des camarades que cet enfant vient de décéder. Autre exemple : le père d'un enfant décède. Le chef d'établissement se rend dans la classe et déclare aux élèves : « Il faudra être très gentil avec votre petit camarade, son papa est mort. »

Que se passe-t-il ? L'adulte, chef d'établissement, estime pertinent d'aller voir les enfants pour les informer, en s'imaginant que ces enfants disposent des mêmes ressources que lui pour répondre à cette annonce brutale. Ce faisant, il projette une représentation adulte-centrée de la mort, qui n'est pas celle des enfants. En effet, pour les enfants, jusqu'à l'âge de huit ou neuf ans, la mort est quelque chose qui s'attrape, qui n'est ni irréversible, ni universel. L'enfant confronté à cette annonce va donc mettre à l'écart, rejeter, voir se moquer du petit camarade lors de son retour.

Il est fréquent d'entendre alors des réactions du type « Les enfants sont des monstres, leur comportement est épouvantable ». Or ils ne sont pas plus monstrueux que des adultes, mais réagissent avec les ressources dont ils disposent.

## Pourquoi moi ?

Face à des événements nouveaux, les enfants ont besoin de les traduire, de les mettre en sens.

Jusqu'à l'âge de six ou sept ans, les enfants travaillent avec des repères imaginaires. Le vrai, le faux, ne sont pas des concepts très fermes dans leur esprit. Les enfants se représentent les choses dans un monde différent de celui des adultes. Ils font beaucoup appel à des théories : ainsi de la théorie de la punition (« la maladie arrive car je n'ai pas été sage »), du traumatisme (la maladie arrive parce que c'est un accident qui s'inscrit dans une histoire familiale)... Ces théories permettent à l'enfant de donner du sens à un événement qui le dépasse complètement, à partir de repères et d'explications peu rationnelles.

Un enfant malade donne de sa maladie des explications très différentes de celles des médecins. Il a cependant une connaissance intime de sa maladie. Il est important de partir de cette connaissance pour l'accompagner. L'enfant connaît sa maladie mieux que toute autre personne – même s'il a sa façon à lui de l'expliquer. Si l'on ne s'ajuste pas à cette vision-là, le danger est d'ignorer ce qu'il ressent, ce qu'il pense sur les raisons de sa maladie. Cette dimension mythique donnée à la maladie par l'enfant l'accompagnera tout au long de son enfance, les théories échafaudées devenant plus « adultes » à mesure qu'il grandit.

J'insiste sur ce point, car il est important pour les adultes de s'ajuster à l'enfant. Prenons un exemple caractéristique. « Dis, comment on fait les bébés ? » demande un enfant de cinq ou six ans.

La réponse donnée est souvent très directe et très franche. Un enfant habitué aux récits sur la petite cigogne ou les fleurs ne comprendra pas cette version, car il n'existe pas de télescopage entre sa vision du monde et celle des adultes. Il est préférable de se tourner vers l'enfant et de lui demander :

« Dis-moi, qu'est-ce que *toi*, tu sais des bébés ? »

## Face à la mort

De même, un enfant qui demande s'il va mourir n'a pas nécessairement besoin d'une réponse claire : il veut surtout s'assurer qu'il ne restera pas seul. Il faut donc s'ajuster à lui, en lui demandant ce qui l'amène à poser cette question. Il parlera alors de sa maman qui pleure, de l'infirmière qui ne le touche plus, des cours qui se raréfient. Ainsi, répondre « du tac au tac » n'est pas une bonne

méthode. Pour bien prendre en charge un enfant, et particulièrement un enfant malade, il faut s'ajuster à lui – sous peine d'accroître son sentiment de solitude et d'insécurité.

## L'atteinte à l'image du corps

Un deuxième point fondamental est l'atteinte à l'image du corps, l'inquiétante étrangeté que renvoie la maladie, le handicap. L'enfant s'aperçoit que son corps ne fonctionne plus comme avant, se transforme. L'enfant est atteint dans son corps de façon plus ou moins visible, plus ou moins rapide, plus ou moins douloureuse, sa maladie évoluant parfois très lentement. L'enfant peut même devenir méconnaissable : prise ou perte de poids, perte de cheveux, amputations, sont autant de traces physiques qui vont bouleverser son ressenti à l'égard de son corps.

Il est ici indispensable de rappeler deux notions importantes :

- la notion de « schéma corporel », qui tient à la capacité de l'enfant de se mouvoir, de se représenter son corps dans l'espace ;

- la notion de « image inconsciente du corps », c'est-à-dire la façon dont le rapport de l'enfant à son corps se construit en fonction du ressenti et du regard de l'autre.

Des écarts considérables existent entre l'image inconsciente que les enfants ont du corps, et le corps lui-même. Des enfants profondément atteints physiquement peuvent avoir une image inconsciente du corps très positive, parce qu'ils bénéficient d'un entourage très soutenant, qui ne porte pas sur eux un regard de gêne ou de dégoût. D'autres enfants, moins atteints physiquement, souffrent pourtant du regard négatif de leurs proches, qui induit en eux l'impression d'être sales, dégoûtants, et que leur corps est insupportable. De tels enfants peuvent être en très grande souffrance, allant jusqu'à cacher leurs corps qu'ils considèrent comme hideux et abîmés. Il est important de rappeler ces cas de figure, car il arrive que les adultes ressentent de la peur face à l'aspect d'un enfant malade. Il est ainsi courant que les adultes se demandent s'ils doivent ou non poser le regard sur un enfant gravement brûlé. Or le regard ou le non-regard de l'autre est extrêmement important pour l'enfant.

Si un enfant profondément marqué psychologiquement refuse de se laisser examiner, et qu'un adulte lui répond – en toute objectivité – que son corps ne marque aucune trace de son accident, il court le risque de perdre son statut de référent. En effet, un adulte relativisant la souffrance psychologique de l'enfant conduit ce dernier à penser qu'il n'est pas compris. Il est plus pertinent d'accepter le décalage entre l'atteinte matérielle du corps et la représentation que l'enfant s'en fait, et de lui demander ce qui le gêne vraiment – son aspect physique, ou le regard des autres.

## La notion du « temps »

Un autre point à aborder est celui de la temporalité. La représentation du temps n'est pas la même chez l'enfant que chez l'adulte. Avant l'âge de sept ou huit ans, l'enfant est rarement capable de se représenter ce qu'est une semaine, un mois ou une année. Un enfant de CP à qui l'on dit qu'il restera à l'hôpital dix semaines n'est pas à même de comprendre cette information. Parler de nombre de dodos ou utiliser des repères visuels aura plus de sens. Le cadrage temporel est extrêmement important pour une prise en charge efficace de l'enfant. Il ne faut pas hésiter à utiliser des couleurs, des repérages, pour construire ce cadre, sans oublier que la temporalité de l'enfant malade est bouleversée par l'impact émotionnel de la maladie et du trauma inhérent.

Le concept de durée n'a pas le même sens chez l'enfant. Un bébé prématuré passant six mois à l'hôpital, y a passé toute sa vie : ces premiers « six mois » n'ont pas pour lui la même valeur que six mois de la vie d'un adulte. De même, un mois d'hospitalisation n'a pas du tout la même dimension en fonction de son moment de survenue dans l'histoire de l'enfant. A l'échelle de vie d'un enfant, une maladie courte introduit une rupture minimale dans



►► le cadre de vie, mais une maladie longue, évolutive, introduit une révolution durable. Un enfant myopathe aura, tout au long de sa vie, des étapes à remettre en place, à réinventer régulièrement. Sa situation est différente de celle d'un enfant qui, après un accident, doit être amputé : passée une période de crise, cet enfant mènera une existence plus apaisée.

La durée de la maladie doit impérativement être prise en compte en fonction de la notion du temps de l'enfant. Jusqu'à l'âge de neuf ou dix ans, l'enfant fixe les choses de manière très émotionnelle.

La fixation du temps se fait par rapport à des événements marquants : le temps se fixera ainsi par rapport à des périodes de vacances, à des moments de fête, etc. La durée scientifique ou sociale, celle des jours de la semaine ou des années, se met en place beaucoup plus tardivement dans son esprit.

Un autre point important à aborder est que certains enfants sont atteints de maladies « à crises ». Ce sont souvent des enfants, parfois déscolarisés, qui vivent avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête et développent des troubles émotionnels marqués par une hyper vigilance et un sentiment d'insécurité aigu. Il est nécessaire de les prévenir longtemps à l'avance de ce qui peut leur arriver en cas de crise.

D'autres maladies sont dites « à rechutes » ou « à rémissions ». Des enfants atteints de ce type de maladie ne sont jamais ni totalement malades, ni totalement guéris, et sont marqués par cette situation. Leurs parents peuvent également développer des attitudes d'hyper attention.

### Les blessures psychiques

La maladie ou le handicap peuvent être visibles, ce qui impacte les relations sociales. Un très grand nombre d'enfants sont psychologiquement blessés par le regard qui est porté sur eux, et dissimulent une souffrance qui marquera fortement leur devenir d'enfant et leur apprentissage. La maladie a des séquelles physiques, mais potentiellement aussi des séquelles psychologiques : atteintes dans la confiance en soi, dans la confiance aux autres, qui peuvent bouleverser profondément l'enfant.

Cette souffrance psychique invisible peut entraîner divers troubles : hyper vigilance, cauchemars chroniques, asthénie, réminiscences... De telles séquelles sont relativement peu visibles et sont souvent peu pris en compte.

J'ai ainsi débattu avec un médecin au sujet d'un enfant de 6ème qui avait été violé par trois camarades de classe. Après ce traumatisme, cet enfant se trouvait en situation de déscolarisation, et il me paraissait nécessaire de mettre en place un dispositif pour qu'il puisse suivre une scolarité normale, le cas échéant à domicile puisque cet enfant était incapable de retourner dans son ancien collège - où ses tortionnaires étaient toujours élèves. On m'a répondu que cet enfant n'était pas malade. Or sur le plan psychique, cet enfant était malade : les adultes lui refusaient pourtant ce statut. Tout enfant malade peut être blessé à la fois physiquement et psychologiquement. La blessure psychique peut se manifester de trois façons : la culpabilité, le sentiment de « désappartenance », et le sentiment d'arbitraire.

Le sentiment de désappartenance est le sentiment de ne plus être comme les autres, de ne plus pouvoir partager, de ne plus appartenir au même groupe. Ce sentiment peut être extrêmement fort, et c'est cette blessure que les bénévoles de la FEMDH peuvent contribuer à panser, en montrant aux enfants qu'ils peuvent redevenir des élèves, et retrouver le sentiment d'appartenance à la figure de l'écolier, du collégien.

A la question de l'arbitraire - « Pourquoi cela m'est-il arrivé à moi ? » - l'enfant peut répondre par la culpabilité : « Parce que c'est ma faute. » Une telle réaction est extrêmement fréquente chez l'enfant.

La fratrie d'un enfant malade peut également s'accuser de sa situation, notamment si elle l'a souhaitée ou espérée. La culpabilité doit se comprendre comme un mécanisme de défense psychique.

Se penser coupable d'une maladie, c'est aussi penser qu'elle ne

se reproduira pas, car la « punition » a été comprise. J'ai accompagné un enfant qui avait perdu la jambe après avoir été fauché par une voiture de police lancée à la poursuite d'un véhicule; cet enfant m'a déclaré d'emblée que cet accident était de sa faute. Une adolescente présente au Caire lors d'un attentat, et ayant assisté à la mort d'une de ses amies, m'a dit à son retour en France : « L'attentat, c'était à cause de moi. » Autre exemple : deux jeunes garçons de trois et cinq ans, endeuillés suite au crash d'un avion au Brésil, se sont accusés de la mort de leurs parents.

Il est tentant de répondre à ces enfants : « Non, cela n'est pas votre faute. » Ce n'est pourtant pas utile. En s'accusant de ces drames, l'enfant s'est construit des béquilles symboliques pour survivre à l'horreur. Affirmer d'emblée qu'il n'est pas coupable revient à anéantir ces béquilles, à dire que ce qu'il pense n'a aucune valeur. Le lien de confiance avec l'enfant est alors détruit.

Que faudrait-il dire ? Je pense qu'il est parfois préférable de se taire : être présent, mais ne rien répondre. Il est aussi possible de projeter l'enfant dans une autre temporalité : « Aujourd'hui, tu penses cela. Mais demain, peut-être que tu penseras autrement. » Il est également possible de demander des explications à l'enfant : « J'ai du mal à comprendre. Est-ce que tu pourrais m'expliquer ? Pourquoi penses-tu que c'est ta faute ? » L'enfant va alors expliquer qu'il se croit coupable en raison de telle ou telle action de sa part. Il laissera ainsi place à des croyances, qui vont vous permettre de l'aider. Enfin, on peut aussi dire à l'enfant que l'on pense différemment : « Je pense que tu n'es pas coupable - mais cela n'engage que moi. » Cela permet de médiatiser une vérité, d'éviter la neutralité du « on », de la « vérité générale », et laisse à l'enfant la possibilité de comprendre que d'autres peuvent penser autrement, sans pour autant nier son mode de pensée personnel.

Ayez toujours à l'esprit la façon qu'ont les enfants de théoriser leur environnement, d'appréhender la temporalité et de se protéger des blessures psychiques. Cela sera extrêmement précieux pour les enfants et pour vous.

### La fratrie en souffrance

N'oubliez pas non plus que l'enfant n'est pas seul : il a des parents, des frères, des sœurs - et que lorsqu'il tombe malade, c'est toute la vie familiale qui s'en trouve bouleversée. L'un des parents arrête de travailler, des difficultés économiques peuvent survenir, un déménagement peut devenir nécessaire, une hospitalisation s'imposer - les frères et sœurs des enfants malades se trouvent souvent projetés dans une situation dans laquelle ils doivent faire preuve d'hyper maturité : leurs parents attendent d'eux qu'ils deviennent plus autonomes, leur emploi du temps est réorganisé, leurs modes de garde évoluent...

Au sein d'une fratrie, la maladie mêle un certain nombre de sentiments. Il peut s'agir de jalousie, d'envie, de peur, de culpabilité, de colère, d'agressivité, voire de rejet. Lorsque les frères et sœurs des enfants malades expriment ce rejet, il est extrêmement important de ne pas leur en vouloir, et d'essayer de comprendre cette réaction. Le frère d'un enfant malade souffre d'abord de voir sa sœur ou son frère souffrir, de voir ses parents souffrir, mais souffre aussi pour lui-même. Il s'inquiétera notamment du risque d'« attraper » la maladie : il est donc très important de savoir ce qu'ils ont compris d'elle. On découvre alors souvent que les fratries d'enfant malade sont intimement convaincus d'être responsables de l'état de santé de leur frère ou sœur, ou se persuadent qu'ils ou elles « attraperont » aussi sa maladie.

Certains membres de fratries auront des réactions d'ordre asthénique : ils ne parleront plus, ne joueront plus, ne mangeront plus, n'auront plus envie de vivre, voire auront une attitude auto agressive ou suicidaire. De telles réactions violentes ne sont pas anodines : un enfant qui s'automutile, ou se place volontairement dans des situations dangereuses, tente d'attirer l'attention sur lui, de dire qu'il souffre aussi dans son corps, afin d'obtenir la présence des adultes.

Des attitudes régressives sont également observées, des enfants ou des adolescents adoptant des comportements de « bébés ». Dans ce cas de figure, l'enfant se rassure en se raccrochant à une période où les choses étaient autres.

Des fratries pourront avoir des conduites généralisées d'échec, notamment lorsque l'enfant malade est un aîné. L'enfant plus jeune a alors du mal à s'autoriser à être meilleur que son frère, à réussir là où il n'a pas réussi. On le voit aussi chez les adultes qui dépassent l'âge auquel leurs parents sont décédés : il n'est pas toujours facile, pour eux, de supporter l'idée de continuer à vivre après un âge où d'autres se sont arrêtés.

Des troubles de comportement peuvent également être observés au sein des fratries d'enfants malades. Très souvent, il s'agit pour l'enfant d'un moyen de dire à ses parents : « Si je deviens odieux, seras-tu toujours là pour moi ? » Autrement dit : « Plus je t'agresse, plus j'ai besoin de toi. »

La réaction des parents à ce type de comportement ne doit pas être l'indifférence ou la violence. Ils doivent demander à l'enfant d'expliquer sa colère face à une situation qui le dépasse et l'inquiète.

Enfin, certains enfants se révèlent d'une très grande maturité lorsque survient l'accident de leur frère ou de leur sœur. Il est rare, dans ce cas, que les parents s'inquiètent pour eux. Pourtant, il arrive que cette hyper maturité se fissure, notamment à l'adolescence. Lorsqu'on parle avec des enfants qui semblent supporter avec courage ou stoïcisme les conséquences de la maladie de leur frère ou de leur sœur, on se rend compte qu'ils sont également touchés par cet événement.

En tant qu'intervenant, évitez de ne parler à ces enfants que de leur frère ou de leur sœur malades.

Parlez-leur d'eux : ils en ont besoin. Ne les mettez pas dans une situation où ils soient dépositaires de l'état de santé de leur frère ou de leur sœur, n'en faites pas des porteurs de bonnes ou de mauvaises nouvelles. Si vous les faites parler d'eux, c'est de leur propre chef qu'ils vous donneront des nouvelles de leur frère ou de leur sœur.

### Vis-à-vis de la classe

En classe, il est tentant pour l'enseignant d'informer ses élèves de l'état de santé de leur camarade hospitalisé, sans s'être assuré au préalable que cet enfant ait donné son accord à une telle divulgation. Par ailleurs, l'enfant malade doit être informé de ce qui se dit de lui en son absence, notamment lorsqu'il retourne sur les bancs de l'école. Il est en effet important que des enfants à qui la maladie a fait perdre le contrôle de leur histoire, puissent retrouver cette maîtrise à leur retour.

Les enfants malades souhaitent souvent que les choses redeviennent comme avant, que le regard de leurs professeurs et de leurs camarades soit le même qu'avant leur départ. Certains enfants revenant de l'hôpital vont ainsi multiplier les insolences, pour que leur professeur les punisse au même titre qu'un autre enfant : le professeur ne doit pas, sous prétexte de prise en compte du passé de l'enfant, laisser s'installer un régime d'exception en matière disciplinaire.

Évoquer la maladie d'un élève peut avoir des conséquences imprévues. Si certains camarades compatissent avec l'enfant malade, d'autres lui sont indifférents, le jalourent ou lui deviennent hostiles ; enfin, il est possible que cette évocation ait une influence sur des enfants ayant eu un père, une mère ou un frère malade. Il est

important de sensibiliser les enseignants à ces risques.

N'oubliez pas non plus la nécessité de s'assurer de la véracité des informations transmises. Il est arrivé que le décès d'un enfant soit annoncé, alors qu'il allait parfaitement bien ! Rappelez donc aux équipes enseignantes que si la mort est un sujet trop grave pour être ignoré, elle ne doit être évoquée qu'après sa venue.

### L'angoisse des parents

La maladie d'un enfant provoque un certain nombre de bouleversements chez ses parents. Aux pertes financières et à la réorganisation de la vie induite par la maladie, s'ajoute le sentiment d'être impuissant face à la maladie - d'être dépossédé de son enfant.

L'angoisse parentale, omniprésente lorsque des menaces graves pèsent sur la vie de l'enfant, se poursuit parfois après sa guérison. Il arrive que des parents se soient faits à l'idée que leur enfant allait mourir : il leur est ensuite difficile de considérer l'enfant guéri comme autre chose qu'un fantôme ou qu'un enfant malade. La

maladie de l'enfant reste présente - et peut le stigmatiser.

Certains parents ont des attitudes de rejet, d'agressivité, voire de désintérêt à l'égard de leur enfant échappé à la mort ; autant de signes d'une dépression très lourde, qu'il s'agit de prendre en charge.

La maladie ou le handicap d'un enfant a des conséquences sur le regard d'autrui. Ses parents doivent alors supporter les remarques, les regards, témoignant de la gêne ou de la peur de leur entourage, des voisins, des inconnus.

La maladie induit également des

bouleversements dans l'organisation de la vie. Certaines familles ne peuvent plus tolérer les gênes causées par les hospitalisations multiples, les séances de rééducation, etc. L'enfant malade fait alors figure de bouc émissaire : il est celui à cause de qui tout arrive. Les cas de maltraitance parentale sont nombreux envers de tels enfants - particulièrement à l'égard d'enfants handicapés, qui n'ont pas la parole.

### Face à l'enfant en fin de vie

Certaines fois, la mort de l'enfant est une quasi-certitude. Accompagner un enfant qui va mourir est une expérience unique, très difficile à partager ou à communiquer. A une phase de rejet de l'idée de la mort, succède parfois une phase d'acceptation, surtout lorsque la maladie est longue.

L'enfant qui va mourir a besoin d'être considéré jusqu'au bout comme un enfant - même s'il ne lui reste plus qu'un jour, qu'une heure à vivre. Si un enfant de CP vous demande d'apprendre à lire, et que vous savez qu'il sera probablement décédé à la fin de l'année, il est extrêmement important que vous vous donniez la peine de l'accompagner dans sa demande et ce, jusqu'au bout.

Si, durant cette période, l'enfant vous demande : « Est-ce que je vais mourir ? », gardez en tête ce que je vous ai dit. Ajustez-vous à l'enfant, demandez-lui ce qui l'amène à penser qu'il va mourir.

Des enfants qui vont mourir n'ont pas tant peur de la mort que de quitter la vie. S'ils ne partagent pas la peur de la mort des adultes, les enfants sont en revanche terrorisés par la réaction des adultes à cette perspective - par leur détresse ou leur chagrin.

Avant l'âge de huit ou neuf ans, n'oubliez pas que la mort n'est ni irréversible ni universelle : les enfants plus jeunes ne comprennent pas que tout le monde doit mourir, et que la mort est définitive.

Certains petits disent : « Je meurs, mais je reviendrai



« A l'abordage! » Dessin de Sami, 9 ans, à l'hôpital

►► après. » Il arrive qu'ils souhaitent écrire un carnet d'adieu, ou transmettre un héritage.

Comment l'action des bénévoles de votre association s'inscrit-elle face à cet enfant malade, handicapé et/ou en fin de vie ? Il est essentiel que cet enfant reste un enfant, et ne soit pas considéré comme un malade. A cet égard, la scolarisation est un élément d'identification clé de l'enfant. Il est donc extrêmement important de permettre à un enfant malade de continuer sa scolarité, non seulement pour l'inscrire dans un statut d'enfant, mais aussi pour lui permettre de ne pas être réduit à son état d'enfant malade. Que la scolarisation ait lieu à l'hôpital ou à domicile, vous devrez construire des liens entre les familles, l'école et le monde de la santé, jouer un rôle de tampon entre ces trois univers.

La bonne volonté ne suffit pas à accompagner les enfants malades. Prendre en charge des enfants malades est une expérience humaine extraordinaire, mais il est tout aussi important de se prendre en charge soi-même, de veiller à ne pas commettre de maladresses.

Prenez garde à ce que vous dites : il est des mots à éviter à tout prix. En voici quelques exemples.

Quitter un enfant dont vous venez d'apprendre l'aggravation de l'état en lui souhaitant une « bonne journée » est malvenu. L'enfant pourra le comprendre comme un signe de désintérêt vis-à-vis de sa souffrance.

Vous pourriez être tenté de dire à un parent désarmé par le décès d'un de ses enfants : « Il faut être fort : n'oubliez pas que vous avez d'autres enfants. » Ces propos constituent une façon de nier le deuil de cet enfant. L'une de mes connaissances a eu trois enfants : un premier enfant mort à trois ans d'un problème cardiaque, un enfant bien portant et un troisième enfant, mort en très bas âge.

Plusieurs de ses amis, se voulant bienveillants, lui ont alors dit : « Cela sera plus facile cette fois-ci, car tu l'as moins connu. » Ces propos ont projeté mon amie dans une souffrance terrible, ont éveillé en elle un sentiment d'incompréhension et de solitude absolues.

Des mécanismes de défense courants, tels que la logique, l'ironie ou le sarcasme, sont exacerbés dans des circonstances extrê-

mes. Ces mécanismes pourront vous amener à dire des choses extrêmement blessantes pour l'enfant, et qui de leur côté, vous épuiseront psychiquement.

### Connaître ses propres limites

Il arrive d'ailleurs que l'accumulation d'expériences difficiles provoque un épuisement professionnel susceptible de nuire à votre vie sociale ou sentimentale. N'hésitez pas à vous remettre en question, à vous interroger sur vos limites, à échanger avec les autres professionnels qui constituent le maillage social qui se tisse autour de l'enfant malade. Prenez soin de vous, et n'hésitez pas à passer le relais certaines fois, pour que l'enfant puisse être soutenu au mieux, qu'il puisse continuer d'être un élève. Ne vous engagez pas dans ce travail d'accompagnant à l'aveugle, sans vous remettre en cause et en refusant l'assistance des autres intervenants.

Autorisez-vous également à voir ce qui va avec les enfants à problèmes. Ne les stigmatisez pas en les qualifiant d'« insupportables » ou de « nuls », mais bornez vos critiques à des comportements spécifiques et valorisez ce qu'ils savent faire, ou seraient capables de faire s'ils s'en donnaient les moyens.

Procédez de même avec vous-même. Sachez vous remettre en question, mais sachez également identifier vos points forts.

Enfin, rappelez-vous que la bonne volonté ne suffit pas, à elle seule, pour venir en aide à un enfant malade - et peut même causer beaucoup de dégâts. L'enfant doit rester l'acteur principal de sa vie : nous sommes là pour l'accompagner, pour mettre en place un maillage de confiance autour de lui, pour qu'il soit capable de faire face à un accident ou une maladie qui a bouleversé toutes ses croyances, tous ses sentiments de sécurité. Quelle que soit la gravité de son état de santé, sa situation ne doit pas priver l'enfant de la confiance qu'il devrait avoir envers lui-même et les adultes qui le prennent en charge, qu'il s'agisse de ses parents, des soignants ou des intervenants. Il faut garantir à l'enfant cette continuité d'être, et lui permettre avant tout d'être un enfant dans le regard que nous lui portons et dans le regard que lui, nous renverra. Je vous remercie.

Dans le prochain numéro de AEEMA-infos, vous pourrez lire un autre exposé très pertinent du Congrès : « la confidentialité » par Aurélie DEBISSCHOP, coordinatrice de développement social.

\*\*\*\*\*  
\*  
\* BIENVENUE \*  
\* AUX NOUVEAUX ADHÉRENTS ! \*  
\* Pamiers/Mirepoix : Marie-José CALVETTI \*  
\* Saint-Girons : Jacques BERTHOUMIEUX \*  
\*\*\*\*\*

**FORMATIONS A VENIR :  
VOS SOUHAITS**

Pour la prochaine rentrée, nous prévoyons **une conférence-débat sur les problèmes psy**, avec Mme PARMENTIER psychologue, et un ou deux de ses collègues. La date et le contenu restent à définir.

D'autres formations peuvent être envisagées. Soit sur l'enseignement (pédagogie, psychologie ... ), soit sur des sujets de société ayant trait à l'enseignement - notamment l'école - ou, plus généralement, à la jeunesse, soit encore des formations plus personnelles.  
**Faites connaître vos attentes.**

**BILAN des INSCRIPTIONS pour l'année 2009-2010**

**Arize/Lèze/Saverdun:** 4, dont 1 en partenariat avec le SAPAD  
**Foix/Lavelanet/Tarascon/Ax.** : 4, dont 1 avec le SAPAD  
**Pamiers/Mirepoix** : 11, dont 2 avec le SAPAD  
**St-Girons** : 7, dont 2 avec le SAPAD  
**Au total:** 20 élèves pour l'AEEMA seule, plus 6 avec le SAPAD.  
**Le SAPAD seul a pris en charge 14 élèves.**