



HAL
open science

Enseignement à l'hôpital et accompagnement des enfants souffrant de pathologies somatiques

Lætitia Thomas

► **To cite this version:**

Lætitia Thomas. Enseignement à l'hôpital et accompagnement des enfants souffrant de pathologies somatiques. Education. 2021. dumas-03647620

HAL Id: dumas-03647620

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03647620>

Submitted on 20 Apr 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

MASTER MEEF mention 1er degré

« Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation »

Mémoire de 2^{ème} année

Année universitaire 2020-2021

**ENSEIGNEMENT A L'HOPITAL ET ACCOMPAGNEMENT DES
ENFANTS SOUFFRANT DE PATHOLOGIES SOMATIQUES**

AUTEUR(S)

THOMAS Laetitia

Directeur du mémoire : Mme Hélène MARQUIE-DUBIE

Assesseur : Mme Suzanne SICARD

Soutenu le 26/05/2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'accomplissement de ce mémoire.

Je remercie ainsi tout d'abord ma directrice de mémoire, Mme Hélène Marquié-Dubié, pour sa disponibilité, ses conseils, sa bienveillance, sa franchise et son attention.

Je remercie tous les enseignants rencontrés, pour m'avoir accordé de leur temps et ainsi permis des échanges enrichissants humainement et professionnellement, en ces temps où ces rencontres manquent tant.

Je remercie tous les enseignants-chercheurs de l'INSPE de Perpignan, qui ont su au cours de ces années nourrir mes réflexions, me donner des outils de recherche, affiner mon esprit critique.

Je remercie mes proches, pour leur soutien et leur présence.

RÉSUMÉ

Ce mémoire vise à éclaircir la manière dont les enseignants d'élèves atteints de pathologies somatiques perçoivent leur rôle. Il tentera ainsi d'observer si une dimension psychologique du métier d'enseignement vient s'ajouter de manière plus importante qu'en milieu ordinaire à la dimension pédagogique et comment elle se manifeste : les enseignants proposent-ils des pratiques pédagogiques en adéquation avec le rôle qu'ils s'attribuent ? Développent-ils un type de rapports particulier avec les élèves au sein de ce milieu semblant déconnecté de la réalité ?

A travers l'analyse d'entretiens avec des enseignants spécialisés exerçant auprès d'élèves hospitalisés, nous aborderons cette recherche de manière qualitative.

ABSTRACT

This thesis aims to shed light on how teachers of students with somatic pathologies perceive their role. He will thus try to observe whether a psychological dimension of the teaching profession is added in a more important way than in ordinary environment to the teaching dimension and how it manifests itself : do the teachers propose teaching practices in adequacy with the role that they attribute to themselves? Do they develop a particular type of relationship with the pupils within this environment which seems disconnected from reality?

Through the analysis of interviews with specialized teachers working with hospitalized students, we will approach this research qualitatively.

Mots-clés : Enseignement, Hôpital, Continuité, Résilience, Care

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION.....	7
PARTIE I : Modalités et enjeux de la scolarisation.....	7
I. Références institutionnelles : l'APADHE	7
A. Comités de pilotage	8
B. Fonctionnement	8
II. Etat des lieux de la scolarisation des élèves malades ou accidentés en France	9
III. Les spécificités espace-temps liées à l'enseignement à l'hôpital	10
IV. Conséquences de l'apparition de la maladie	11
A. Conséquences corporelles et image du corps	11
B. Conséquences psychiques : rupture temporelle et confrontation à la mort.....	13
C. Conséquences sociales	14
D. Conséquences cognitives : la modification du rapport au savoir.....	15
V. L'enjeu de rester élève.....	16
PARTIE II : Cadre de référence	17
I. La résilience	17
A. Une définition complexe liée à des cadres théoriques multiples.....	17
B. Ce que la résilience apporte	23
II. Apprendre à l'hôpital : pratiques pédagogiques.....	24
A. « Qu'est-ce qu'apprendre ? ».....	24
B. De l'importance du groupe, du rêve, de l'imagination : exemples de pratiques.....	24
PARTIE III : Vers une question de recherche	26
PARTIE IV : Méthodologie.....	26
I. L'entretien de recherche	26
A. Présentation de l'outil de recherche	26
B. L'entretien semi-directif.....	27
II. La préparation des entretiens.....	27
A. Préparation	27
B. Public ciblé.....	28
PARTIE V : Interprétation et discussion des résultats.....	29
I. Similitudes observées à l'issue des entretiens semi-directifs.....	29
A. La méconnaissance du terme de « résilience ».....	29
B. Des discours institutionnalisés.....	30

C.	L'importance et l'objectif de la scolarisation	32
D.	L'idée que la scolarisation est un facteur de protection de résilience	32
E.	Les pratiques pédagogiques.....	33
II.	Divergences observées à l'issu des entretiens semi-directifs.....	34
A.	La définition du rôle de l'enseignant	34
B.	Relations avec les élèves et comparaisons avec un milieu ordinaire	36
C.	Des sensibilités différentes.....	36
III.	Vers une comparaison avec l'enseignement en milieu ordinaire	37
PARTIE VI : Limites de l'étude : Les risques dans l'utilisation de la notion de tuteur de résilience.....		39
CONCLUSION.....		40
BIBLIOGRAPHIE		41
ANNEXES		45
Entretien n°1 : VR.....		45
Entretien n°2 : AM.....		50
Entretien n°3 : ML.....		61
Entretien n°4 : SE.....		67
Entretien/questionnaire n°5 : LG		68
Entretien n°6 : CB.....		70

LISTE DES ABREVIATIONS

APADHE : Accompagnement Pédagogique A Domicile, à l'Hôpital ou à l'Ecole

BO : Bulletin Officiel

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

ENT : Environnement Numérique de Travail

IA-DASEN : Inspecteur d'Académie – Directeur Académique des Services de l'Education Nationale

IME : Institut Médico-Educatif

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

PEMF : Professeur des Ecoles Maître Formateur

PEP : Pupilles de l'Enseignement Public

STPR : Systèmes de Télé Présence Robotisés

INTRODUCTION

Penser la continuité dans la rupture. Malgré la rupture sociale, malgré le réaménagement temporel, malgré les incidences corporelles, psychiques et cognitives, malgré la modification de son rapport au monde, aux autres, au savoir et à la vie...et malgré toutes les ruptures pouvant être engendrées par l'annonce d'une maladie grave, l'enfant malade doit pouvoir pour autant continuer de vivre, d'apprendre, d'espérer, de se projeter. L'équipe pluridisciplinaire entourant l'enfant doit alors prendre en compte ces ruptures tout en pensant la continuité, même avec une temporalité parfois incertaine. Inclus dans cette équipe, l'enseignant à l'hôpital est impliqué dans le projet scolaire de l'élève mais aussi dans le projet de vie de l'enfant. Ce mémoire a pour objectif de préciser le ou les rôle(s) que revêt le professeur des écoles exerçant auprès d'enfants malades.

Une première partie sera donc consacrée à l'explication des modalités et des enjeux d'une scolarisation en tant qu'élève malade : dispositifs de l'APADHE, possibilités de scolarisation pour l'élève malade, conséquences de l'apparition d'une maladie et enjeux de rester élève.

Le choix du cadre théorique permettra dans un second temps d'amener une question de recherche.

L'exploration de cette problématique s'effectuera enfin à travers une investigation reposant sur une méthodologie choisie, une analyse des résultats et une discussion de ces derniers.

PARTIE I : Modalités et enjeux de la scolarisation

I. Références institutionnelles : l'APADHE

Les textes législatifs attestent le droit de tous les élèves à la scolarisation, où qu'ils se trouvent. L'article L-111-1 du Code de l'Education mentionne en effet que « *le service public de l'éducation [...] veille à la scolarisation inclusive de tous les enfants, sans aucune distinction.* »; l'article L-111-2 que « *pour favoriser l'égalité des chances, des dispositions appropriées rendent possible l'accès de chacun, en fonction de ses aptitudes et de ses besoins particuliers, aux différents types ou niveaux de la formation scolaire.* »

Dans le cadre de ce mémoire, ces dispositions sont détaillées dans la circulaire ministérielle du 3 août 2020 (BO n°32 du 27 août 2020), qui précise les modalités de l'Accompagnement Pédagogique A Domicile, à l'Hôpital ou à l'Ecole (APADHE). Cet accompagnement est mis en place quand un élève se retrouve dans l'incapacité de se rendre dans son établissement de scolarisation, « *pour une période minimale de deux semaines consécutives (hors vacances*

scolaires) ou, pour les maladies évoluant sur une longue période, trois semaines discontinues » (Bulletin officiel n°32 du 27 août 2020. Circulaire du 3-8-2020. Ecole Inclusive).

Ses objectifs principaux sont de permettre la continuité des apprentissages, maintenir le lien avec la classe et préparer le retour en classe.

A. Comités de pilotage

L'APADHE est coordonné par des comités annuels, à échelles nationale, académique et départementale.

Le comité de pilotage national pluridisciplinaire, composé de la direction générale de l'enseignement scolaire et d'un représentant de l'école inclusive mais également de conseillers techniques (médecin, infirmier et de service social) associe les différents acteurs du dispositif (les directions générales de la santé et de la cohésion sociale mais aussi des associations éducatives agréées, des parents d'élèves représentants etc...) avec un objectif d'amélioration du dispositif et d'équité territoriale.

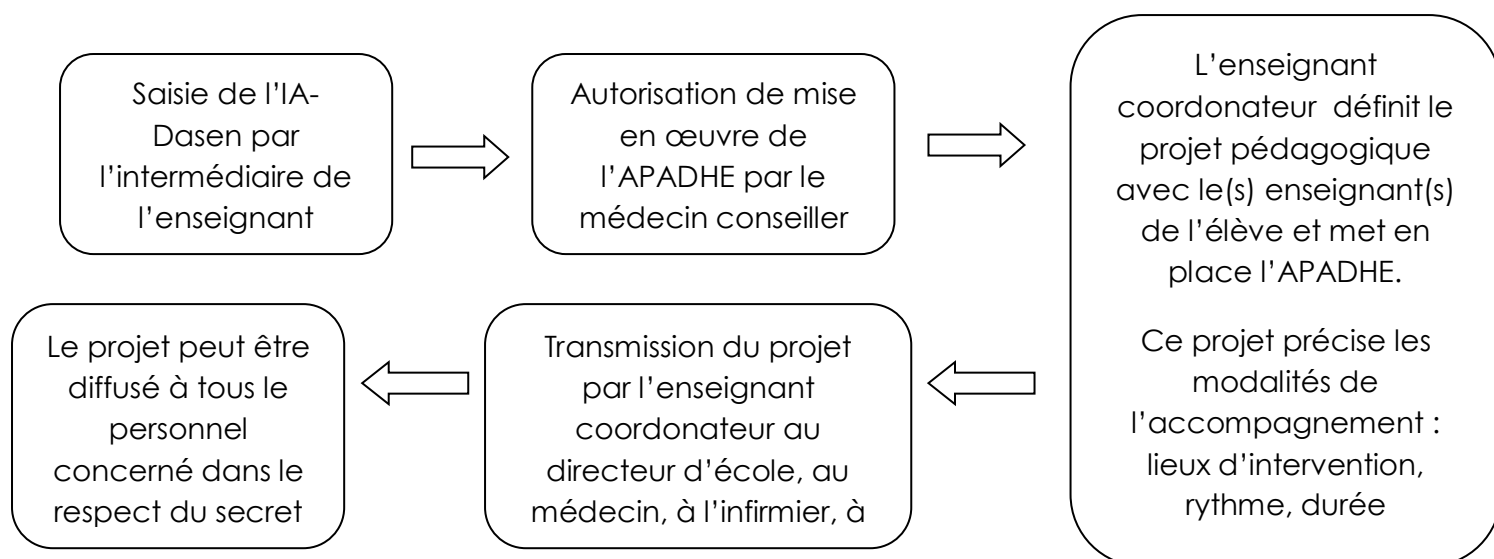
Les comités de pilotage académiques et départementaux sont composés « *des acteurs de l'institution, de représentants d'élèves et de parents d'élèves et des partenaires concernés* » (Bulletin officiel n°32 du 27 août 2020. Circulaire du 3-8-2020. Ecole Inclusive). Parmi ces partenaires concernés, nous pouvons compter toutes les instances concernées par la santé des élèves et soumise à la responsabilité de l'Inspecteur d'Académie Directeur Académique des Services de l'Education Nationale (IA-Dasen) : associations éducatives agréées, associations de parents d'enfants malades ou en situation de handicap, médecins, structures médico-sociale (IME, ITEP, CMPP,...), collectivités territoriales...

Ils ont pour objectif d'établir les bilans et les perspectives du dispositif en vue de son amélioration et de son harmonisation territoriale.

B. Fonctionnement

Concernant le fonctionnement du dispositif, la mise en place de l'ADAPHE est gérée au niveau départemental, sous l'autorité de l'IA-Dasen, par l'IEN ASH, le médecin conseiller technique et un enseignant coordonnateur.

Voici un résumé synthétique des étapes de mise en place du dispositif.



Selon le projet défini, l'enseignement peut être effectué par les enseignants habituels de l'élève, des enseignants volontaires de l'école, des enseignants volontaires d'autres écoles ou des enseignants spécialisés.

Le lien entre l'élève et l'école dans laquelle il est scolarisé est rendu possible grâce à plusieurs outils, plus ou moins récents et innovants. Hormis les outils techniques classiques (ENT, scanner, photocopies, photographies, visioconférence avec un ordinateur en classe et l'autre devant l'élève...) nous retiendrons les STPR ou Systèmes de Télé Présence Robotisés. Ces derniers ne dispensant pas de la présence des enseignants APADHE. Ils sont proches de la visioconférence classique mais leur intérêt majeur réside dans le fait que la mise en scène est beaucoup plus proche de la réalité (taille réelle de la personne, éclairage soigné...).

II. Etat des lieux de la scolarisation des élèves malades ou accidentés en France

« Ce dispositif est chargé d'assurer un accompagnement pédagogique à domicile, en établissement de santé, à l'école, ou si nécessaire, dans un lieu public de proximité où l'élève est capable de bénéficier d'un apprentissage (par exemple à la médiathèque ou à la mairie). » (Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, 2020, BO n°32 du 27 août 2020. Circulaire du 3-8-2020. Ecole Inclusive)

En fonction des pathologies, les élèves sont en effet amenés à poursuivre leur scolarité dans des lieux variés, en fonction des besoins identifiés et des modalités choisies pour l'application du dispositif d'accompagnement.

Nous pouvons distinguer trois cas majeurs :

- Les élèves en interruption temporaire de scolarité. Ces élèves ont vécu un accident ou vivent une maladie rendant momentanément impossible la fréquentation de leur école. Le principal enjeu réside alors dans le fait que l'élève suive la même progression que sa classe, dans le but de reprendre sa vie d'élève dans les meilleures conditions possibles une fois l'événement douloureux terminé. Ce type de scolarisation peut donner lieu à une reprise à temps partiel jusqu'à ce que l'élève puisse réintégrer sa classe à temps plein.

- Les élèves partiellement scolarisés en milieu ordinaire. Ce type de dispositif peut avoir diverses origines, ne permettant pas à l'élève une scolarisation ordinaire à temps plein : maladie chronique, troubles psychiques, trouble du spectre autistique et troubles envahissants du développement, hyperactivité, lourdeur de soins médicaux dus à l'état de santé physique ou mental, fatigabilité... La scolarité est alors partagée entre milieu ordinaire et milieu associé aux soins (domicile, hôpital, IME, ITEP, CMPP,...).

- Les élèves scolarisés à temps plein à l'hôpital ou à domicile. Ces élèves vivent avec une maladie ou un handicap rendant impossible une scolarisation ordinaire et incertaine une possibilité de retour en classe (grave maladie invalidante). L'enjeu, institutionnellement, est de proposer à ces élèves une école suivant les programmes de l'Education Nationale, en lien avec leur école ordinaire, dans l'espoir de les voir aller ou retourner en classe avec ses pairs.

Ce mémoire s'intéressera plus spécifiquement à cette catégorie d'élèves, scolarisés à temps plein au sein de l'hôpital ou à domicile, atteints de maladies somatiques graves (cancérologie, cardiologie, hémato-oncologie, réadaptation fonctionnelle, endocrinologie, néphrologie...).

III. Les spécificités espace-temps liées à l'enseignement à l'hôpital

Il faut garder à l'esprit que les aménagements éducatifs varient d'un hôpital à un autre : des salles dédiées à l'école existent ou non, elles sont parfois isolées en fonction des services pédiatriques ou au contraire réunies pour former un « pôle pédagogique ». Ces salles peuvent également ne pas être spécifiques à la classe, mais le siège de diverses activités (activités de loisirs, interventions d'artistes pour présenter un spectacle ou parfois de professionnels de santé pour un soin...). Elles sont parfois aménagées en de réelles salles de classe, avec les repères physiques habituels aux élèves (tableau, pendules, tables, casiers...).

Dans certains cas, l'enseignant se déplace au chevet de l'élève, comme c'est le cas quand l'enfant-patient est en chambre stérile par exemple, ou quand l'hôpital ne dispose pas de salle dédiée à

l'école. La chambre devient alors l'espace de vie, de soin et scolaire de l'enfant. L'enseignant s'y rend avec son matériel pédagogique, l'enjeu étant d'essayer de créer un espace scolaire identifiable.

L'espace n'est cependant pas le seul facteur qui différencie l'école à l'hôpital de l'école ordinaire. Le temps y est en effet très différent. Selon les textes, l'accompagnement pédagogique individuel n'excède pas six heures hebdomadaires. Cependant ce temps rythme un quotidien interrompu par des soins, la fatigue, la douleur. Les horaires de classe et la durée des séances ne peuvent ainsi pas être identifiés car ils dépendent d'une multitude de facteurs : le temps dédié aux soins, les soins urgents, l'état de santé de l'élève, les contraintes d'organisation de l'hôpital,...

IV. Conséquences de l'apparition de la maladie

« Toute maladie a une dimension somatique et psychique. La dimension somatique est celle de l'organe malade qu'il va falloir traiter, soigner, réparer, rééduquer. La dimension psychique est celle du sens de cette maladie dans la vie de l'enfant et celle des résonances qu'elle entraîne dans son entourage. » (Bourdon, P., Negui, M., Romano, H. & Roy, J., 2007, p.183)

A. Conséquences corporelles et image du corps

La survenue d'une maladie ou d'un accident laisse place à des modifications plus ou moins importantes, douloureuses ou rapides sur le corps d'un enfant : alopecie ou prise de poids rapide dues à un traitement, fonte musculaire, amputation... Le corps devient menaçant car étranger à l'enfant. Cela nous renvoie au concept d'image du corps, qui nous permettra d'étayer ce propos. Pour cela, l'image du corps sera envisagée d'un point de vue psychanalytique à travers les études de Lacan, et psychomotricienne grâce à la définition d'Eric W. Pireyre (2015).

Juan-David Nasio (2013), dans son ouvrage *Mon corps et ses images*, développe le concept d'image du corps en psychanalyse, et plus précisément de triple image du corps, tirant son origine des travaux de Lacan (1953), notamment de sa conférence de 1953 *Le symbolique, l'imaginaire et le réel*. L'image du corps se diviserait ainsi de cette manière :

- le corps réel qui désigne le corps tel qu'il est, avec ses caractéristiques propres, déterminées par la génétique.
- le corps imaginaire pourrait se définir comme l'image du corps, vu dans un miroir. C'est ce que Lacan nomme « l'image spéculaire », qui apparaîtrait chez l'enfant lors du « stade du miroir », entre le sixième et le dix-huitième mois de sa vie. L'enfant prend alors conscience de son corps,

le différencie des autres, ce qui est une étape importante dans la construction du sujet, la création du « moi ».

« Les coordonnées du corps réel se sédimentent, alors, dans une image, une enveloppe identificatoire. Elles ne participent plus d'une simple énumération de caractéristiques corporelles (corps réel), mais incluent leur capture dans ce jeu d'identification et de représentation auprès de l'Autre, quand le corps se décante comme objet du regard. » (Leon, 2013, p.452)

- le corps symbolique ou signifiant, désigne l'ensemble des signifiants d'un individu, essentiellement constitués par le langage. C'est donc l'ensemble des paroles, des discours transmis au sujet ou qu'il prononce, s'inscrivant dans son corps et dans son inconscient.

Selon la définition psychanalytique, on comprend que les modifications physiques du corps de l'enfant malade ainsi que la douleur chronique que ce corps subit entraînent une perturbation de l'image du corps réel (dans la perception de son corps en mouvement, la kinesthésie et la proprioception), du corps imaginaire (modification de l'image de son corps) et le corps symbolique (discours relatifs au corps relevant d'un champ lexical médical).

Eric W. Pireyre (2015), psychomotricien, se base sur la clinique psychomotrice pour théoriser une image du corps composite (neuf sous-systèmes) : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale ou sensorialité, les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles.

La douleur et les modifications corporelles vont créer des failles dans certains de ces sous-systèmes, notamment dans les suivants :

- la continuité d'existence : le corps, un peu dépossédé, devenu un objet de soins, crée une inquiétude remettant en cause le fait qu'il va continuer d'exister, à l'identique, dans l'instant suivant.
- L'identité : le corps devient étranger par l'image qu'il renvoie, menaçant par la douleur qu'il engendre.
- L'intérieur du corps, alors inconnu de l'enfant, mystérieux, presque inconscient, se manifeste à lui au travers de sensations douloureuses.
- La communication corporelle est également modifiée suite aux changements physiques et à la douleur chronique : la posture, le regard, les mimiques, les gestes et les déplacements...

Cette modification du rapport au corps et à son image peut ainsi engendrer différents troubles pouvant atteindre l'enfant dans son développement psycho-affectif.

B. Conséquences psychiques : rupture temporelle et confrontation à la mort

L'annonce d'une maladie ou la survenue d'un accident va également bouleverser les perspectives temporelles de l'enfant.

Jean Chesneaux (2004) aborde cinq propositions pour appréhender le temps. Retenons deux d'entre elles :

- « L'articulation entre les trois « moments » du temps présent, passé, futur forme l'axe fondateur de l'être-au-monde des humains ». Bien avant son ancrage représentatif établi au moyen du langage (présent, passé, futur), l'enfant élabore la notion de temporalité et de relation entre les trois instances du temps grâce à son activité et à ses premières expériences personnelles, (la tétée, le sommeil, les comportements répétitifs, les repas, les rituels...). Lors de la survenue de la maladie ou de l'accident, l'enfant est brutalement arrêté dans cette continuité. La réorganisation de sa vie s'accompagne ainsi d'une rupture temporelle.

- « Le temps collectif de l'être-en-société et le temps personnel du moi sont homo logiques ; si singulier que soit le temps personnel, il s'organise en fonction de références et de rythmes qui sont comparables à ceux du temps social ». Le temps personnel de l'enfant existe donc en interaction avec le temps collectif : sa famille, son école, son village... Le temps personnel n'existe pas sans le temps social, et le temps social n'existe pas sans l'ensemble des temps personnels. Or, lors de son hospitalisation à l'hôpital ou à domicile, la temporalité de l'enfant va accueillir une autre temporalité qui est celle propre à la maladie : soins, hospitalisations, traitements... La rupture temporelle réside donc dans le fait que l'enfant connaît une perturbation dans son temps social.

Hormis cette modification du rapport au temps, il semble nécessaire d'interroger, en cas de maladie grave, les potentielles conséquences psychiques liées à la confrontation de l'enfant à la mort. Dans *L'interprétation du rêve*, Sigmund Freud (cité par Danièle Brun, 2007) montre la facilité des enfants à évoquer la mort, et leur incompréhension face à son caractère définitif. Parmi les exemples étayant ce propos, on compte les enfants souhaitant la mort de leur frère ou de leur sœur, ou jouant de ce mot pour menacer d'autres enfants, ou encore un enfant de 10 ans comprenant que son père est mort mais ne comprenant pas pourquoi il ne rentre pas dîner :

« Un enfant de huit ans, que l'on a conduit au musée d'histoire naturelle, peut encore dire à sa mère : "Maman, je t'aime tellement que, si tu venais à mourir, je te ferais empailler et je te mettrais dans ma chambre de manière à te voir tout le temps." Tant l'enfant se représente peu la mort comme nous. » Cette phrase, dans L'interprétation des rêves, est suivie d'une note de bas de page, dans laquelle Freud raconte qu'à sa stupéfaction, un enfant de 10 ans, très intelligent, dont le père venait de mourir subitement, lui fit cette remarque : « Je

comprends bien que mon père est mort, mais je ne peux pas comprendre pourquoi il ne rentre pas pour dîner. » (D.Brun, 2007,p.36).

Les conséquences psychiques de la confrontation à la mort résident donc moins dans la relation personnelle de l'enfant avec celle-ci que dans celle que l'entourage de l'enfant entretient. Les réactions psychiques de ces adultes entourant l'enfant et face à l'annonce de sa maladie sont complexes et pourraient être le sujet d'une autre étude. Nous nous limiterons donc à affirmer que l'adulte ayant un rapport à la mort différent, de par la conscience de son irréversibilité et de ses représentations (allégorie, néant, froid de la tombe, mythes...) réagit différemment de l'enfant. Cela peut conduire l'adulte à des angoisses, des dépressions, ou toutes autres réactions pouvant faire ressentir à l'enfant un changement de regard, de comportement de la part des adultes l'entourant mais également de la part de sa fratrie (jalousie,...).

L'enfant comprend que l'évocation de sa mort est source de gêne, d'angoisses, et peut ainsi se replier sur lui-même, ne pas oser parler de peur de peiner son entourage, avoir un sentiment de solitude...autant de réactions pouvant atteindre son développement psycho-affectif.

C. Conséquences sociales

La survenue d'une maladie ou d'un accident va également être synonyme de rupture sociale pour l'enfant-élève. Cette rupture réside non seulement dans l'éloignement du lieu de scolarisation, sa potentielle stigmatisation, mais également dans la relation avec ses pairs. L'enfant, en effet, peut modifier sa vie sociale par peur de la confrontation au regard de l'Autre (liée à la modification de son propre rapport à son corps), par la limitation de ses déplacements...

La réadaptation sociale, la reconstruction de liens, apparaissent alors nécessaires, d'autant plus si l'on se réfère à la thèse d'une origine sociale des processus mentaux et psychiques, soutenue par deux perspectives : l'une socioconstructiviste et l'autre clinique.

Les travaux de 1934 de Vygotski puis de ses successeurs s'inscrivent dans la perspective socioconstructiviste et soutiennent le fait que « l'ensemble des fonctions psychiques supérieures sont issues de la transformation de processus sociaux (interpersonnels) en processus cognitifs (intrapersonnels). » Ainsi, l'élève éloigné de son « groupe » aurait du mal à construire ses apprentissages et à progresser : le groupe est à reconstruire.

La perspective clinique, elle, est inspirée des travaux de Sigmund Freud de 1921, distingue le groupe d'appartenance primaire dans lequel l'enfant prend naissance, du groupe d'appartenance secondaire dans lequel l'enfant intériorisera une culture, des normes, des valeurs.

Dans le premier groupe, l'enfant construit la base du « Je ». Dans le second, il fait exister le « Je » au sein d'un groupe, par rapport à l'Autre. L'identité apparaît ainsi comme individuelle et collective. Dans le cas d'une rupture du lien social, l'identité peut alors être bouleversée :

« La littérature montre que l'impact d'une maladie grave sur le développement psychosocial de l'enfant prend plusieurs formes qui, en se conjuguant, peuvent conduire à un retard dans le développement social et émotionnel. Faisant irruption dans le déroulement d'une vie, la maladie grave de l'enfant ou de l'adolescent, en confrontant le sujet à un contexte inédit, bouleverse en profondeur ses repères internes et externes, et provoque des modifications importantes de sa subjectivité, dans le sens de la perte mais aussi de la créativité (Toubert, 2016). Les centres d'intérêt se modifient, la curiosité semble parfois se restreindre ou au contraire se développer autour de nouveaux objets. » (Toubert-Duffort, D., 2017, p.91).

L'enjeu sera alors pour l'élève de parvenir à reconstruire le lien social, à réactiver les processus de socialisation secondaire en côtoyant des *milieux locaux et fonctionnels* (H.Wallon, 1959) permettant la rencontre de l'Autre et l'activité.

D. Conséquences cognitives : la modification du rapport au savoir

« Le rapport au savoir, ce n'est pas le savoir, c'est l'ensemble des relations affectives, cognitives et pratiques qu'un sujet entretient aux savoirs et à l'apprendre » (Perrenoud, 2003, p.15)

La rupture cognitive que représente la survenue d'une maladie ou d'un accident est liée au bouleversement dans ce rapport au savoir. Une enquête qualitative menée par P.Bourdon, H.Romano, J.Roy et M.Negui (2007, pp.180-182) auprès d'élèves malades et/ou accidentés a questionné l'éventuelle spécificité du rapport au savoir qu'ils entretenaient. Plusieurs indicateurs ont été retenus :

- La durée de l'aide pédagogique et de l'immobilisation :
 - Durée inférieure à un mois : les savoirs évoqués sont génériques, « l'absence scolaire et le caractère souvent bénin de la maladie (chirurgie, fracture, grippe...) ne modifie pas ou peu ni les mobiles d'apprendre, ni le rapport aux savoirs ».
 - Durée d'un mois ou plus :
 - Certains élèves évoquent la volonté d'une continuité pédagogique, de ré-ancrage dans l'institution scolaire, dans une logique de professionnalisation. Les savoirs évoqués sont en lien avec les disciplines scolaires.

- Certains, atteints de maladies graves en général, n'évoquent pas des savoirs en lien avec les disciplines scolaires mais des savoirs plus philosophiques, métaphysiques : « réussir sa vie », « vivre comme les autres », « avoir appris la vie, à construire sa vie « car elle est courte » ».
- D'autres élèves évoquent enfin des savoirs liés à l'expérience : monde médical, « apprentissage de la *souffrance* », « de la capacité à *se battre* »...

- Le type de pathologies :

- Maladies chroniques : les élèves évoquent des savoirs scolaires, « de base, génériques ou disciplinaires ».
- Cancer ou leucémie : les élèves n'évoquent pas de savoirs précis, explicitement. « L'utilisation fréquente de verbe marquant une temporalité (*construire, rattraper, continuer...*) » est mentionnée par les auteurs.
- Accidents traumatiques ou chirurgie : les élèves se situent à mi-chemin entre les deux autres types de pathologies. Les savoirs évoqués sont centrés sur l'institution scolaire mais la question de la temporalité est évoquée.

Cette étude nous permet de conclure que la maladie ou l'accident, selon ses caractéristiques, peut engendrer des mobilisations spécifiques à l'élève sur l'acte d'apprendre.

V. L'enjeu de rester élève

Au vu de ces éléments, l'enjeu de rester élève apparaît clair.

Pour revenir aux conséquences corporelles de l'apparition de la maladie, le corps de l'enfant se retrouve donc envahi d'exams, de prélèvements, sollicité pour des hospitalisations, des consultations, et donc considéré comme un corps malade. Il est difficile pour l'entourage de considérer l'enfant, à ce moment, autrement que ce corps souffrant. Or, l'école peut jouer ce rôle de repositionnement du patient en temps qu'enfant, puis d'enfant en temps qu'élève. Elle peut permettre le décroisement de l'hôpital, la création d'un espace humain extérieur au monde médical.

L'école peut également apporter une réponse à la conséquence psychique de rupture temporelle, en créant sa propre temporalité, parallèle mais différente de celle de l'hôpital. Cette temporalité se voudrait rassurante, réconfortante, ritualisée, pour permettre à l'élève hospitalisé de reconstruire ses repères temporels.

Les conséquences sociales de l'apparition de la maladie pourraient également être atténuées par la scolarisation de l'enfant à l'hôpital, en proposant des situations reconstruisant le lien social,

en créant un espace groupal d'étayage, de médiation, et en maintenant également le lien avec la classe de scolarisation ordinaire de l'élève.

Enfin, l'école pour les enfants malades et/ou accidentés peut permettre à l'élève de satisfaire son désir d'apprendre suite à une évolution potentielle de son rapport au savoir.

L'enjeu de rester élève résiderait enfin dans la continuité des apprentissages en vue d'une réintégration potentielle en milieu ordinaire.

L'Ecole à l'hôpital ou à domicile ne se résume ainsi pas à un projet scolaire pour l'élève, mais un véritable projet de vie pour l'enfant-élève-patient.

La scolarisation de ce dernier semble pouvoir favoriser un développement psycho-socio-affectif souffrant moins des conséquences évoquées auparavant, et pourrait peut-être même être un facteur lui permettant de tirer profit de la situation douloureuse pour « dépasser » le traumatisme.

PARTIE II : Cadre de référence

I. La résilience

A. Une définition complexe liée à des cadres théoriques multiples

« La principale difficulté dans la compréhension de ce concept réside dans le fait qu'il existe à peu près autant de définitions qu'il y a d'auteurs qui se prononcent sur ce sujet, avec des cadres idéologiques d'obédience comportementaliste, cognitiviste, socioconstructiviste ou psychanalytique. » (Terrisse, B., Kalubi, J. & Larivée, S., 2007, p.12)

La résilience est en effet un concept complexe, dont la définition a évolué au fil du temps pour arriver aujourd'hui à un terme polysémique et une notion transdisciplinaire dont nous allons tenter de tracer les contours.

E. James Anthony définit la résilience, en 1987, comme une capacité naturelle qu'auraient certains individus à résister à des facteurs de stress, à outrepasser des difficultés liées à des conditions défavorables. A travers sa métaphore des trois poupées en 1974, empruntée à Jacques May, (chacun s'exprime différemment en réponse à une perturbation identique, à l'image de trois poupées (verre, chiffon et cire) frappées avec un marteau), il assimile la résilience à une sorte d'invincibilité définie à la naissance :

« As in much research, it took time and effort to establish the truism that people are different and react differently to seemingly similar events, and that the differences are located in the apperceptive mechanisms, the biological makeup, and the psychosocial setting. [...]

In another work (Anthony, 1974a), [...] I have used the analogy of three dolls made of glass, plastic and steel and exposed to the same risk, the blow of a hammer. The first doll breaks down completely, the second shows a dent that it carries permanently, and the third doll gives out a fine mettalic sound. » (Anthony, E.J., 1987, p.4, p.10)

Traduction française : *« Comme dans de nombreuses recherches, il a fallu du temps et des efforts pour établir le truisme selon lequel les gens sont différents et réagissent différemment à des événements apparemment similaires, et que les différences se situent dans les mécanismes d'aperception, la composition biologique et le cadre psychosocial. [...] Dans un autre ouvrage (Anthony, 1974a), [...] j'ai utilisé l'analogie de trois poupées en verre, en plastique et en acier et exposées au même risque, le coup de marteau. La première poupée se décompose complètement, la deuxième montre une bosse qu'elle porte en permanence, et la troisième poupée émet un beau son métallique. »*

Cela éloigne le mot de sa signification première, liée aux sciences physiques et synonyme de plasticité. Les sciences humaines nous apprennent que la résilience n'est en effet pas un caractère inné mais qu'elle dépend de « paramètres » personnels et environnementaux permettant à un individu de devenir résilient à un facteur.

Ainsi, le concept de résilience s'est inscrit dans les différents paradigmes béhavioral, cognitiviste et socioconstructiviste.

La perspective béhaviorale supposant d'abord que l'exposition à des facteurs de risque permettait d'anticiper la probabilité d'apparition de conduites pathologiques (Coleman, 1992), la réponse cognitiviste a été qu'une observation de l'exposition et des réactions des individus face à des facteurs de risques et de protection permettait de reconnaître des capacités de résilience. Enfin, dans une perspective socioconstructiviste, la résilience peut être considérée comme une résultante de l'acquisition d'apprentissages spécifiques réalisés en contexte social.

Le construit de résilience a donc évolué depuis son apparition. Chaque discipline se l'étant approprié, il en ressort un terme hyperonymique reposant sur une multitude de pistes théoriques.

Nous citerons tout d'abord des concepts psychanalytiques comme la capacité de rêverie maternelle et la transitionnalité.

La *capacité de rêverie maternelle*, proposée par W.R. Bion (1979) et désignée par « fonction alpha » par lui, consiste pour la mère à prêter à son enfant son « *appareil à penser les pensées* » (W.R. Bion cité par B.Golse, 2019, p.139), c'est-à-dire « *son appareil à rendre pensables par l'enfant ses premières pensées impensables par lui tout seul* » (B.Golse, 2019, p.139).

En postulant que la résilience se base sur ce concept, une insuffisance d'intériorisation de « capacité de rêverie maternelle » serait à l'origine de difficultés à affronter d'éventuels événements traumatiques futurs.

La malléabilité est un concept développé par Marion Milner et reposant sur les travaux de Winnicott sur la transitionnalité (datant du début des années 1950). Cette dernière est la transition effectuée par un enfant quand il se dégage de l'objet primaire (qui rejoint la notion de mère), en créant, inventant d'autres objets. Marion Milner ajoute la dimension de la « séparabilité » qui donnerait à l'enfant la possibilité de la « différenciation extra-psychique » et du « dégageant intersubjectif » (B.Golse, 2019, p.141).

Un adulte ayant des qualités permettant de faciliter cette séparabilité permettrait ainsi à un enfant d'acquérir une sécurité, qui peut-être considéré comme un facteur de résilience.

La résilience puise également ses sources dans la psychologie du développement et la clinique développementale, notamment à travers la théorie de l'attachement de J.Bowlby.

Développée en 1958, cette théorie permet de comprendre les bases relationnelles d'un individu selon la relation d'attachement, « le lien émotionnel spécifique » (S.Tereno, 2007) qu'il va entretenir avec son *caregiver* durant sa première année de vie.

Parmi les systèmes comportementaux orientant le bébé vers sa figure d'attachement, on compte son orientation et ses comportements de proximité, la succion, l'acte d'attraper, de pleurer et de sourire (signaux). L'attachement se déroulerait en quatre phases (Bowlby, cité par S.Tereno, 2007, p.154) : de 8 à 12 semaines, une « *orientation et des signaux avec une discrimination limitée des figures* » ; de 12 à 24 semaines, une « *orientation et des signaux dirigés vers une (ou plusieurs) figures différenciées* » ; de 6 à 36 mois, un « *maintien de la proximité avec une figure différenciée par locomotion et autres signaux* » ; enfin, après 36 mois, la « *formation d'un partenariat réciproque corrigé quant au but* ».

En fonction des réponses de la figure d'attachement, de sa disponibilité, l'enfant va se sentir plus ou moins en sécurité et son exploration du monde va dépendre de la qualité de cet attachement.

Mary Ainsworth, dans les années 1970, se base sur cette théorie de l'attachement pour une étude clinique longitudinale reposant sur le paradigme expérimental de la *Situation Etrange*. Cette situation repose sur l'observation des réactions d'un enfant lors de séparations et de retrouvailles entre sa figure d'attachement et lui, et lors de l'introduction d'une personne étrangère à l'enfant. Cela entraîne le classement de type d'attachements en fonction des réponses de l'enfant, des

interactions entre l'enfant et le caregiver (secure, insecure évitant, insécure ambivalent ou résistant ou désorganisé/désorienté). Un attachement secure est synonyme de confiance et d'exploration.

« Un attachement secure ne garantit pas le bien-être, mais il augmente la résistance au stress et promeut la résilience (Pianta, Egeland et Soufre, 1990) » (Pianta, Egeland & Soufre cités par S.Tereno, 2007).

La qualité des schémas d'attachement précoces va en effet aller dans le sens d'un « facteur de protection » de résilience.

D'ailleurs, en lien avec le domaine cognitif, certains travaux sur le « coping » (R.S. Lazarus & S. Folkman ; G.Spangler & K.E.Grossmann ; N.Guedeney & A.Guedeney, cités par S.Tisseron), qui ont pour objectif de distinguer des modes d'adaptation au stress, ont démontré qu'un style d'attachement insecure constituait un facteur de risque (adaptation moins efficace). En revanche, un attachement secure permettrait une meilleure réaction aux situations de stress. Dans cette perspective cognitive, la résilience, consisterait ainsi à profiter d'une situation stressante pour accroître certaines compétences, par l'appropriation du stress.

« Plusieurs études sont venues confirmer les liens existants entre la capacité de résister aux traumatismes et l'attachement. Tout d'abord, celui-ci joue un rôle important comme régulateur dans l'harmonisation émotionnelle entre mère et enfant, notamment en cas de stress. Il est en outre un élément clé de l'équilibre psychosomatique. Les enfants qui ont un attachement sécurisé sont les moins stressés en cas de séparation bien que ce soient eux qui protestent le plus. Les enfants évitants qui ont l'air indifférent montrent en revanche un niveau élevé de stress. Enfin, les enfants qui ont des manifestations de désorganisation sont les plus stressés (G. Spangler, K.E. Grossmann, 1993). » (Cités par S.Tisseron, 2017, p.28)

« Il a en effet été prouvé que la qualité des expériences d'attachement n'améliore pas seulement la régulation physiologique et le développement des structures neurologiques, mais qu'elle augmente aussi la capacité de pouvoir interpréter correctement ses émotions et celles des autres. Il en résulte une capacité plus grande à faire face aux traumatismes, tant physiques que psychologiques. En outre, ce processus est en remaniement permanent sous l'effet des expériences nouvelles d'attachement et/ou de mentalisation réussie (N. Guedeney, A. Guedeney, 2002). » (Cités par S.Tisseron, 2017, p.27)

Des études se sont également portées sur le rapport plus spécifique liant l'enfant à des professionnels de l'enfance (V.Mistycki, N.Guedeney, 2007). L'enfant peut en effet développer des relations d'attachement avec plusieurs adultes différents : « le lien d'attachement serait orienté soit du sujet le plus vulnérable à celui qui serait en mesure de le protéger, soit l'inverse » (Mayaux,

F., Derivois, D. & Viodé, C., 2019). Ce comportement de soin envers un enfant relève du modèle du *caregiving* :

« *We propose, therefore, that another important step in defining the caregiving system is to examine the interaction between the parents' caregiving system and other behavioral systems that may compete with providing care for any particular child (Bowlby, 1969/1982 ; Solomon & George, 1996a ; Stevenson-Hinde, 1994).* » (cités par George, C., Solomon, J., 2008)

Traduction française : « Nous proposons, par conséquent, qu'une autre étape importante dans la définition du système de *caregiving* est d'examiner les interactions entre le système de *caregiving* des parents et d'autres systèmes comportementaux qui pourraient entrer en compétition dans le *care* prodigué à un enfant ».

Selon Howes (1999, cité par Mayaux, F., Derivois, D. & Viodé, C., 2019), une personne peut faire office de figure d'attachement alternative en remplissant trois fonctions principales :

« *Il s'agirait d'une personne prenant soin émotionnellement et physiquement de l'enfant, l'investissant affectivement et qui serait présente de manière importante et régulière dans sa vie* » (Mayaux, F., Derivois, D. & Viodé, C., 2019)

Cela peut donc s'adapter à la relation patient-soignant.

« *Le thérapeute doit construire une alliance thérapeutique avec son patient en jouant le rôle d'une figure d'attachement « sécurisante ». Dans la perspective de la théorie de l'attachement, le processus de thérapie va requérir la provision par le thérapeute d'une base de sécurité suffisamment rassurante pour permettre ensuite l'exploration par le sujet de son monde interne (Holmes, 1993). [...] La relation « sécurisée » avec le thérapeute favorise l'autonomie ultérieure du sujet par rapport au processus thérapeutique.* » (Mistycki, V. & Guedeney, N., 2007)

Cela nous amène à questionner l'essence de la relation patient-élève/enseignant, et la manière dont cette relation peut devenir un « facteur de protection » de la résilience. L'enseignant prendrait alors, en devenant une figure d'attachement alternative, ce que Boris Cyrulnik (2007) nomme un « tuteur de résilience ».

Enfin, la résilience peut également puiser ses sources au croisement de la psychologie du développement moral, de l'éthique et de la sociologie, à travers les études sur l'éthique du *care*, éthique oscillant entre disposition morale et pratique sociale et puisant son origine dans une étude publiée par Carol Gilligan en 1982.

Tronto (2008, pp.248-250) distingue quatre phases du care :

- « *Caring about* » : se soucier de
- « *Taking care of* » : prendre en charge
- « *Care giving* » : prendre soin
- « *Care receiving* » : recevoir le soin

Dans notre cas, cette éthique adaptée à la posture éducative des enseignant(e)s renverrait à une pédagogie bienveillante, soutenue par les cadres déontologiques d'E.Prairat (2016) et de Roux-Lafay (2016).

« La vertu de sollicitude appelée aussi « bienveillance » consiste à « prendre soin d'autrui ». Le bienveillant veille. La vertu de tact, très présente au cœur de l'éthique médicale est paradoxalement absente du monde de l'enseignement. » (Prairat, E., 2016)

« Ce regard susceptible de (...) faire exister [l'élève] tout en prenant acte de sa vulnérabilité constitutive relève bien d'une éthique du care. » (Roux-Lafay, C., 2016)

Si on adapte cette éthique à un milieu pédagogique hospitalier, la création d'une relation de confiance, d'empathie, de soin permettrait de guider l'action pédagogique pour l'adapter en fonction des besoins des enfants. Cela sous-entend une « dimension psychologique implicite » dans le travail de l'enseignant(e) :

*« Dans un contexte hospitalier, cela devient particulièrement évident : si les relations entre l'enseignant et l'élève ne sont pas établies à partir d'un **ordre psychologique approprié**, elles peuvent violer les libertés et les droits de l'élève hospitalisé et susciter la gêne du personnel enseignant de l'hôpital. **Promouvoir le soin de soi et des autres exige donc que les enseignants révisent leur conception de leur enseignement, de l'identité des élèves hospitalisés et qu'ils réexaminent de manière critique le type de relations établies en classe et en dehors de celle-ci à l'hôpital, ainsi que la façon dont ils en parlent. Pour cela, il est nécessaire que le personnel enseignant hospitalier ait clairement défini les objectifs de sa pratique pédagogique et qu'il ait acquis une certaine confiance en ses capacités pédagogiques pour les atteindre.** » (Garcia, A., 2020, p.11)*

Dans cette dimension morale et éthique, une « *attitude pédagogique ancrée dans l'admiration, le respect et l'amour* » (Garcia, A., 2020, p.15) devient un facteur de protection de résilience, car elle permet « *d'introduire des facteurs subjectifs liés au sentiment de bien-être de l'élève hospitalisé* » (Garcia, A., 2020, p.15)

Suite à la présentation de différents cadres théoriques dans lesquels s'inscrit la résilience, nous retiendrons de celle-ci qu'elle est une « *capacité d'atteindre ou [une] atteinte d'une adaptation*

fonctionnelle malgré des circonstances adverses, capacité résultant de l'intégration d'apprentissages spécifiques réalisés dans un contexte d'interactions sociales, dans la mesure où l'individu a été exposé à des facteurs de risque et à des facteurs de protection » (Terrisse B., Lefebvre, M-L., 2007). La résilience engage des facteurs internes (génétiques, cognitifs et comportementaux), tel que la qualité de l'attachement précoce, et externes (environnementaux). Les facteurs exogènes nous intéresseront particulièrement dans notre contexte, à savoir des facteurs de protection extrafamiliaux, liés à la société et à la culture : la construction de la relation avec l'enseignant(e) et l'importance du lien social : « Une façon particulièrement efficace d'augmenter sa résilience consiste à renforcer ses liens sociaux, parce qu'ils permettent d'atténuer les réactions biologiques au stress et d'affronter les situations difficiles » (S.Tisseron, 2017, p.64).

B. Ce que la résilience apporte

Face à la polysémie du terme de « résilience » et son application dans de nombreux domaines, la pertinence de son choix pourrait être remise en cause.

Deux facteurs principaux viennent clarifier la décision de s'appuyer sur cette notion dont la scientificité reste à approfondir :

- Le « petit plus » de la résilience : la spécificité de la résilience, par rapport à la théorie de l'attachement, résiderait dans le fait que les événements traumatiques rencontrés vont permettre un réaménagement des schémas d'attachement primaire, et par exemple permettre à une personne « insecure », selon le modèle d'Ainsworth, de devenir « secure », grâce à différents facteurs. (B.Golse, 2007, p.118).

« Personnellement, je crois que le facteur le plus spécifique – et c'est en quoi la résilience ne peut pas et ne doit pas être reprise sur un plan idéologique et politique –, l'élément qui va permettre le fameux « petit plus » et qui va au-delà de la non-vulnérabilité, c'est la rencontre avec un certain type de travail psychique autour de l'enfant : celui des parents bien sûr, mais aussi celui d'autres intervenants.

Dans un article du Nouvel Observateur ¹, Boris Cyrulnik souligne l'importance des poly-attachements et de la culture. La culture, ce sont les effets de rencontre avec le travail psychique des autres qui peuvent aider justement l'enfant à rentrer dans une dynamique d'après-coup fructueuse et non pas destructrice » (B.Golse, 2007, p.121).

¹ N°2187, semaine du jeudi 5 octobre 2006. En couverture Boris Cyrulnik, Apprendre à être heureux...

Ce sont donc les caractéristiques de la rencontre avec l'intervenant que représente l'enseignant dans un contexte de soin qui nous intéressent, car elles font partie des facteurs conditionnant la résilience.

- La vulgarisation scientifique portée par Boris Cyrulnik rend le terme de « résilience » plus accessible au sens commun. Dans les entretiens qui suivront, la notion de *tuteur de résilience* nous a semblé plus parlante que celle de *caregiver* ou de *figure d'attachement secondaire*, bien que moins scientifique.

II. Apprendre à l'hôpital : pratiques pédagogiques

A. « Qu'est-ce qu'apprendre ? »

Perrenoud (2003), dans *Qu'est ce qu'apprendre*, définit l'acte d'apprendre en le déclinant en plusieurs catégories : apprendre c'est désirer, persévérer, construire, interagir, prendre des risques, exercer un métier et mobiliser et faire évoluer un rapport au savoir.

L'enfant bénéficiant d'un APADHE, de par l'isolement de sa classe et la modification brutale de son rapport au savoir (modification de centres d'intérêts, perte ou déplacement de la curiosité), perdrait selon cette définition des composantes essentielles de l'acte d'apprendre.

L'enjeu pour l'enseignant, au-delà de sa bienveillance, serait donc de proposer des situations interactives, actives, coopératives et conflictuelles (confrontation de points de vue), pour redonner vie à la dimension sociale de l'apprentissage.

L'enseignant doit également réactiver ou activer le désir d'apprendre, parfois susciter l'évolution du rapport au savoir.

« Dans le contexte d'une structure médicalisée qui développe une logique de prise en charge, essentiellement individuelle et rééducative, la pratique de l'enseignement est ainsi guidée par un double objectif : réintroduire la dimension sociale dans l'acte d'apprendre, et créer les conditions favorables pour permettre à l'enfant malade d'éprouver le plaisir d'une pensée autonome, malgré les contraintes liées à son état de santé et en dépit du contexte traumatogène » (Toubert-Duffort, D., 2017)

B. De l'importance du groupe, du rêve, de l'imagination : exemples de pratiques

« Nous avons analysé comment, malgré le contexte de la maladie et de l'hospitalisation, les situations d'apprentissage entre pairs, en particulier celles favorisant les échanges de

points de vue, permettaient cependant aux jeunes d'imaginer des transactions et des aménagements de façon à se désencombrer de ce qui est venu se sur-imprimer de l'extérieur, et favorisaient un processus de subjectivation ou d'affirmation de soi. » (Bourdon, P. & Toubert-Duffort, D., 2017)

En tant qu'enseignant, pour favoriser la résilience des élèves par la reconstruction de leur lien social et l'intensification de leur désir d'apprendre, la question se pose des situations pédagogiques à mettre en place, ces situations permettant d'apprendre en groupe et apprendre du groupe. Certaines études, certains témoignages permettent la concrétisation des mots précédemment évoqués, de penser une application à la théorie.

L'atelier « Si on rêvait » consiste à utiliser des photographies invitant au rêve comme médiateurs. La photographie choisie par l'enfant devient peu à peu image, puis l'image rêverie, la rêverie récit, le récit écriture et l'écriture laisse enfin place à la communication.

Jacques Lévine, d'après Voisin (2013, p.158), « *joua le rôle de passeur en découvrant dans les textes d'enfants des lignes de force et de revitalisation, et l'enseignant se reconnaissait un rôle d'accompagnant.* » Selon Jacques Lévine (2013, p.159), « *dans le fond, ce que la photo et celui qui la présente souhaitent, c'est que l'enfant y puise de quoi **reconstituer son capital d'envie de vivre.*** ».

Ainsi, en prenant le temps de rêver, d'écrire, d'échanger, l'enfant retrouve sa posture d'élève, se désencombre de potentielles angoisses, découvrent un « *savoir existentiel* » (H.Voisin, 2013, p.166), qui se découvre dans leur texte.

Bataille (2017) s'intéresse aux pratiques théâtrales en milieu hospitalier. La pratique théâtrale est une expérience sociale permettant à l'élève d'apprendre avec les autres et par les autres. Le sentiment d'appartenance à un groupe autorise l'enfant à « réinvestir [son] identité d'élève ». En devenant personnage, l'élève peut se réinventer, échapper à son quotidien :

« *Au fond, en se libérant de l'identité de malade, on reprend du pouvoir sur soi* » (Bataille, C., 2017, p.113).

A travers ces deux exemples, on comprend que la pédagogie des arts est une des pratiques permettant de reconstruire le lien social et le désir d'apprendre.

« *Quand il semble parfois impossible d'enseigner à des élèves démotivés, épuisés et éloignés des enjeux scolaires parce que centrés sur d'autres problématiques soulevées par l'hospitalisation, la difficulté à percevoir le futur en raison de leur santé, **l'invitation à la démarche artistique reste parfois la seule qu'on puisse risquer.*** » (Bataille, C., 2017, p.121)

PARTIE III : Vers une question de recherche

Au vu de cet état des lieux des conséquences de l'apparition d'une maladie, des caractéristiques de la résilience et de ses concepts scientifiques théoriques sous-jacents, il semble pertinent de se questionner sur la manière dont les enseignants spécialisés de l'école à l'hôpital contribuent à la réparation de ce que la maladie, l'hospitalisation et les soins déstructurent dans la vie d'un enfant.

Cela pose la question de la perception de leur rôle auprès des enfants/élèves, de la potentielle manière dont la pratique pédagogique est adaptée pour faire de leur scolarité à l'hôpital un facteur de résilience. Notre question de recherche sera ainsi la suivante :

Comment les enseignants d'élèves hospitalisés atteints de pathologies somatiques perçoivent-ils leur rôle dans la « résilience » de ces enfants ?

Deux hypothèses se posent alors :

- L'école est pensée comme une école réparatrice, dans laquelle le rôle de l'enseignant va être perçu comme celui d'un « caregiver », ou « tuteur de résilience ». Les actions réalisées par l'enseignant vont dans ce sens : situations qui reconstruisent le lien social (par le travail pédagogique en petits groupes par exemple, pédagogie de projet), ateliers favorisant le rêve et l'imagination, apprentissages en lien avec le quotidien des élèves, pratiques théâtrales...
- L'école est pensée comme une école de relais, une école continuée, dans laquelle le rôle de l'enseignant est surtout celui de continuer les apprentissages et faire le lien avec la classe d'origine.

PARTIE IV : Méthodologie

I. L'entretien de recherche

A. Présentation de l'outil de recherche

Pour répondre à cette problématique, l'opérationnalisation des variables s'effectuera de manière qualitative. Cette démarche permettra d'approcher le sujet de manière exploratoire, avec pour objectif d'analyser, comprendre, expliquer le point de vue des enseignants concernant leur rôle auprès des élèves.

Cet outil de recherche consistera ainsi à l'analyse de propos relevés à partir d'entretiens semi-directifs menés avec différents acteurs (enseignants du dispositif ADAPHE : coordonateurs ou spécialisés).

B. L'entretien semi-directif

Le dispositif de l'entretien semi-directif a été choisi car il a pour objectif de laisser une ouverture à l'interaction.

« Parmi toutes les formes d'entretien qui existent, ce qui caractérise l'entretien d'explicitation est de mettre délibérément en œuvre une dimension non directive et des techniques actives d'intervention délibérée » (Vermersch, P., 2003, p.5)

Pierre Vermersch (2003) souligne l'importance de mêler dans cet entretien d'explicitation « écoute accueillante », n'influençant pas et ne tentant pas d'influencer les propos de la personne interrogée mais aussi une « forme de directivité », permettant de l'aider, de l'accompagner. A cela se rajoutent des questions de relance, des reformulations, qui doivent être anticipées.

Le fait de prévoir ainsi son entretien permet d'éviter certains écueils dans sa réalisation. La directivité et les relances permettent de recentrer le sujet, afin que l'individu interviewé reste dans le « registre de l'action ». L'entretien n'a en effet pas pour objectif de faire un état des lieux de savoirs théoriques, mais « d'accéder au niveau procédural », le « savoir comment ».

II. La préparation des entretiens

A. Préparation

Voici une grille détaillant les questions posées, à destination des enseignants exerçant au sein de l'hôpital, lors des entretiens semi-directifs.

Questions principales	Questions complémentaires/Clarifications	Justification du choix de la question
Considérez-vous que l'enseignant à l'hôpital puisse être un « tuteur de résilience » pour les élèves ?	Pensez-vous que la dimension de « résilience » est une dimension à intégrer dans la pratique enseignante ? Courte définition de la résilience si les enseignants ne sont pas renseignés sur ce terme de « tuteur de résilience ».	Volonté de savoir si les enseignants sont renseignés sur le terme de « résilience », s'ils s'y sont intéressés au cours de leur parcours.
Comment définiriez-vous les	Quel intérêt y a-t-il pour les élèves	L'objectif de cette question est d'obtenir

enjeux principaux d'une scolarisation à l'hôpital ?	de continuer leur scolarisation ? Comment et à quel moment le désir d'apprendre chez l'élève se manifeste-t-il ?	des informations sur la perception des enseignants de(s) (l') objectif(s) principal(aux) d'une scolarisation à l'hôpital : école de relais, école réparatrice ou école de relais permettant la « réparation » ?
Quels types d'activités pédagogiques mettez-vous en place pour mobiliser les élèves, favoriser leur « résilience » ?	Quelles actions mettez-vous en place pour que l'élève rétablisse le lien social ? Comment créer des situations permettant d'apprendre en groupe et d'apprendre du groupe dans le cadre d'un enseignement à l'hôpital ?	Cette question vise à savoir si les enseignants, qu'ils se considèrent ou non comme « tuteur de résilience », privilégient ou pas des dispositifs pédagogiques pouvant être considérés comme facteurs de protection dans le sens où ils vont être orientés vers une reconstruction du lien social, de la confiance en soi, de la communication, vers une invitation au rêve,...
Comment définiriez-vous vos rapports avec les élèves ?	Quelle attitude adoptez-vous face à vos élèves ? Pensez-vous avoir un type de rapport particulier avec l'élève, une « posture » particulière leur permettant de devenir « résilients » ? Quel type de rapport avec l'élève, selon vous, peut-il permettre d'accroître sa mobilisation ?	La manière dont l'enseignant perçoit son rapport avec les élèves hospitalisés est intéressante à interroger : sollicitude, bienveillance, empathie, évocation du <i>care</i> , distance, instauration d'une relation chaleureuse, de confiance, ... Volonté de savoir si les enseignants considèrent le rapport entretenu avec les élèves différent de celui en milieu ordinaire.

B. Public ciblé

Quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des enseignants spécialisés exerçant en CHU, ou coordinateur APADHE. Faute de disponibilité, un des entretiens n'a pas pu avoir lieu et a été remplacé par un questionnaire, moins significatif mais analysable dans une moindre mesure.

VR est un enseignant spécialisé du CHU de Nantes. Il intervient dans les classes auprès des élèves directement à l'hôpital.

SE est l'enseignante coordonatrice du SAPAD de Perpignan. Son rôle est de « gérer » le SAPAD, qui concerne l'intervention de professeurs au domicile des enfants malades. A Perpignan, l'école à l'hôpital est associative car gérée par les PEP (Pupilles de l'Enseignement Public). Elle intervient alors sur place en pédiatrie accompagnée d'enseignants bénévoles retraités. Ce service pédiatrie est doté d'une petite salle de classe. En revanche, cette enseignante n'est confrontée qu'à des petits groupes constitués d'enfants hospitalisés sur des périodes très courtes. L'hôpital n'est pas concerné par des pathologies pédiatriques lourdes (les enfants se rendent alors à Montpellier ou à Toulouse).

AM est l'enseignante coordonatrice du CHU de Montpellier. Ayant exercé 20 ans en tant qu'enseignante spécialisée auprès des enfants hospitalisés, elle coordonne maintenant le dispositif APADHE de Montpellier.

ML est une enseignante de l'académie de Rennes, ayant exercé 19 en milieu ordinaire puis 19 ans auprès d'enfants hospitalisés.

LG est une enseignante spécialisée exerçant à l'hôpital Pellegrin de Bordeaux.

Suite à l'analyse des résultats et au vu de nos conclusions, nous expliquerons plus loin qu'il nous a semblé intéressant de réaliser par la suite le même entretien avec un enseignant en milieu ordinaire ;

CB est une enseignante en milieu ordinaire, à l'école Alfred Sauvy de Villeneuve-de-la-Raho, actuellement MAT et ex-PEMF.

PARTIE V : Interprétation et discussion des résultats

Chaque entretien a été retranscrit. Les résultats sont présentés et analysés en annexes 1, 2, 3, 4, 5 et 6. L'analyse repose sur les annotations des prises de paroles, se trouvant dans la colonne droite des tableaux. Cette partie du mémoire vise à synthétiser, classer les résultats obtenus pour en tirer nos conclusions..

I. Similitudes observées à l'issu des entretiens semi-directifs

A. La méconnaissance du terme de « résilience »

Aucun des enseignants d'élèves hospitalisés interrogés n'était renseigné sur la notion de « tuteur de résilience ». La question a suscité tantôt une gêne car les enseignants ne s'étaient jamais posé cette

question, tantôt de l'intérêt. Après l'explicitation du concept, les enseignants sont plus ou moins fixés sur la réponse, réagissent avec plus ou moins de fermeté, et plus ou moins rapidement.

C'est ainsi que VR (enseignant spécialisé, CHU de Nantes) réagit en riant de manière gênée et en affirmant « J'sais pas, c'est une question qu'on m'a jamais posé sous cette forme-là en tout cas ».

ML (enseignante spécialisée de l'académie de Nantes) et SE (enseignante coordonatrice du SAPAD de Perpignan), bien qu'intriguées au début par ce terme, réagissent vite, spontanément, après l'explication de celui-ci :

ML : « *La résilience elle va s'appliquer dans la mesure où le fait d'avoir école à l'hôpital, l'enfant va avoir une impression de normalité qu'il n'a plus avec l'hospitalisation.* »

SE : « *Oui je pense qu'elle l'est* »

AM (enseignante coordonatrice, CHU de Montpellier), elle, même si elle ne semble pas à priori avoir des connaissances sur ce concept, semble intéressée par la question, manifester de l'intérêt :

« *C'est une bonne question. C'est une bonne question...* » ; « *Ca mérite réflexion, mais c'est intéressant comme question. Elle est intéressante, peut-être que j'aurais besoin de retourner ça dans ma tête ou de vous mettre en contact avec d'autres enseignants* ».

Nous pouvons en conclure que :

- le sujet de la « résilience » n'a pas été investi par les enseignants exerçant auprès d'élèves hospitalisés.
- Ces enseignants ont des premières réactions face au sujet qui diffèrent, malgré une attitude générale hésitante : certains se positionnent de suite en apportant une réponse positive ou négative ; d'autres sont plus mitigés sur la réponse, ne se positionnent pas catégoriquement.

B. Des discours institutionnalisés

Dans la circulaire du 03/08/2020 relative à l'école inclusive, on peut relever, parmi d'autres, ces objectifs de l'APADHE :

- « garantir à l'enfant ou l'adolescent empêché pour raison de santé la poursuite de sa scolarité, dans son lieu de vie, à domicile, à l'école ou en établissement de santé »
- « limiter les ruptures dans les parcours de scolarisation des élèves »
- « maintenir et faciliter le lien social de l'enfant avec sa classe »

Les discours de tous les enseignants interrogés sont étroitement liés à ces objectifs.

LG : « *Nous restons enseignants* », « *nous sommes systématiquement en lien avec les enseignants de la classe, car l'élève, bien qu'hospitalisé, doit continuer à faire partie de la classe* ».

VR : « *On est là pour...pour faire du lien* »

AM : « *Nous notre posture essentielle c'est vraiment de faire comprendre que la maladie n'implique pas d'arrêt du projet de vie* ». « *On privilégie le groupe parce qu'en effet il y a cette rupture [sociale] et on en est tous conscients* ».

Cependant, tandis que certains d'entre eux s'appuient sur ces textes, s'en servent de base pour aller plus loin, en ne les répétant pas mais en proposant des actions qui desservent ces objectifs, d'autres semblent « s'enfermer » dans ces bases institutionnelles pour expliciter leur pratique enseignante, s'approprier une théorie générale, la reformuler, sans tout de même montrer une appropriation personnelle de celle-ci (répétition de propos théoriques sans développement, mise en perspective ou utilisation d'exemples concrets) :

VR : « *dans la pratique au quotidien ce qui est important c'est que nous on est là pour...pour **faire du lien*** »

« *de l'aider à rester dans sa posture d'élève en fait...c'est-à-dire de **faire du lien avec le milieu extérieur*** »

« *Nous on va essayer de **maintenir ce lien** le plus possible et en **faisant le pari** qu'à la sortie, ben ce le, le, les choses redeviennent euh le plus normal possible...voilà* ».

« *Le...La place de l'école à l'hôpital elle est euh...elle est reconnue **par les médecins*** ».

Ce refuge dans la théorie, dans les ressources institutionnelles (« faire du lien », « rester dans sa posture d'élève »), sur des aspects pragmatiques, se ressent également lorsque le chercheur questionne l'enseignant sur la particularité du rapport avec les familles, et que ce dernier évoque seulement le « *travail autour de l'accompagnement au sens large : les questions d'orientation, les questions d'inscriptions...* ».

C. L'importance et l'objectif de la scolarisation

Un des points communs majeur de la réalisation des entretiens se révèle être l'importance dédiée à la continuité des apprentissages, à la scolarisation de l'élève hospitalisé.

Tous considèrent que le projet scolaire ne doit pas s'arrêter, que le lien avec la classe d'origine doit être maintenu, qu'il faut que l'enfant continue d'apprendre et d'exister en tant qu'élève.

L'objectif premier de cette continuité, pour les enseignants et à terme, ne résiderait pas dans la résilience des élèves ou dans leur bien-être psycho-social mais dans leur préservation d'un décrochage scolaire ou d'un maintien.

ML : « *On va être plus dans la **poursuite des apprentissages** en lien avec l'école* »

VR : « *« La première mission c'est de **garder un lien avec les apprentissages, c'est que l'élève continue d'apprendre.** » « Le **premier risque** il est là à terme. C'est qu'à la sortie il y ait un **décrochage.** »*

AM : « *On est là vraiment pour leur faire toucher du doigt qu'il y a des tas de possibilités et que justement on va maintenir leur statut d'élève par des dispositifs qui existent [...], et **qu'on est là avant tout pour qu'il n'y ait pas de rupture de scolarité*** ».

D. L'idée que la scolarisation est un facteur de protection de résilience

Bien que les enseignants ne se considèrent pas tous comme « tuteurs de résilience », tous s'accordent à affirmer plus ou moins directement que la continuité des apprentissages et la scolarisation va jouer un rôle positif dans le développement de la résilience. Même si ce n'est pas pour eux l'objectif premier, les enseignants expriment le fait que l'école à l'hôpital va permettre à l'enfant de retrouver un statut d'élève, que le maintien du lien avec la classe va lui permettre de ne pas briser le lien social. Les conséquences sociales de l'apparition de la maladie sont donc ressenties ou connues par les enseignants, et l'école va permettre de les limiter, voire de les positiver.

LG : « *Nous sommes systématiquement en lien avec les enseignants de la classe, car l'élève, bien qu'hospitalisé, **doit continuer à faire partie de la classe*** »

VR : « *Dans la pratique au quotidien ce qui est important c'est que nous on est là pour..pour faire du lien et peut-être euh effectivement en tout cas permettre à l'enfant ou à l'adolescent qui est hospitalisé euh **d'être un p'tit peu moins patient et un p'tit peu plus élève quand on est là...de l'aider à rester dans sa posture d'élève en fait...c'est-à-dire de faire du lien avec le milieu***

extérieur. Y'a pas beaucoup de lien avec le milieu extérieur quand on est hospitalisé euh...longtemps, et donc on apporte ça »

AM : « *Parce qu'effectivement **on amène l'enfant à réaliser** que ce qu'il vit de difficile, de négatif et qui pourrait arrêter sa vie...enfin arrêter ponctuellement sa vie, peut au contraire ouvrir à certaines **perspectives, à des projets peut être qu'ils n'avaient pas imaginés**, euh...et je pense que **on est dans cette posture là de vouloir, comment dire, effectivement transformer cette expérience négative en quelque chose de porteur** »*

ML : « *La résilience elle va s'appliquer dans la mesure où **le fait d'avoir école à l'hôpital, l'enfant va avoir une impression de normalité** qu'il n'a plus avec l'hospitalisation. **C'est de se retrouver élève.** [...] Et par le fait de **leur redonner confiance** en leur capacité aussi »*

SE : « *Je pense qu'on peut considérer que les enseignants qui interviennent quoiqu'il en soit **apportent un petit peu de cet aspect-là**, puisque **l'enfant malade redevient un instant élève**, et je pense que ça permet aussi à ce public-là de **sortir de ce statut j'allais dire fragilisant** un peu que d'être malade et voilà de **redevenir élève et puis de recréer un lien autour de la scolarité** ».*

E. Les pratiques pédagogiques

Les pratiques pédagogiques employées par les enseignants se rejoignent.

- Ces derniers se centrent sur les « apprentissages fondamentaux », sur les compétences « essentielles » des programmes et laissent « le reste » aux associations ou à des intervenants.

AM : « *on va travailler bien sûr le **programme scolaire** de l'enfant parce que l'objectif ça va être qu'il n'ait pas la double peine, c'est-à-dire la maladie + un redoublement ou un maintien. Donc c'est-à-dire **le faire avancer dans son programme**, donc on va privilégier les activités qui font **travailler les compétences fondamentales.** » « *On va aller à l'essentiel et on va faire en sorte qu'il ait le moins de lacunes possibles.* »*

ML : « *Ben on suit les programmes* »

- Ils privilégient également le dispositif de la visioconférence pour maintenir le lien avec la classe :

LG : « ***Pour le lien social**, nous essayons un maximum de créer quelque chose avec la classe, avec l'enseignant, les élèves. Cela peut passer par de la correspondance, des visios* »

AM : « *Et donc depuis quelques années, après avoir tergiversé, cherché des pistes, on a eu l'occasion de **travailler sur la visioconférence** et donc **on demande maintenant systématiquement au professeur ou au professeur des écoles de mettre en place la visio** (donc un ordinateur au chevet de l'élève ou au domicile de l'élève, et un ordinateur en classe) de façon à ce que l'enfant quand il est en forme ou pour certaines matières, va se connecter, va voir sa classe, va entendre son prof, va pouvoir garder le lien, et ça c'est extraordinaire voilà.* »

- Ils proposent des activités s'adaptant aux capacités des élèves, prenant en compte leur état physique, les conséquences cognitives de la maladie

LG : « *Cela peut passer par de la correspondance, des visios, mais **en prenant garde à l'image de l'enfant** » « *Bien sûr nous nous adaptons à la fatigabilité, les soins....* »*

VR : « ***On s'adapte davantage** parce que de fait nos élèves ne sont pas dans le milieu ordinaire et puis **parce qu'ils sont malades** »*

ML : « *Oui, c'est la même chose, hein. **On s'adapte, on peut pas en demander autant à un enfant malade.** On va faire 1h de classe par jour hein avec un enfant malade. Relation duelle en 1h on a le temps de faire beaucoup de choses hein. Et puis **on va s'adapter.** Si un jour il n'est pas en forme on va faire un petit moins et un peu plus le lendemain. Je veux dire, **il faut savoir s'arrêter aussi quand on voit que l'enfant ne va pas bien.** Parce que l'enfant il n'osera pas toujours vous dire. Mais bon, c'est à nous d'être vigilant et de voir les signes qui alertent.* »

- Le travail de groupe semble privilégié dès qu'il est possible

AM : « *Alors dès que c'est possible oui, **on privilégie le groupe** parce qu'en effet il y a cette rupture et on en est tous conscients ». « *Alors, on peut quand même les débrancher avec le pied à perfusion et les amener dans la classe, hein **ça se fait le plus possible.** Dès qu'on peut en fait on les sort de leur chambre et de leur lit* ».*

LG : « *Pour le lien social, nous essayons un maximum de créer quelque chose avec la classe, avec l'enseignant, les élèves. Cela peut passer par de la correspondance, des visios, mais en prenant garde à l'image de l'enfant, **des travaux scolaires croisés.** »*

II. Divergences observées à l'issu des entretiens semi-directifs

A. La définition du rôle de l'enseignant

Un rôle « psychologique » ?

Les enseignants interrogés semblent accorder plus ou moins d'importance à la dimension psychologique de l'enseignement. Le « juste-milieu » semble difficile à trouver entre la distance pédagogique liée au métier d'enseignant et la volonté d'aider l'enfant dans son projet de vie.

VR considère que l'étude de la relation entretenue entre élève-patient et enseignant et de ses conséquences est davantage l'affaire des psychologues, des médecins et des chercheurs. Son rôle en tant qu'enseignant est la poursuite des apprentissages (pour les raisons évoquées plus haut), et cette dernière ne semble selon lui pas bien différente de celle en milieu ordinaire.

« Chercheuse : *Oui, donc finalement ils seraient pour vous plus **résilients par le fait qu'ils retrouvent un rapport à la normalité** que **par un rapport particulier qu'ils entretiendraient avec l'enseignant.***

VR : Eh bien, bonne question. Moi là je saurais pas répondre. Je, je, je en tout cas c'est pas une question que nous on se pose...la, la, sur **la première partie de ce que vous avez dit**, effectivement, c'est quelque chose dont on est très conscients, **sur la deuxième partie, c'est, ça me semble un travail plus, plus un travail de psychologie et probablement qu'il y a des chercheurs qui se sont penchés sur la question** euh... »

D'autres enseignants semblent plus mitigés dans leur rapport à cette dimension psychologique. Cela se reflète dans leurs assertions ainsi que dans les pratiques qu'ils relatent.

- Les conséquences physiques, la modification du rapport au corps sont prises en compte dans leur pratique : LG prend ainsi « garde à l'image des enfants » lors de l'organisation de visioconférences. ML focalise son attention sur le visage et dans les yeux de l'enfant lorsqu'elle travaille à son chevet.
- Les conséquences psychiques et sociales sont prises en comptes : ML ne porte pas de blouse blanche pour se différencier du corps médical, LG insiste sur la ritualisation du passage de l'hôpital à la salle de classe, AM amène en classe les élèves le plus souvent possible...
- AM considèrent les enseignants comme des « soins de support ». Elle souligne l'importance de la présence de l'enseignant pour l'élève et évoque les conséquences du CNED, « qui n'envoie que des cours » mais pas de professeurs.

Malgré ces actions relevées et allant dans le sens de la considération de l'enfant, de la bienveillance, les enseignants ne s'octroient pas tous un rôle psychologique pour l'élève, prenant souvent pour justification qu'il faut « garder sa place d'enseignant ».

Cela questionne alors la limite de ce propos : qu'est-ce que la vraie place de l'enseignant ? N'a-t-il qu'un rôle pédagogique, ou de transmission ? Se comporter avec un élève de manière bienveillante et sécurisante, répondre à ses besoins d'échanges verbaux, mettre tout en œuvre pour que toutes les dispositions soient réunies pour favoriser l'apprentissage, n'est-ce pas la place de l'enseignant ?

Un rôle de « tuteur de résilience » ?

L'intégration d'une dimension psychologique à l'enseignement est donc inconsciemment réalisée mais semble difficile à verbaliser. Ainsi les points de vue des enseignants concernant l'intégration de la résilience dans leur pratique enseignante divergent.

SE et LG pensent que cette dimension est à intégrer, consciemment ou inconsciemment. Pour AM, ce rôle n'est pas un rôle fondamental mais fait partie de sa « posture » d'enseignante. ML, elle,

pense que les enseignants ne participent à cette potentielle résilience qu'en permettant à l'élève de poursuivre ses apprentissages, mais ne réalisent pas d'actions « spécifiques résilience ».

Or, toutes les actions réalisées par les enseignants et évoquées plus haut sont des éléments qui concourent inconsciemment à faire de l'enseignant une figure d'attachement, un donneur de soins, un tuteur de résilience.

Le positionnement d'AM sur cette question nous semble juste car ce ne peut pas être l'objectif premier d'un enseignant que d'être « tuteur de résilience », qui ne sera qu'une finalité observable a posteriori. En revanche, l'enseignant met tout en œuvre pour intégrer cette dimension à sa pratique, par ses propositions pédagogiques et sa « posture ».

B. Relations avec les élèves et comparaisons avec un milieu ordinaire

Une des questions des entretiens concernait le type de relations entretenues entre l'enseignant et les élèves hospitalisés. Lors de la réalisation des entretiens, la comparaison s'est parfois faite avec les celles entretenues en milieu ordinaire.

AM pense que la relation doit reposer sur une « empathie extrême ». Considérant que cette empathie devrait également s'appliquer en milieu ordinaire, elle différencie la relation entre élève hospitalisé et enseignant par le rapport à la maladie et à la mort de l'adulte.

SE considère ce rapport très différent en milieu hospitalier et en milieu ordinaire (« *Ah oui oui bien sûr, oui oui tout à fait il est vraiment différent. Vraiment différent oui oui oui.* »), alors que ML semble n'y voir que peu de différences (« *Oui, c'est la même chose, hein* »)

C. Des sensibilités différentes

Ces entretiens semblent être dépendants des sensibilités et du vécu de chacun des interviewés, qui n'accordent pas la même importance à la dimension psychologique de l'enseignement en général et plus précisément à l'hôpital. Certains veulent rester dans leur posture d'enseignant parce que c'est leur métier

ML est dans une position ferme, assurée. Elle veut à tout prix rester dans sa posture d'enseignante et faire abstraction de la maladie devant l'enfant. Elle ne se rend d'ailleurs pas aux réunions médicales importantes pour garder la même image de l'enfant. Elle considère que c'est la seule manière pour lui de se sentir vraiment élève, et la seule manière pour elle de rester à sa « place d'enseignante ».

VR est dans une position hésitante. Il veut également rester dans sa posture d'enseignant, dans le rôle de celui qui permet de continuer d'apprendre. Il considère que le rôle du bien-être

physique, psychique et social revient à d'autres corps de métiers spécialisés (médecins, psychologues, intervenants associatifs...).

SE est dans une position ouverte. Enseignant dans un hôpital dans lequel les élèves souffrent rarement de pathologies lourdes, elle s'intéresse à la question de la résilience, pense l'intégrer dans sa pratique et que cette posture est plus significative dans certains CHU. Elle n'est pas tranchée ni hésitante mais questionne la problématique au fur et à mesure de son discours.

AM est dans une position réflexive. Passionnée par son métier, elle est très sensible à ce qui va permettre à l'élève de se reconstruire. Elle réfléchit à des situations permettant aussi bien la continuité scolaire (développement de robots pouvant se rendre en classe) que la réinsertion ultérieure (développement de l'EPS pour que l'élève ne soit pas exclu lors de son retour en classe).

Il ressort de ces entretiens le fait que le rôle des enseignants auprès des élèves malades est perçu de manière très subjective par ceux-ci. Il ne ressort pas de ces entretiens de conclusions concernant une posture de bienveillance significative, ou une volonté d'intégrer la résilience dans sa pratique enseignante. L'hypothèse selon laquelle l'école est pensée par les enseignants comme une école réparatrice, dans laquelle le rôle de l'enseignant va être perçu comme celui d'un « caregiver », ou d'un « tuteur de résilience », semble n'être vérifiée que par une partie des sujets interrogés. En revanche, la suite de l'hypothèse mentionnait que les actions réalisées par l'enseignant allaient dans ce sens : situations qui reconstruisent le lien social (par le travail pédagogique en petits groupes par exemple, pédagogie de projet), ateliers favorisant le rêve et l'imagination, apprentissages en lien avec le quotidien des élèves, pratiques théâtrales...

Ces actions n'ont pas été évoquées par les enseignants, qui, à la question « Quels types d'activités pédagogiques mettez-vous en place pour mobiliser les élèves, favoriser leur « résilience » ? », répondaient qu'ils mettaient en place des activités en lien avec les programmes et les apprentissages fondamentaux.

La deuxième hypothèse semble alors vérifiée : l'école est pensée comme une école de relais, une école continuée, dans laquelle le rôle de l'enseignant est surtout celui de continuer les apprentissages et faire le lien avec la classe d'origine.

III. Vers une comparaison avec l'enseignement en milieu ordinaire

Les nombreuses comparaisons avec l'enseignement en milieu ordinaire ayant été évoquées lors des entretiens, qui apparaissaient tantôt totalement différent tantôt similaire, nous ont poussées à continuer notre étude en proposant l'entretien à une enseignante en milieu ordinaire, CB.

CB a de suite répondu à la question concernant le rôle potentiel d'un enseignant dans la résilience de ses élèves. Renseignée sur le terme de résilience, elle pense que l'enseignant doit jouer ce rôle même si « la situation se pose moins qu'à l'hôpital ».

« L'école doit jouer un rôle pour qu'elle continue d'aller de l'avant, (...) parce que si tu te sens mal à l'école tu fais rien ».

CB considère que l'enseignant doit avoir ce rôle psychologique car un état psychique déséquilibré de l'élève ne permet pas de bonnes conditions d'apprentissage.

L'enseignante propose ensuite d'exposer des cas concrets, qui expliciteraient la manière dont elle perçoit ce rôle.

A partir d'exemples vécus, elle définit son rôle dans la potentielle résilience des élèves, au fur et à mesure de l'entretien. Celui-ci, selon elle, passe par une posture bienveillante et empathique, par l'expression des émotions, par un climat de confiance favorisant la communication, par la libération de la parole entre pairs, par les échanges, par des pratiques de classe favorisant la dimension sociale des apprentissages telles que les ateliers, les groupes pédagogiques.

CB donne des exemples : lorsqu'une de ses élèves venait à l'école ayant appris le cancer du sein de sa mère, CB lui a laissé le choix d'échanger ou de « laisser ses soucis à la porte ». Elle a accompagné sans envahir, en laissant son élève venir vers elle si elle en avait besoin. L'élève, en confiance, savait qu'elle serait accueillie. L'expression de ses émotions par les « petits dragons »² mis en place dès le début de l'année, les pratiques pédagogiques de groupe et d'ateliers, les échanges, ont participé à l'élaboration d'un climat et de relations *secures*.

CB semble penser l'école comme une école réparatrice, dans laquelle elle semble percevoir son rôle comme celui d'un « caregiver », ou « tuteur de résilience ». Les actions qu'elle réalise vont dans ce sens.

Ainsi la dimension de résilience serait-elle propre à chacun, à la perception de son rôle auprès des élèves. L'adoption d'une posture de « tuteur de résilience » semble moins dépendre du public à qui doit profiter la résilience que de la personne qui l'adopte.

Une explication à cela serait que les représentations des enseignants interrogés se construisent en fonction de leur propre expérience avec leurs figures d'attachement, leur propre vécu.

² « on accueille les émotions parce qu'on a des petits dragons. Quand on se sent pas bien on peut aller prendre un dragon qui dit comment on va faire »

PARTIE VI : Limites de l'étude : Les risques dans l'utilisation de la notion de tuteur de résilience.

Comprendre le rôle de l'enseignant comme celui d'un potentiel tuteur de résilience peut être dangereux car occulter son caractère relatif. Il ne faut pas perdre de vue que des paramètres propres à chaque relation enlèvent à ce concept toute valeur prédictive. C'est à posteriori que l'on peut se rendre compte si la relation a été « résiliente » pour l'élève, et ce serait un danger que de chercher à remplir des critères pour « être un tuteur de résilience ».

Cette valeur prédictive de la résilience est l'un des six dangers que l'emploi de la notion de résilience pourrait engendrer, selon S.Tisseron (2017) :

« Le problème est qu'une fois cerné le rôle des ressources – ou, si l'on préfère, la « résilience » comme fait d'observation une fois admise –, la signification du mot a changé. De « capacité à résister aux traumatismes et de se reconstruire après lui », le terme a prétendu expliquer cette faculté, voire l'anticiper. » (Tisseron, S., 2017, p.98)

Parmi les autres limites de l'utilisation de la notion de résilience, S.Tisseron (2017) évoque en outre :

- Le risque de la morale : après un traumatisme, un sujet peut développer des attitudes et comportements divers et parfois opposés en termes de morale (par exemple, des manifestations destructrices pour soi ou les autres, cohabitant avec des engagements altruistes). Le danger pour ceux qui utilisent la notion de résilience serait alors « d'oublier ce foisonnement pour s'en fabriquer une image conforme à leurs choix » (Tisseon, S., 2017, p.86)

*« Autant dire que la première qualité de ceux qui interviennent auprès des personnes traumatisées consiste à **renoncer à vouloir contrôler et guider le processus de résilience** ! Ceux qui s'angoissent de voir leur échapper l'évolution de certains patients mobilisent des résistances rigides et réduisent leurs possibilités adaptatives. » (Tisseon, S., 2017, p.86-87)*

- La méconnaissance de la complexité des interrelations entre un sujet et un environnement : il serait un danger selon S.Tisseron (2017) de considérer des facteurs de protection trop axés sur un individu ou sur son environnement et non pas sur les interactions ayant lieu entre les deux. Une personne ne se « reconstruit » en effet pas grâce aux seuls bénéfices de son environnement, mais aussi en agissant sur cet environnement, en le transformant, ce qui peut conduire aussi bien à la fragilisation de ce dernier, qu'à l'accroissement de ses capacités à résister à un traumatisme. C'est ainsi qu'il semblerait plus pertinent de classer les facteurs de protection de la résilience « en distinguant ceux qui facilitent la résilience collective et ceux qui la fragilisent » (Tisseron, S., 2017, p.93).

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était de **comprendre comment les enseignants d'élèves atteints de pathologies somatiques et hospitalisés percevaient leur rôle dans la « résilience » de ces enfants**. Deux hypothèses avaient alors été retenues.

L'hypothèse selon laquelle *l'école est pensée comme une école réparatrice, dans laquelle le rôle de l'enseignant est perçu comme celui d'un « caregiver » (ou « tuteur de résilience ») et dans laquelle les actions réalisées par l'enseignant vont dans ce sens*, ne peut pas être complètement validée.

Tandis que certains enseignants spécialisés vont en effet être très sensibles à l'état psychique des élèves et aux actions à réaliser pour les aider à surmonter de potentielles difficultés psychologiques, d'autres vont décerner ce rôle à d'autres corps de métiers et se concentrer sur la continuité pédagogique.

L'hypothèse selon laquelle *l'école est seulement pensée comme une école de relais, une école continuée, dans laquelle le rôle de l'enseignant est surtout celui de continuer les apprentissages et faire le lien avec la classe d'origine* ne peut pas l'être non plus. Pour certains élèves comme enseignants, l'école à l'hôpital peut être ou devenir une école provisoire de référence, une « école à part », qui permet certes le maintien du lien avec l'école d'origine, la continuité des apprentissages, mais qui va être l'origine d'une nouvelle socialisation, de l'émergence de nouveaux savoirs ou intérêts, d'une évolution du rapport au savoir. Certains enseignants interrogés ont en effet mentionné cette volonté de ne pas seulement maintenir le niveau scolaire, mais de transformer une expérience a priori négative en expérience positive.

Enfin, l'entretien avec une enseignante en milieu ordinaire vient parfaire cette sélection d'entretiens pour aboutir à la conclusion que la perception d'un rôle de *caregiver* par un enseignant ne dépend pas forcément du public qu'il a en charge (par exemple des enfants malades) mais surtout de son propre vécu. Il serait alors intéressant d'étudier deux pistes en lien avec ce nouveau problème :

- L'étude des facteurs externes (paramètres des socialisations primaires et secondaires,...) et internes (relations avec ses propres figures d'attachement, génétique...) qui vont influencer la perception de l'enseignant de son propre rôle auprès de ses élèves.
- L'étude, dans une perspective de « l'après-coup », de l'impact que la relation avec l'enseignant à l'hôpital a laissé dans la psyché à l'âge adulte.

BIBLIOGRAPHIE

Liste de référence (Articles scientifiques sur lesquels s'appuient la partie théorique) (à compléter)

Anthony, E.J., 1987. Risk, vulnerability and resilience : an overview. *The Invulnerable Child*, p. 3–48. Guilford Press.

[en ligne],

<https://books.google.fr/books?id=tp4NKEfh5pcC&pg=PA147&lpg=PA147&dq=anthony+e+james+the+risk+of+the+invulnerable+child&source=bl&ots=seYssz1RbU&sig=ACfU3U1BxfBEiTGB-Pm9v5Rt6nBwCnteQ&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwiikdT4utHwAhUF5eAKHVPGAt8Q6AEwEXoECACQAw#v=onepage&q=anthony%20e%20james%20the%20risk%20of%20the%20invulnerable%20child&f=false> (consulté le 05/05/2021)

[version pdf],

<https://www.researchgate.net/profile/Andrew-Hargreaves/post/Recommended-studies-about-resilience/attachment/5ce3cb66cfe4a7968da2042a/AS%3A760935690010645%401558432614549/download/ANTHONY+1987+risk+vulnerability+and+resilience.pdf>

Bataille, C. (2017). Apprendre à jouer, jouer pour apprendre : des pratiques théâtrales à l'hôpital. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, (79-80), 107-121.

Bourdon, P., Negui, M., Romano, H. & Roy, J. (2007). Rester un élève... à l'hôpital ou à la maison : Enjeux, dispositifs et pratiques. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 4(4), 177-192. <https://doi-org.ezpum.biu-montpellier.fr/10.3917/nras.040.0177>

Bourdon, P. & Toubert-Duffort, D. (2017). Scolariser les enfants et adolescents malades ou accidentés: Évolutions, enjeux et perspectives. Conclusion du dossier. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 3(3-4), 215-225. <https://doi.org/10.3917/nras.079.0215>

Brun, D. (2007). Le rapport de l'enfant à la mort : paradoxes d'une souffrance. *Reliance*, 4(4), 34-42. <https://doi.org/10.3917/reli.026.0034>

Chesneaux, J. (2004). Cinq propositions pour appréhender le temps. *Temporalités* 1 | 2004, 107-117, [En ligne], <http://journals.openedition.org/temporalites/648> (consulté le 13.05.2021).

Garcia, A. (2020). L'enseignement en milieu hospitalier : entre éducation et soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 141 (2), 7-16. <https://doi.org/10.3917/rsi.141.0007>

George, C., Solomon, J. (2008). Attachment and Caregiving : The Caregiving Behavioral System. *J. Cassidy & P. R. Shaver, Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application (2nd Edition)*. Guilford Press

[en ligne], <https://www.researchgate.net/publication/232495605> The caregiving system A behavioral systems approach to parenting

Golse, B. (2019). 15. Le pédopsychiatre-psychanalyste face au concept de résilience: La résilience avant l'après-coup, ou tous les enfants de mère déprimée ne deviennent pas... S. Freud !. Dans : B. Golse, *Les destins du développement chez l'enfant: Avenirs d'enfance* (pp. 137-146). Toulouse, France: Érès.

Golse, B. (2007). La résilience avant l'après-coup, ou tous les enfants de mère déprimée ne deviennent pas... Sigmund Freud [1]. Dans : Joyce Aïn éd., *Résilience: Réparation, élaboration ou création* ? (pp. 111-122). Toulouse, France: Érès. <https://doi-org.ezpum.biu-montpellier.fr/10.3917/eres.ain.2007.01.0111>"

Léon, J. (2013). Corps réel, imaginaire et symbolique dans un cas de trouble dermatologique. *Bulletin de psychologie*, 6(6), 451-462. <https://doi.org/10.3917/bupsy.528.0451>

Mayaux, F., Derivois, D. & Viodé, C. (2019). L'assistant familial : un tuteur de résilience « suffisamment bon » ?. *Dialogue*, 4(4), 169-185. <https://doi.org/10.3917/dia.226.0169>

Milner, M. (2000). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole [1]. Dans : Bernard Chouvier éd., *Matière à symbolisation: Art, création et psychanalyse* (pp. 29-59). Paris: Delachaux et Niestlé (programme ReLIRE). <https://doi-org.ezpum.biu-montpellier.fr/10.3917/deni.chouv.2000.01.0029>"

Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports. (2020, août). Bulletin officiel n°32 du 27 août 2020. Circulaire du 3-8-2020. *Ecole Inclusive*.

[en ligne], <https://www.education.gouv.fr/bo/20/Hebdo32/MENE2020703C.htm> (consulté le 09.01.2021).

Mistycki, V. & Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, 2(2), 43-51. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0043>

Perrenoud, P. (2003). Qu'est-ce qu'apprendre ?. *Enfances & Psy*, no24(4), 9-17. <https://doi.org/10.3917/ep.024.0009>

Pireyre, Éric W. (2015). *Clinique de l'image du corps: Du vécu au concept*. Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.01>

Roux-Lafay, C. (2016). L'éthique du *care* dans le champ éducatif ou le nouveau paradigme de la bienveillance, *Éducation et socialisation* (42)

URL: <http://journals.openedition.org/edso/1857> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/edso.1857>

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 2(2), 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Terrisse, B., Kalubi, J. & Larivée, S. (2007). Résilience et handicap chez l'enfant. *Reliance*, 2(2), 12-21. <https://doi.org/10.3917/reli.024.0012>

Tisseron, Serge. *La résilience*. Presses Universitaires de France, 2017

Toubert-Duffort, D. (2017). Enjeux du travail pédagogique en petit groupe pour des enfants ou des adolescents malades en milieu hospitalier. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, (79-80), 89-105.

Tronto, J. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*, 2(2), 243-265. <https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243>

Vermersch, P. (2003). Des origines de l'entretien d'explicitation aux questions transversales à tout recueil de verbalisations a posteriori.

Voisin, H., Romano, H. (dir.). (2013). Chapitre 15 - Perspectives de prise en charge. Dans : Hélène Romano éd., *La santé à l'école* (pp. 167-180). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.afps.2013.01.0167>"

Wallon, H. (1959). Les milieux, les groupes et la psychogenèse de l'enfant. *Enfance*, tome 12, n°3-4. (pp. 287-296).

https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1959_num_12_3_1444

Webographie

Prairat, E. (2016), Quelle éthique pour l'enseignant ?

<http://www.cafepedagogique.net/lexpresso/Pages/2016/10/21102016Article636126294982195968.aspx>

Lectures complémentaires

Cyrulnik, B., Pourtois, J.-P. (dir.) (2007). *École et résilience*. Paris: Odile Jacob.

Descamps-Latscha, B., Quéré, Y. (dir.). (2010). *Apprendre malgré... le handicap ou la maladie*. Paris : Odile Jacob.

Lescarret, O. (2007). Mobilisation scolaire et maladie gravissime, *École et résilience*. Paris : Odile Jacob.

Terrisse, B., Lefebvre, ML. (2007). L'école résiliente : facteurs de risque, facteurs de protection et sentiment d'efficacité collective, *École et résilience*. Paris : Odile Jacob.

ANNEXES

Entretien n°1 : VR

Entretien	Analyse
<p>Moi : Donc vous êtes enseignant à l'hôpital de Nantes c'est bien ça ? Vous êtes enseignant en service de pédiatrie, directement à l'hôpital ?</p> <p>VR : Oui, c'est ça, directement à l'hôpital, à temps plein</p> <p>Moi : Ok, ça marche. J'ai donc des questions assez précises dans le cadre du mémoire, j'ai 4 questions principales à vous poser.</p> <p>VR : Oui, je vous écoute.</p> <p>Moi : Est-ce que vous considérez que l'enseignant à l'hôpital doit être un tuteur de résilience pour les enfants ?</p>	<p>Accueil, rencontre</p>
<p>VR (rires) : Euuuh...Tuteur de résilience ? C'est-à-dire ? Une personne ressource...</p>	<p>Le rire semble gêné. L'enseignant ne semble pas renseigné sur le terme de « tuteur de résilience ».</p>
<p>Moi : Oui, la résilience...euh c'est-à-dire la capacité que vont avoir les enfants à surmonter le choc traumatique pour en fait en ressortir plus forts, plus créatifs et même parfois plus tranquilles euh...qu'avant le choc. Est-ce que vous pensez que l'enseignant a ce rôle, est-ce que la dimension de résilience est à intégrer dans la</p>	<p>Explication brève du terme</p>

<p>pratique enseignante, plus à l'hôpital qu'en milieu ordinaire ?</p> <p>VR : Plus à l'hôpital qu'ailleurs ? (rires) J'sais pas, c'est une question qu'on m'a jamais posé sous cette forme-là en tout cas, mais euh...dans la pratique au quotidien ce qui est important c'est que nous on est là pour..pour faire du lien et peut-être euh effectivement en tout cas permettre à l'enfant ou à l'adolescent qui est hospitalisé euh d'être un p'tit peu moins patient et un p'tit peu plus élève quand on est là.</p> <p>Moi : Hum Hum</p> <p>VR : ...de l'aider à rester dans sa posture d'élève en fait...c'est-à-dire de faire du lien avec le milieu extérieur. Y'a pas beaucoup de lien avec le milieu extérieur quand on est hospitalisé euh...longtemps, et donc on apporte ça. Alors est-ce que après euh... euh... on les aide à être euh...plus forts pluuuus résilients jeee....pffff....je sais pas c'est une bonne question euh...</p> <p>Moi : Est-ce que vous entretenez par exemple, vous avez l'impression d'avoir un type de rapport particulier avec les élèves ?</p>	<p>La définition désormais clarifiée, l'enseignant semble avoir des difficultés à répondre à la question. Cependant l'idée qui ressort de cette prise de paroles est que l'enseignant intervient auprès des élèves pour « faire du lien » et ainsi permettre à l'enfant de retrouver un statut d'élève. Ce discours semble clair et répond aux attentes institutionnelles.</p>
<p>VR : Alors est-ce que nous on a une posture différente par rapport à...aux élèves qui sont dans l'ordinaire par exemple ?</p> <p>Moi : Oui</p> <p>VR : Ben c'est-à-dire qu'on prend en compte euh...la maladie dans notre pratique donc euuuuh euh ça peut être euuuuh...la souffrance, euuh la fatigue, euuuuh, ça peut être aussi euh parfois une diminution des capacités cognitives, euuuuh, donc ça nous oblige à avoir une posture différente euuuuh, parce qu'il y a la maladie mais euuuuh, à vrai dire dans l'enseignement ordinaire on</p>	<p>L'enseignant compare l'enseignement en milieu hospitalier à celui en milieu ordinaire. Il en ressort 2 idées principales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la « posture » de l'enseignant à l'hôpital est différente du fait que le profil de l'élève est différent - Ce « profil » est défini par des critères physiques liés à la maladie : évocation de la fatigue, de la souffrance, de la diminution des capacités cognitives. Les conséquences psychiques de la maladie ne sont pas être évoquées.

<p>demande aussi à s'adapter comme ça au profil de chaque élève donc euuuuh, on s'adapte davantage parce que de fait nos élèves ne sont pas dans le milieu ordinaire et puis parce qu'ils sont malades mais euuuuh, je sais pas si on a une posture euuuuh de tuteur...</p> <p>Moi : Oui, une posture de tuteur de résilience...Ce n'est pas quelque chose que vous ressentez particulièrement dans votre pratique ?</p> <p>VR : Ben euh là comme ça non.</p> <p>Moi : D'accord !</p> <p>VR : J'pense qu'on apporte un peu d'normalité en fait.</p> <p>Moi : Oui. Oui, oui, oui</p> <p>VR : Alors je sais pas si c'est être tuteur de résilience en fait. Voilà. Ce qui est sûr c'est que, effectivement, si on part du début de la maladie où tout est remis en question euh, la vie extérieure la vie ordinaire est remise en question, euuuuuuh, nous on va essayer de maintenir ce lien le plus possible et en faisant le pari qu'à la sortie, ben ce le, le, les choses redeviennent euh le plus normal possible...voilà</p>	<p>L'enseignant ne s'octroie pas un rôle dans la résilience des élèves mais semble considérer que la « normalité » qu'il amène aux élèves va jouer en sa faveur.</p> <p>L'objectif de l'enseignant semble être de maintenir le plus possible le lien avec la classe d'origine de l'élève : il « fait le pari » que « les choses redeviennent normales » pour les élèves. Ce mot « pari » est intéressant. L'enseignant ne fait pas « en sorte que » les choses redeviennent normales mais « le pari » qu'elles le redeviennent. Hypothèse de la mise ne place volontaire ou involontaire d'une distance pédagogique excluant la dimension psychologique du métier d'enseignant.</p>
<p>Moi : Oui, finalement ils seraient pour vous plus résilients par le fait qu'ils retrouvent un rapport à la normalité que par un rapport particulier qu'ils entretiendraient avec l'enseignant.</p>	<p>Tentative de reformulation</p>
<p>VR : Eh bien, bonne question. Moi là je saurais pas répondre.</p> <p>Je, je, je en tout cas c'est pas une question que nous on se pose...la, la, sur la première partie de ce que vous avez dit, effectivement, c'est quelque chose dont on est très conscients, sur la deuxième partie, c'est, ça me semble un travail plus, plus un travail de</p>	<p>L'hypothèse semble confirmée : l'enseignant considère que la dimension de résilience est davantage l'affaire des psychologues et des chercheurs que des enseignants. VR semble néanmoins douter, ne pas avoir de position tranchée.</p>

<p>psychologie et probablement qu'il y a des chercheurs qui se sont penchés sur la question euh...</p>	
<p>Moi : Hum</p>	
<p>VR : Le...La place de l'école à l'hôpital elle est euh...elle est reconnue par les médecins, par euh...voilà en tout cas la place du projet scolaire dans le projet de soin et dans l'accomplissement global, ça c'est bien, c'est bien, c'est bien connu après euh, est-ce qu'on les rend plus forts je...en plus on n'a pas forcément de vision de sur l'après donc euh.</p>	<p>L'enseignant affirme l'importance de la place de l'école à l'hôpital la justifie par le point de vue des médecins (troisième évocation d'autres corps de métiers, après les psychologues et les chercheurs). Hypothèses : - Manque de conviction personnelle dans l'intérêt psycho-social de la scolarisation à l'hôpital - Manque d'arguments personnels, fantasme de la « prétendue objectivité scientifique ». Le sujet se cache derrière des références scientifiques, des corps de métier étant censés avoir « plus de poids », des dénominations rendant une affirmation viable par leur simple évocation (« des études le prouvent », « des chercheurs l'ont affirmé », « des médecins le remarquent »...) VR soulève par ailleurs un point important des limites de l'étude et de la « résilience » en général : l'absence de vision à long terme, sur « l'après ».</p>
<p>Moi : Oui, oui je comprends. En fait votre rôle principal vous le définiriez plus comme euh...faire retrouver à l'élève une vie entre guillemets normale par la scolarisation, faire le lien avec l'école pour qu'il ait ce rapport à...à la normalité et ce serait comme ça qu'il deviendrait éventuellement « résilient »</p>	<p>Tentative de reformulation en vue d'une éventuelle validation d'hypothèse.</p>
<p>VR : Ouais, même de manière un peu plus euh...un peu plus pragmatique la première mission c'est de garder un lien avec les apprentissages, c'est-à-dire que l'élève continue d'apprendre. Voilà. Qu'il n'y ait pas de décrochage en fait parce que le premier risque il est là à terme. C'est qu'à la sortie il y ait un décrochage donc ça c'est la première chose euh...la première chose qui nous anime quoi.</p>	<p>L'enseignant finit par définir son objectif principal, ce qui « l'anime », par la continuité des apprentissages permettant d'éviter le décrochage scolaire. Ce besoin de revenir à un point de vue plus « pragmatique » témoigne d'une certaine rationalité de la part de VR, d'une volonté de rentrer dans les attentes institutionnelles, de se rassurer en utilisant des « expressions clés » (« garder un lien avec les apprentissages », « maintenir un lien »,...). « la première mission c'est de garder un lien avec les apprentissages, c'est-à-dire</p>

	<p>que l'élève continue d'apprendre. Qu'il n'y ait pas de décrochage en fait parce que le premier risque il est là à terme » : le premier risque est considéré comme étant le décrochage scolaire. Cependant, la question serait davantage « comment faire pour que l'élève continue d'apprendre ? », plutôt que « Comment continuer à faire apprendre l'élève ? ». Comment éviter la démobilisation de l'élève sans favoriser le bien-être physique psychique et social de l'enfant ? Sans rétablir le lien social (pas seulement par le lien avec la classe d'origine), sans faire évoluer le rapport au savoir, sans (re)donner l'envie d'apprendre, sans redonner confiance à l'enfant, en son corps, ses capacités, sans l'accompagner dans sa maladie lorsque ses proches sont inquiets, voire angoissés, ses pairs éloignés, et le personnel médical occupé par les soins ?</p>
<p>Moi : Oui. Hum hum (blanc). Et le rapport, finalement, le rapport avec les familles c'est plus le rôle du coordonnateur, d'après ce que j'ai compris ?</p>	<p>Volonté de savoir si la négligence du rôle psychologique de l'enseignant s'applique également à la relation avec les familles</p>
<p>VR : Alors oui, le rôle de coordination nous prend beaucoup de temps parce qu'en fait on fait beaucoup de lien avec les établissements scolaires et puis on est en lien avec les familles aussi. Euh y'a...on parlait du pédagogique tout à l'heure parce qu'affectivement, ils sont là...on donne des cours aux élèves donc ils apprennent et y'a tout un travail aussi autour de...de l'accompagnement scolaire au sens large : les questions d'orientations, les questions d'inscriptions... Ici à Nantes on fait aussi passer les examens donc euuh et là y'a un gros travail de lien à faire avec les établissements euuh si de leur côté les médecins vont mettre en place des PAI avec les médecins scolaires et auprès des établissements pour qu'il y ait des adaptations, nous on est aussi en lien avec les établissements pour proposer des aménagements, des adaptations euuh, pour la poursuite de la scolarité. On met en place le SAPAD...voilà, ce genre de choses.</p> <p>Moi : Oui, oui, d'accord. Ok. Merci beaucoup.</p> <p>VR : Donc oui, pour revenir à ça le le lien avec la famille est évidemment très important ouais.</p>	<p>La liaison avec les parents est importante pour l'enseignant mais cette relation est ramenée dans son discours à un point de vue pratique (inscriptions, orientations, mise en place de PAI...).</p>

Entretien n°2 : AM

Entretien	Analyse
<p>Martin : Je vous en prie il n'y a pas de soucis je suis disponible là en début d'après midi donc y'a pas de problème</p> <p>Moi : Bon parfait</p> <p>Martin : Alors dites moi</p> <p>Moi : Alors, vous êtes bien coordinatrice à l'hôpital c'est ça ?</p> <p>Martin : Oui, de l'unité d'enseignement de l'hôpital, donc c'est l'école à l'hôpital en fait, qui s'appelle maintenant c'est une unité d'enseignement. Hum...ce qui change c'est que voilà il y avait 2 nouveaux décrets il y avait les créations d'unités d'enseignement, ça correspondait à l'époque à des, à des écoles à l'hôpital euh...donc du coup il n'y a pas de directeur ou de directrice mais un coordonnateur ou une coordinatrice voilà</p> <p>Moi : D'accord. Donc est-ce que vous intervenez auprès des enfants en temps qu'enseignante ?</p> <p>Martin : Non, la coordonnatrice non. Elle est déchargée d'enseignement donc je gère euh, je gère l'unité d'enseignement, donc le groupe des enseignants, euh du premier degré et du second degré parce qu'on a 9 enseignants titulaires sur le CHU euh...du 1^{er} degré, instit quoi anciennement instituteur, professeur des écoles, et on a des HSE, des heures supplémentaires d'enseignement, donc c'est un budget en fait que l'on a pour attribuer des missions ponctuelles ou à l'année à des professeurs du second degré puisqu'on prend aussi les collégiens et les lycéens. Voilà</p> <p>Moi : D'accord</p> <p>Martin : Donc je gère tout ça, plus les projets, voilà.</p> <p>Moi : D'accord. Alors mon mémoire est assez précis et concerne plus le rôle de l'enseignant à l'hôpital auprès des enfants. En fait la question principale est : est-ce que vous considérez que l'enseignant à l'hôpital doit être un tuteur de résilience pour les enfants ?</p>	
<p>Martin : Alors, précisez votre question. Tuteur de...qu'est ce que</p>	<p>Le terme de « tuteur de résilience » ne semble pas connu par l'enseignante</p>

<p>vous entendez ?</p> <p>Moi : Alors j’entends par résilience la capacité que va avoir l’élève à surmonter le choc traumatique pour en ressortir plus tranquille. Donc est-ce que cette dimension de résilience serait pour vous une dimension à intégrer dans la pratique enseignante ?</p> <p>Martin : Alors, au niveau de la (ffff)...comment vous dire...euh ça dépend effectivement euuh si la résilience...euh on entend par le fait que cette expérience qui devait être négative peut être positivée c’est ça ?</p> <p>Moi : Oui on peut le résumer comme ça. Ce serait le fait que l’école permette aux élèves de surmonter le choc plus facilement : l’affront de la maladie, la rupture du lien social... est-ce que c’est un rôle de l’enseignant d’être un vecteur, un tuteur de cette résilience, est ce que c’est ce qu’il va chercher plus que dans une école « classique », dans laquelle il peut y avoir aussi...</p> <p>A.M : C’est une bonne question. C’est une bonne question...huuum.</p>	
<p>Je sais pas si c’est notre rôle fondamental...mais certainement que ça fait partie de notre posture. Euuh, parce qu’effectivement on amène l’enfant à réaliser que ce qu’il vit de difficile, de négatif et qui pourrait arrêter sa vie...enfin arrêter ponctuellement sa vie, peut au contraire ouvrir à certaines perspectives, à des projets peut être qu’ils n’avaient pas imaginés, euh...et je pense que on est dans cette posture là de vouloir, comment dire, effectivement transformer cette expérience négative en quelque chose de porteur. Euuh...oui, ça fait partie, j’dirais que ça fait partie de notre posture. Mais de là à dire que...fff...ça mérite réflexion, mais c’est intéressant comme question. Elle est intéressante, peut-être que j’aurais besoin de retourner ça dans ma tête ou de vous mettre en contact avec d’autres enseignants. Moi j’ai enseigné aussi, donc c’est pour ça que je me permets de vous répondre, puisqu’avant d’être coordonnatrice j’ai été enseignante pendant plus de 10 ans auprès des enfants qui étaient atteints de cancer, voila.</p>	<p>AM semble intéressée par la question. Ce n’est pas de cette manière qu’elle définirait son rôle premier mais considère que cette dimension fait partie de sa posture d’enseignante, étant donné qu’elle va « amener l’élève » à transformer l’expérience négative en expérience positive, ou du moins enrichissante.</p>
<p>Huum, pffff, alors. J’ai envie de dire que ce qui fait que c’est extrêmement délicat dans le fait d’être un élève malade, c’est d’une part que ces élèves sont arrêtés vraiment dans leur projet et notamment on aurait tendance à penser qu’une grave maladie comme ça, ça peut faire perdre le statut d’élève et même de personne, d’enfant, parce que du coup ils sont complètement coupés du système, coupés de (enfin entre guillemets parce qu’on rétablit les liens heureusement) mais euuh ils peuvent passer un an</p>	<p>Conscience de la rupture sociale engendrée par la maladie.</p>

à ne pas voir leurs pairs, à ne pas voir leur classe, à ne pas aller dans leur établissement, ça peut même durer 2 ans...donc c'est quelque chose d'extrêmement compliqué pour l'enfant au départ. La première chose qu'il demande c'est « est ce que je vais redoubler ? » ou euh c'est « comment je vais faire pour continuer à travailler ? » donc c'est vraiment...les médecins nous disent que dans l'entretien quand ils font l'annonce de la maladie, pour des maladies graves, c'est la première chose qui vient à l'idée hein, à l'idée des enfants, et des jeunes même des adolescents c'est pareil, c'est en première position. Alors, non en deuxième position, la première position c'est « est-ce que je vais mourir ? » et la deuxième c'est « est-ce que je vais redoubler, ou je vais plus à l'école » donc c'est vraiment une priorité pour eux, donc effectivement dans notre posture on est là vraiment pour leur faire toucher du doigt qu'il y a des tas de possibilités et que justement on va maintenir leur statut d'élève par des dispositifs qui existent, dont on pourra parler tout à l'heure, et qu'on est là avant tout pour qu'il n'y ait pas de rupture de scolarité. Et ensuite à l'intérieur du service avec l'équipe pluridisciplinaire, les médecins etc, on est vraiment considérés comme **soins de support**. Ce qui veut dire que psychologiquement c'est extrêmement important que l'élève garde que l'enfant malade garde ce statut d'élève, et on a vu voilà des élèves s'effondrer par rapport à la maladie et très régulièrement on insiste pour les faire travailler même quand ils sont fatigués et très fatigués parce qu'on sait que **moralement ça leur fait normalement de bien de rester dans un projet de vie voilà. Donc nous notre posture essentielle c'est vraiment de faire comprendre que la maladie n'implique pas d'arrêt du projet de vie.**

Moi : d'accord

AM : Voilà donc ça c'est vraiment essentiel, on est vraiment dans le projet de vie avec toute l'équipe donc **les médecins s'occupent de la santé et nous plus d'autres intervenants sommes vraiment là dans le projet de vie c'est à dire maintenir le statut d'enfant, le statut d'élève, voilà. Donc ça c'est l'essentiel.**

Moi : D'accord, donc...

AM : Ensuite, ensuite, **deuxième point** extrêmement important pour nous, ce n'est pas ... de prendre les enfants en charge pédagogiquement parlant, c'est de **maintenir le lien avec la classe**, l'établissement, ce qui ne se faisait pas il y a quelques années. On n'arrivait pas à le faire, on ne savait pas comment le faire et on se

Importance du projet de scolarisation pour l'élève : peur de redoubler, de ne pas pouvoir continuer à travailler.

Première question au médecin : « est-ce que je vais mourir ? »

Deuxième question : « Est-ce que je vais redoubler ? »

Il serait intéressant de savoir si ces questions évoluent en fonction de l'âge des élèves (le rapport à la mort n'est pas le même enfant, ou adolescent).

Premier objectif : « pas de rupture de scolarité ».

Les enseignants sont considérés comme « soins de support ».

L'enseignante pense le projet scolaire au service du projet de vie.

Elle redéfinit l'objectif principal, rajoute un aspect supplémentaire au simple fait « d'éviter la rupture de scolarité » : « faire comprendre que la maladie n'implique pas d'arrêt du projet de vie » parce que « moralement, ça leur fait du bien de rester dans un projet de vie » : la dimension psychologique, le développement psychosocial de l'enfant sont intégrés dans la pratique enseignante.

Le maintien du lien avec la classe est le second point évoqué.

L'enseignant prend en compte les conséquences sociales de l'apparition de la maladie ou la survenue de l'accident.

Volonté de continuer à faire exister l'élève au sein de la classe.

demandait si on n'allait pas créer une radio, une télé, parce que on s'est rendu compte que les profs ou profs des écoles nous envoyaient leur comment dire

Moi : leur progressions

AM ; Leur progressions oui, leurs cours, leurs évaluations éventuellement bon tout ça. Donc on pouvait suivre le programme de la classe mais il n'y avait aucun lien c'est à dire que les petits copains ils prennent des nouvelles le premier jour puis après plus personne ne contacte l'élève malade parce qu'on n'ose pas, parce qu'on a peur, parce qu'on ne sait pas ce qu'il a etc ou parce que quand on sait ce qu'il a on a peur de, que ce soit tellement grave de ne pas pouvoir assumer des liaisons téléphoniques ou autre, donc la maladie fait que les autres élèves n'ont pas forcément le droit d'aller à la maison parce que ça doit être très restrictif au niveau hygiène etc. **Donc euh c'était un isolement complet pour ces gamins-là, c'est à dire que élève malade en longue maladie ça voulait dire rupture sociale.** Et donc depuis quelques années, après avoir tergiversé, cherché des pistes, on a eu l'occasion de travailler sur la visioconférence et donc on demande maintenant systématiquement au professeur ou au professeur des écoles de mettre en place la visio (donc un ordinateur au chevet de l'élève ou au domicile de l'élève, et un ordinateur en classe) de façon à ce que l'enfant quand il est en forme ou pour certaines matières, va se connecter, va voir sa classe, va entendre son prof, va pouvoir garder le lien, et ça c'est extraordinaire voilà. **Donc ça c'est un lien extrêmement important et alors là au niveau de comment dire de...du statut social de l'élève c'est extrêmement important de se dire qu'il existe toujours au sein de sa classe, qu'il est toujours là, et au niveau après de la ré-intégration dans l'établissement scolaire ça simplifie les choses puisque finalement ça lui permet et de garder le rythme, et de voir ce que font les autres, et de faire un peu s'il peut, avec sa classe, et de ré-intégrer sa classe puisque finalement il n'aura pas disparu, il n'aura pas complètement disparu, il aura été présent par le biais de l'ordinateur voilà.** Et il va se développer d'ailleurs d'ici quelques mois euh le gouvernement développe la mise en place de robots, donc ce sera des petits robots à la place des ordinateurs qui remplaceront l'élève malade en classe.

Moi : D'accord, ok ! Oui donc en fait le fait de proposer des actions et des activités qui restaurent et maintiennent le lien social c'est aussi une action qui va quand même en faveur de cette résilience de

l'élève finalement.

MA : Oui, oui on peut le voir comme ça.

Moi : Et vous pensez qu'en tant qu'enseignant à l'hôpital, on développe un type de rapport avec l'élève différent par rapport à un enseignant en classe ordinaire ?

MA : Euh oui je pense. Je pense, moi souvent ce qu'on entend comme écho lorsqu'on se met en contact avec les établissements c'est « il est malade laissez le tranquille ». « Il a un cancer, pourquoi vous l'embêtez ? » Voilà. Donc il y a déjà cette méconnaissance de l'intérêt de rester élève, de l'intérêt de ne pas se concentrer que sur sa maladie, euh les enseignants à l'extérieur considèrent que les maintenir au travail constitue un handicap...c'est exactement l'inverse hein. Donc c'est bien qu'on n'a pas la même position qu'un enseignant lambda puisque nous on a cette conscience-là que le projet scolaire ne doit surtout pas s'arrêter. Au contraire qu'il est vecteur de...voilà...de résilience si vous voulez, ou qu'il est vecteur d'un...d'un état de santé psychique meilleur.

Moi : Oui c'est vrai que la santé comprend aussi le bien-être social et psychique...et ce serait d'ailleurs intéressant de...

MA : Ensuite on a aussi une posture, enfin une posture...on a une relation différente parce qu'il faut à la fois être en empathie extrême...mais j'dirais que bon à la limite on devrait être empathique même en étant dans une classe avec des élèves à besoins particuliers voilà. Quelque part, ça ne devrait pas être différent d'une classe avec des élèves à besoins particuliers, mais euh là il y a le fait de cette maladie qui pourrait faire qu'on soit moins ambitieux, qui pourrait faire qu'on baisse les bras parce que quand on les voit à moitié hors service, on qu'on les voit près de la mort, peut être, on ne sait pas...on pourrait effectivement quelque part, laisser....tomber, pas laisser tomber mais être moins vigilant, parfois renoncer...voilà moi j'ai des enseignants je vois très bien la différence entre certains enseignants qui renoncent très facilement parce qu'à l'hôpital en fait on est confronté à des tas d'obstacles parce que y'a l'état de santé de l'enfant, mais il y a aussi les soins donc on va aller faire un cours et en fait non il y a un soin, ou une opération, une radio, y'a un machin, donc il faut revenir après. Ensuite on met en place je sais pas, de la visio, on met en place

AM pense que l'enseignant à l'hôpital développe un type de rapport différent avec l'élève. Elle justifie cette affirmation par le fait que les enseignants de milieu ordinaire ne comprennent pas l'intérêt pour l'élève hospitalisé de continuer le projet scolaire. AM au contraire pense que les enseignants à l'hôpital ont conscience que la scolarité ne doit pas s'arrêter, qu'ils sont vecteurs de résilience, d'un état de santé psychique meilleur.

Tentative de relance : nous voulions davantage connaître le type de rapport entretenu avec l'élève qui favoriserait cette résilience et un état psychique meilleur, plutôt qu' l'établissement du constat.

AM reprend la parole pour l'explicitier. Le rapport repose selon elle sur une empathie extrême. A cette empathie s'ajoutent beaucoup de persévérance et d'adaptabilité. Certains enseignants, tout en gardant leur empathie, insistent pour donner cours à un élève même s'il est fatigué, même s'il « n'a pas le moral », et sont explicites avec l'enfant : « il y en a d'autres qui insistent, qui contournent la difficulté, qui expliquent à l'enfant que c'est bien pour lui, que c'est pour lui qu'on le fait, que c'est important, que ça ira mieux après, qu'il suffit de s'y mettre ».

<p>certain cours etc, ah ben non en fait l'enfant n'est pas là, ou l'enfant n'est pas dispo, ou l'enfant n'est pas en forme, ou l'enfant n'a pas le moral, bon ben on repart. Certains enseignants repartent, y'a des enseignants qui repartent et qui disent « ah ben non j'ai pas pu travailler avec » puis il y en a d'autres qui insistent, qui contournent la difficulté, qui expliquent à l'enfant que c'est bien pour lui, que c'est pour lui qu'on le fait, que c'est important, que ça ira mieux après, qu'il suffit de s'y mettre et puis.. Donc c'est un travail qui est, comment dire, qui demande énormément d'adaptabilité euh énormément d'empathie bien sûr mais également une certaine comment dire persévérance. Persévérance voilà. Alors après, bon on devrait tous être comme ça même dans les classes hein.</p>	<p>Pour AM, bienveillance extrême, persévérance et adaptabilité devraient également être applicables à l'enseignement en milieu ordinaire. Elle se pose alors la question de ce qui diffère.</p>
<p>Moi : Oui c'est sûr</p> <p>MA : Il y a la maladie peut-être qui est un facteur, voilà, qui ajoute une angoisse mais peut-être plus une angoisse au niveau de notre posture d'adulte et on peut faire un transfert. Moi quand j'ai débuté, la coordinatrice de l'époque m'avait dit « attention, le danger à l'hôpital c'est de faire un transfert sur tes propres enfants etc », c'est à dire « ce sont des élèves malades que tu as, ce ne sont pas tes enfants », euuuh mais il peut y avoir affectivement cette posture difficile. Il peut y avoir aussi un rapport à la mort ou un rapport à la maladie que l'on a chacun différemment et qui peut nous renvoyer des choses très difficile. Il y a des profs qui ne peuvent pas enseigner au CHU.</p>	<p>Sa conclusion est la suivante : c'est la maladie, la possibilité de transfert sur ses proches et le rapport à la mort des adultes qui différencie les rapports entretenus avec les élèves, par rapport à un milieu ordinaire. L'hypothèse que nous effectuons est alors qu'AM pense que c'est le vécu personnel des enseignants qui influence leur « posture » vis-à-vis des élèves. La résilience des élèves serait alors dépendante du vécu des enseignants, de leur propre rapport à la mort ou à la maladie.</p>
<p>Mais bon je dirais que ça c'est propre au CHU, mais bon ça peut l'être aussi dans le handicap, ça peut l'être avec la trisomie, l'autisme, voilà. La différence moi je dirais que c'est vraiment le rapport avec la mort. Ouais, ouais, ouais. Qui fait qu'il faut qu'on prenne beaucoup de recul alors après on a quand même une chance inouïe à l'hôpital qui est qu'on travaille en équipe pluridisciplinaire ce qui n'est pas le cas dans les établissements scolaires : donc il y a des médecins, des psychologues, il y a des éducateurs, il y a des orthophonistes, il y a des kinés enfin etc, il y a même des clowns, et c'est vrai que le travail en équipe pluridisciplinaire permet de prendre beaucoup de recul, de s'entraider, voilà de considérer l'enfant dans sa globalité plutôt que dans un établissement scolaire ou l'on ne voit que le scolaire bien souvent. Là on peut avoir beaucoup de recul grâce à une équipe pluridisciplinaire qui sont des professionnels vraiment, et quand je vous dis professionnel j'insiste, je veux dire que ce sont des gens généralement très</p>	<p>La deuxième différence selon AM est que l'équipe pluridisciplinaire qui entoure l'enfant à l'hôpital permet de le considérer dans sa globalité, alors qu'on ne « voit souvent que le scolaire » en milieu ordinaire.</p>

<p>compétents en pédiatrie parce qu'ils sont très très touchés par le...peut-être plus que chez les adultes, ils sont particulièrement investis en pédiatrie.</p> <p>Moi : D'accord. Et au niveau des dispositifs pédagogiques, vous m'aviez dit que vous aviez des dispositifs particuliers d'enseignement ?</p>	<p>Maintenant que l'enseignante a clarifié la « posture », les rapports entretenus avec les élèves, la question se pose des dispositifs pédagogiques adoptés (travail en groupe, projets, ateliers...) à l'hôpital et qui iraient en faveur d'une éventuelle résilience.</p>
<p>AM : Oui oui, alors, à partir du moment où un enfant est malade ou accidenté plus de 15 jours ou 3 semaines, je crois que c'est 15 jours maintenant dans la nouvelle circulaire, vous pourrez regarder, ben je vous enverrai le lien. Donc à partir du moment où un enfant est malade ou accidenté, euh plus de 15 jours, il a droit à un dispositif éducation nationale qui s'appelle les APAD. Les APAD c'est l'Aide Pédagogique A domicile à l'hôpital et à l'établissement (APADHE), je vous enverrai la circulaire qui vient de sortir. Et euh...donc en fait ça c'est un des dispositifs pour les enfants malades, c'est à dire que la coordonnatrice APAD ou SAPAD puisque c'est un service va contacter l'établissement de l'enfant, enfin déjà avant ça les parents font la demande d'APAD. Le dossier avec certificat médical est étudié par le médecin conseil du rectorat. Lorsque le médecin conseil du rectorat a donné son aval, l'APAD peut être déclenché et à ce moment-là il est donné quelques heures d'enseignement toutes les semaines, ou par semaines enfin c'est par période (ça va de vacances à vacances). Donc ça c'est un premier dispositif c'est-à-dire que grâce au SAPAD on peut dire qu'un enfant qui a par exemple un cancer, qui va être déscolarisé (entre guillemets car ils ne sont pas dés-inscrit de leur classe hein, la déscolarisation ça veut dire normalement une désinscription de l'école mais là c'est pas le cas) donc qui ne peuvent pas aller dans l'établissement scolaire pendant plusieurs mois, voire un an, voire 2 ans, va avoir droit à ce dispositif donc des profs de sa classe, ou de son établissement, ou si on trouve pas on va aller chercher dans un établissement à coté, qui va se rendre à son domicile pour lui donner des cours dans certaines matières pour lui permettre d'avancer. Ce dispositif ça permet, quand c'est bien mis en place, quand on trouve les profs, même si ce n'est que 6h max par semaine, ça permet généralement aux enfants de ne pas redoubler (on a très très peu de maintiens lorsqu'on met en place ce SAPAD et puis hors COVID parce que là actuellement c'est une cata puisque les professeurs n'ont pas le droit d'aller à domicile donc ça se fait par visio c'est beaucoup plus compliqué je pense que cette</p>	<p>La question semble avoir été mal posée, le terme de « dispositif » pouvant être polysémique dans le lexique relatif à l'enseignement.</p> <p>Nous attendions en effet des dispositifs pédagogiques dans le sens de types et de modalités d'activités (groupe pédagogique, pédagogie de projet, ateliers, activités développant l'imagination, activités de coopération, pratique théâtrale...).</p> <p>L'enseignante détaille le dispositif de l'APADHE et ses possibilités de mise en œuvre, le CNED,....</p> <p>Il est intéressant dans ce discours de relever le fait que le SAPAD permet la continuité pédagogique et restreint le nombre de maintiens HORS COVID.</p> <p>AM mentionne en effet « on a très très peu de maintiens lorsqu'on met en place ce SAPAD et puis hors COVID parce que là actuellement c'est une cata puisque les professeurs n'ont pas le droit d'aller à domicile donc ça se fait par visio c'est beaucoup plus compliqué je pense que cette année on aura beaucoup plus de maintiens ».</p> <p>Cela montre selon nous l'importance de la présence de l'enseignant, son rôle dans la santé psycho-social des élèves, et donc dans leur potentielle « résilience ». L'élève apprend moins bien en l'absence de l'enseignant parce que ce dernier ne fait pas que dispenser des savoirs et des compétences. Comme dans toute relation sociale, sa présence a un impact sur les apprentissages parce qu'elle peut rassurer l'élève, elle permet des interactions non verbales plus nombreuses,...</p>

<p>année on aura beaucoup plus de maintiens).</p> <p>Mais bon voila, il y a ce dispositif la ensuite il y a le dispositif CHU. Donc lorsque l'enfant n'est pas à son domicile mais est au CHU il est pris en charge par les enseignants de l'unité d'enseignement, ou par des enseignants du secondaires HSE. Suivant certains établissements (Toulouse, Marseille) ils ont aussi des professeurs du second degré attirés sur le CHU réguliers. Bon nous ça fonctionne un peu différemment à Montpellier mais je peux missionner des enseignants.</p> <p>Donc voila ça ce sont les 2 dispositifs financés par l'Education Nationale.</p> <p>Ensuite il y a un troisième dispositif qu'on met en place depuis plusieurs années et qui ne fait que se développer, c'est la visio. Donc par le biais de la visioconférence, on les met non seulement en lien avec leur établissement, mais en plus ils peuvent suivre des disciplines qu'on ne pourrait pas donner, par exemple en SAPAD parce qu'on n'a pas assez d'heures, ou au CHU parce qu'il n'est pas suffisamment au CHU. Donc ça veut dire qu'on peut rajouter des disciplines si l'enfant suit les cours de sa classe en visio. La visio permet d'ajouter du contenu pédagogique ET de maintenir ce lien social. Voilà les dispositifs qui existe. Après il existe aussi le CNED, en dernier recours moi j'dirais parce que quand on est malades, qu'on a une lourde pathologie, suivre des cours du CNED c'est quasi impossible pour l'enfant. Parce que dans la mesure où nous on se rend compte que s'il n'y a pas de présence humaine, c'est-à-dire des profs à domicile, ou des profs sur le CHU...si le CNED il envoyait des profs ça irait très bien mais le CNED il envoie que des cours...donc au bout d'un moment l'enfant se démobilise, il n'a plus le rythme, c'est trop compliqué, la maladie rajoute de la fatigue, des pertes de mémoire etc, et donc la démotivation se fait, la solitude gagne et c'est quasi impossible, moi j'ai jamais vu un gamin réussir son année au CNED à l'hôpital. Voilà. Donc j'imagine qu'il y en a qui le font, que je ne connais pas, et qui essayent et ça peut être aussi une solution.</p> <p>...</p>	<p>A ce sujet, Maël Virat, chercheur en psychologie, a réalisé une interview sur France Culture concernant la scolarisation des élèves au temps de la COVID 19 :</p> <p>« <i>LT : Qu'est-ce qui fait que ça fonctionne, que les relations se nouent ?</i></p> <p><i>MV : Ce ne sont pas les mêmes choses qu'en présentiel, il n'y a pas toute la communication verbale, les mimiques de l'enseignant, les sourires, les regards, tout ce qui montre à l'élève qu'on est là, qu'on le soutient, qu'on l'encourage. Ce que nous savons aujourd'hui, c'est que ce qui fonctionne, ce sont les interactions réelles (...)</i> »</p> <p>Si la visioconférence en temps normal (hors COVID) permet de maintenir un peu le lien social (car elle permet d'envoyer des messages, faire des retours, user de l'humour, utiliser des émoticônes...), le CNED, selon AM, n'est pas efficace pour continuer le projet scolaire car il nie la dimension sociale des apprentissages ainsi que les ruptures engendrées par la maladies (ruptures temporelles et cognitives, conséquences physiques) : « au bout d'un moment l'enfant se démobilise », « il n'a plus le rythme », « la solitude gagne ».</p>
<p>Moi : Y a-t-il des salles de classe au sein de l'hôpital dans lequel vous exercez ?</p>	<p>Discussions intermédiaires non sélectionnées/théoriques.</p> <p>Volonté de connaître le contexte d'enseignement</p>

AM : Oui, alors c'est un peu différent dans chaque hôpital. Chaque académie gère, c'est une gestion académique et même parfois départemental, parce qu'il n'y a pas à Perpignan ou à Nîmes ce qu'il y a à Montpellier ou à Béziers. Donc, oui je dirais que c'est départemental. Mais en tout cas nous au CHU on a 9 enseignants du 1^{er} degré et normalement on a 9 classes mais bon actuellement les hôpitaux sont à cours de salles donc il y a certains enseignants qui ne font pas des prises en charge dites « pédagogiques », purement pédagogiques, qui vont faire plutôt des prises en charge de groupes d'enfants, sur le comportement, sur la posture scolaire etc ou sur l'attention voilà pour les hyperactifs ou pour voila, donc qui partagent leur salle on va dire , la classe peut devenir une salle partagée, avec d'autres corps de métiers. Euh, mais normalement on a chaque enseignant a une classe à l'hôpital parce qu'on est quand même disséminés là sur Montpellier euh vous vous êtes de Perpignan c'est ça ?

Moi : Oui c'est ça

AM : Donc peut être que vous ne connaissez pas mais à Montpellier les hôpitaux ne sont pas tous à coté, il y a peut-être 1 ou 2 arrêts de TRAM, et donc on a on a des enseignants un peu partout et oui ils peuvent travailler dans une classe oui.

Alors après, y'a certains qui travaillent dans des classes parce qu'ils ont des enfants qui peuvent aller en classe, donc ils travaillent en micro-classe, 5 élèves maxi, en revanche si on prend les pathologies lourdes c'est souvent du travail en chambre. Parce que les élèves ne pourront pas se déplacer, ou seront branchés. **Alors, on peut quand même les débrancher avec le pied à perfusion et les amener dans la classe, hein ça se fait le plus possible. Dès qu'on peut en fait on les sort de leur chambre et de leur lit** mais il faut pas s'imaginer (en tout cas ici hein, c'est peut-être différent à Marseille car j'ai cru comprendre qu'à Marseille ils avaient des salles dans un même lieu, plusieurs salles comme une école), alors que nous c'est vraiment une classe au milieu du service, dans des services différents. On est vraiment éloignés les uns des autres. Voilà, mais il y a vraiment une entité classe et un enseignant dans certains services, qui sont implantés et les enfants peuvent se rendre dans la classe si physiquement ils le peuvent.

Moi : Dans ces classes, au niveau des types d'activités proposées, est-ce que vous privilégiez par exemple, des activités de groupe

Amener l'enfant habituellement en chambre en classe « se fait le plus possible ». On fait donc l'hypothèse que les enseignants considèrent que la restauration du lien social est essentielle et ne se fait pas seulement par le maintien du lien avec la classe d'origine, mais également par la mise en place de situations de classe

Retour sur le sujet que nous avons tenté d'aborder précédemment : le type d'activités proposées aux élèves.

dans l'idée encore une fois de rétablir le lien social, est-ce que vous proposez des activités particulières ?

AM : Alors dès que c'est possible oui, on privilégie le groupe parcequ'en effet il y a cette rupture et on en est tous conscients. Ce n'est pas toujours possible malheureusement et je pense notamment à l'hémato-oncologie, où on peut dire qu'ils ne sont quasiment jamais en groupe. Donc si on ne met pas la visio avec leur classe, ce sont des enfants qui vont se retrouver peut-être trois quatre fois par an à 2 ou 3 élèves et puis ce sera même pas le même niveau, même pas le même âge, donc c'est très compliqué. Donc ça ça dépend vraiment des pathologies, il peut y avoir des maladies qui isolent où il est très difficile de regrouper les enfants. Euuuh, après au niveau des activités qu'est-ce qu'on privilégie ?

Alors ça dépend des cursus, des pathologies et des âges des enfants. Donc si les enfants ont une pathologie sommativ (c'est-à-dire toutes les pathologies qui affectent le corps, pas la psyché, donc pas des maladies psychiatriques), euh tout ce qui est cancer, maladie du rein, du cœur, etc, euh les pathologies sommatives on va travailler bien sûr le programme scolaire de l'enfant parce que l'objectif ça va être qu'il n'ait pas la double peine, c'est à dire la maladie + un redoublement ou un maintien. Donc c'est-à-dire le faire avancer dans son programme, donc on va privilégier les activités qui font travailler les compétences fondamentales.

Bien sûr on ne pourra pas tout faire travailler. En revanche, en étant en relation duelle avec l'enfant, ça va beaucoup plus vite que dans une classe. Ça peut aller beaucoup plus vite que dans une classe. Et puis s'il y a des difficultés ça peut aller beaucoup plus vite de les percevoir et de les dépasser. Donc même si on ne fait pas tout l'ensemble du programme, on va aller à l'essentiel et on va faire en sorte qu'il ait le moins de lacunes possibles.

Au collège ou au lycée, ça se complique parce qu'il y a une multiplicité de matières et puis il y a les examens finaux, donc c'est pareil on va privilégier les matières fondamentales et jusqu'au brevet on va privilégier ce qui va être demandé au brevet, donc histoire-géo, anglais, français, maths, et puis bien sûr on laisse tomber musique, arts plastiques, etc etc, sauf qu'on va mettre en place des projets sur l'hôpital, on peut mettre en place des projets sur les arts plastiques, on a...tous les ans on fait la « grande

Le travail en groupes est privilégié car d'après AM, tous les enseignants sont conscients de la rupture sociale engendrée par la maladie.

L'enseignante décrit ici l'objectif des activités sans décrire un type d'activités spécifique. Les activités mises en place doivent faire « travailler les compétences fondamentales ». On peut cependant faire travailler les compétences fondamentales de multiples façons (de manière transmissive, à travers des projets, par le théâtre, par des activités favorisant la manipulation, ou la coopération, par le jeu...).

Il semble y avoir à l'hôpital un facteur « temps » (beaucoup moins d'heures d'enseignement qu'en milieu ordinaire) qui fait que l'enseignant a tendance à « aller à l'essentiel ». Nous faisons alors l'hypothèse que la mise en œuvre de projets interdisciplinaires, de pièces de théâtre, d'ateliers semblables à « Si on rêvait », décrit dans la partie théorique, pour l'acquisition des compétences essentielles à l'hôpital est chronophage et permet plus difficilement de cibler des compétences précises du programme (davantage de compétences globales). Des projets sont organisés mais ne semblent pas, d'après les dires de l'enseignante, être réalisés dans le même objectif d'acquisitions des compétences que les activités visant à « passer au niveau

<p>lessive », qui est une journée d'arts éphémères, euh on peut faire voilà on peut avoir des projets, on avait eu un projet sur la Gaule antique, on peut avoir des projets de tous ordres après, on peut rajouter des choses hein, mais essentiellement voilà, on se calque à ce qui est nécessaire pour réussir les examens et pour passer au niveau supérieur, euh on va développer, notre prochain projet c'est de développer le sport parce que euh...voilà on s'est rendu compte que lorsque l'enfant ré-intègre l'école, dans la mesure où il a été malade on le dispense systématiquement de sport et c'est très dommage parce qu'on peut faire du sport adapté donc ça va être notre nouveau cheval de bataille... Euh, la musique on laisse tomber, les arts plastiques MAIS à l'hôpital il y a des intervenants, à Montpellier en tous cas, des intervenants associatifs on peut avoir des gens du conservatoire, on peut avoir des intervenants en arts plastiques, etc donc là ils sont plutôt pris en charge par les éducateurs des services.</p>	<p>supérieur ». Il nous semble plutôt que ces projets artistiques, sportifs, historiques... peuvent être la source de l'acquisition de compétences nombreuses, mais également d'une amélioration de l'état psychique qui permet aux élèves de mieux entrer dans les apprentissages.</p>
<p>Euh voilà donc ça c'est pour les maladies somatiques et pour les maladies psy en revanche, ça dépend des profils des enfants mais ça peut ne pas être du tout une prise en charge pédagogiques c'est-à-dire qu'on ne va pas du tout travailler le programme de l'école, en revanche on va travailler la posture de l'élève. Parce que souvent ils sont en rupture parce qu'ils sont complètement inadaptés au système scolaire, suivant les pathologies psy qu'ils ont, euh...ils ont un déficit d'attention, ils ont un trouble neurologique etc, donc on va travailler sur autre chose. Donc on va travailler sur l'attention, on va travailler sur la métacognition, sur toutes les procédures de résolution de problèmes, etc. Donc plutôt la posture de l'élève, plutôt son comportement, c'est plutôt une aide à la mise en place du projet scolaire.</p>	<p>Ce rôle « psychique » semble être davantage attribué aux associations à travers des interventions artistiques, musicales...</p> <p>AM différencie les activités proposées à des élèves atteints de pathologies somatiques de celles proposées à des élèves atteints de pathologies psychiques. Pour ces derniers, l'enseignement représenterait davantage une « aide à la mise en place du projet scolaire » qu'un « maintien du projet scolaire ». Cette différenciation est expliquée par l'enseignante par leur inadéquation au système scolaire due à leur pathologie. Cependant, un élève atteint d'une lourde pathologie somatique ou un élève en fin de vie se retrouve selon nous momentanément en inadéquation avec les attentes du système scolaire, non pas à travers sa posture (comme il en est mentionné ici) mais par l'évolution de son rapport au savoir (on sait que l'élève se dirige au début vers des apprentissages concrets, en lien avec le milieu hospitalier dans lequel il est immergé).</p>

Entretien n°3 : ML

Entretien	Analyse
<p>Moi : Vous êtes enseignante spécialisée, au sein du service de pédiatrie c'est bien ça ?</p> <p>Lancien : Oui c'est ça. J'interviens en pédiatrie grand enfant mais je peux en fait selon le nombre d'enfants j'interviens aussi en hématologie ça m'arrive.</p> <p>Moi : D'accord. Alors dans le cadre de mon mémoire, j'ai finalement des questions assez précises concernant votre perception de votre rôle auprès des élèves. Tout d'abord est-ce que vous pensez que l'enseignant à l'hôpital doit être un tuteur de résilience pour les enfants ? Autrement dit, est-ce que pour vous, la résilience est une dimension à intégrer dans la pratique enseignante ?</p> <p>Lancien : Euh...dans quel sens ?</p> <p>Moi : Eh bien la résilience pourrait se définir comme la capacité que vont avoir les élèves à surmonter le choc traumatique pour en ressortir plus « forts » entre guillemets, enfin plus tranquilles ; cette dimension de résilience est-elle à développer dans la pratique enseignante d'une manière particulière à l'hôpital, par rapport à un milieu ordinaire par exemple ?</p> <p>Lancien : La résilience elle va s'appliquer dans la mesure où le fait d'avoir école à l'hôpital, l'enfant va avoir une impression de normalité qu'il n'a plus avec l'hospitalisation. C'est de se retrouver élève. Mais nous on va pas faire de choses spécifiques « résilience » quoi. Hein. Mais effectivement on s'aperçoit que, entre un enfant qui au début qui arrive qui n'a aucune charge scolaire et quand il commence à avoir une prise en charge scolaire, les médecins nous disent que moralement, ils sentent qu'ils vont mieux. Hein.</p> <p>Moi : D'accord. Ok</p> <p>Lancien : Mais c'est plus les médecins qui vont faire cette constatation-là, hein, et en fait nous un de nos principes...ce qui est principal dans notre rôle c'est de rester à notre place d'enseignant justement. Pour l'enfant. Par exemple à l'hôpital de Rennes nous on n'a pas de blouse blanche. Y'a des hôpitaux où les enseignants</p>	<p>Hypothèse : - Méconnaissance du terme de résilience</p> <p>L'enseignant pense que la résilience n'est pas favorisée par une posture particulière de l'enseignant(e) mais par le fait d'avoir école à l'hôpital, par la continuité des apprentissages et le maintien du statut d'élève. Elle mentionne en effet qu'à partir de la prise en charge scolaire, « les médecins (...) disent que moralement, ils sentent qu'ils vont mieux ».</p> <p>Le bien-être moral semble donc pour cette enseignante être davantage le rôle de l'équipe médicale que celui de l'équipe enseignante.</p> <p>La suite du discours vient corroborer cette affirmation : « c'est plus les médecins qui vont faire cette constatation-là (...). Ce qui est principal dans notre rôle c'est de rester à notre place d'enseignant justement. ».</p>

ont des blouses blanches. Et nous on n'en a pas. Pour que les enfants nous identifient bien en tant qu'enseignants. Et pas en tant que soignants.

Moi : Et vous avez un pôle enseignement réservé dans le CHU ?

Lancien : Oui en fait nous on a deux salles de classe, une salle en hématologie et une salle en pédiatrie, mais sachant qu'on intervient parfois au chevet parce qu'il y a des enfants qui peuvent pas, quand ils sont en ou quand ils sont en () ou quand ils sont dans le secteur de greffe, nous sommes obligés d'aller à leur chevet.

Moi : Donc oui, le fait pour l'élève de devenir résilient se fait plus par la continuité des apprentissages et le médecin le constate plus de par son rapport avec l'élève mais...

Lancien : Et par le fait de leur redonner confiance en leur capacité aussi. Hein

Moi : Et est-ce que vous pensez que l'enseignant à l'hôpital a un rapport avec l'élève particulier, une posture différente par rapport à un enseignant en milieu ordinaire ?

Lancien : Ben déjà à l'hôpital on va s'adapter au niveau de l'élève et on est en individuel donc on est dans une relation duelle ce qui fait que l'enfant va poursuivre ses apprentissages enfin nous parfois on peut en avoir plusieurs mais quand on va par exemple en hémato ou dans le secteur de greffe, et qu'ils sont alités on va être en relation duelle. Donc forcément on va construire un apprentissage spécifique et adapté et puis pour la résilience on va s'adapter à leurs capacités parce que par exemple il faut savoir qu'un enfant qui a des traitements d'hémato ça agit sur le graphisme. Donc euh, euh on va, on va pas lui demander d'écrire les chiffres, quand il doit compter, puis on va plutôt lui donner des petites étiquettes avec des chiffres qu'il va coller.

On va pas le mettre en difficulté et on va progressivement réacquérir le graphisme, ou l'acquérir.

Je parle chez les petits, chez les jeunes. Les enfants de grande

Volonté de savoir si ce clivage enseignement/soin se ressent également dans la structure du CHU (salles de classe au sein des différents services, ou pôle d'enseignement isolé).

L'hypothèse n'est pas vérifiée. Les salles de classe sont au sein des services de pédiatrie et d'hématologie, donc intégrées.

Reformulation

Importance accordée au fait de redonner confiance aux élèves (et plus du simple maintien des apprentissages). De quelle manière l'enseignante pense-t-elle redonner confiance aux élèves ?

Adaptation à l'élève (à son niveau scolaire et en prenant compte des conséquences physiques et cognitives engendrées par la maladie), relation duelle accélérant les apprentissages.

section-CP.

Moi : Oui, on s'adapte à l'élève plus facilement en relation duelle.

Lancien : Par contre pour travailler à l'hôpital il faut avoir une bonne vision globale de la scolarité de l'enfant hein. Je pense qu'en début de carrière c'est compliqué de travailler à l'hôpital. Hein. Parce qu'on intervient quand même de la moyenne section jusqu'au CM2.

C'est des postes quand même très très particuliers. Quand on commence à enseigner c'est compliqué d'être sur ces postes-là. Parce que d'une semaine à l'autre vous allez changer complètement d'enfant. Ils viennent pour des traitements puis ils repartent etc. et dans une journée vous allez aussi bien passer du CM2, au CP, au CE1.

Moi j'ai fait 19 ans en milieu ordinaire avant de travailler à l'hôpital. Et là j'aurais fait 19 ans auprès des enfants malades.

Moi : D'accord ! Et donc le maître mot de la scolarisation à l'hôpital ce serait surtout la continuité des apprentissages, enfin retrouver un lien avec la normalité quoi ?

Lancien : Oui un lien avec l'école ordinaire, hein très important le lien pédagogique avec l'école ordinaire parce que le but c'est de...qu'il retrouve leur place d'élève dans leur établissement après, et puis ben il y a tout un travail après avec l'école pour la mise en place du PAI et faire en sorte qu'ils ré-intègrent leur école dès que c'est possible, ou avec aménagement. Souvent on participe aux équipes quand il y a des aménagements à mettre en place. Et puis c'est de faire en sorte que l'enfant se voit en tant qu'élève et non en tant que malades quand il est avec nous.

Moi je ne leur parle jamais de leur maladie. Je ne leur demande jamais ce qu'ils ont. Je sais ce qu'ils ont parce que je demande seulement aux médecins les incidences que ça peut avoir sur la scolarité, pour savoir par exemple si certains médicaments vont les ralentir dans leur apprentissages, ou vont avoir des effets sur le graphisme parce qu'il vont avoir des effets au niveau moteur mais je ne vais pas aux réunions médicales trop importantes parce que je veux rester sur l'image de l'enfant que je vois, je veux rester dans ma posture d'enseignant. Très important.

Conseil pour travailler auprès des enfants hospitalisés centré sur une vision globale de la scolarité et des programmes, contrairement à AM qui insistait sur le rapport à la mort de l'adulte et la possibilité de transfert.

Discours plus pragmatique.

Priorités de l'enseignante :

- Scolaire : Continuité pédagogique
 - Sociale : Lien avec l'école ordinaire
 - Psychologique : L'enfant doit se voir comme un élève et non comme un malade.
- L'enseignante ne leur parle donc jamais de leur maladie, ne se rend pas aux « réunions médicales trop importantes » pour « rester sur l'image de l'enfant [qu'elle] voit ».
- Cependant, selon nous, l'enseignante ne semble pas adopter un « juste milieu » dans sa posture : le fait de garder un masque impassible ou une attitude trop contrôlée peut être une source d'insécurité chez l'enfant ; ce sentiment d'insécurité peut néanmoins être également lié à l'expression de trop d'émotions de la part de l'enseignant, de pitié ou de désarroi, qui peuvent augmenter son inquiétude.
- Le fait de ne s'intéresser qu'aux conséquences de la maladie sur le plan scolaire, de la considérer inexistante en présence de l'enfant permet en effet à l'enfant-patient de se sentir élève, mais plus difficilement enfant-élève. L'école à l'hôpital semble davantage perçue par

<p>Moi : Donc finalement vous voyez pas, enfin par rapport aux 19 ans que vous avez faits en milieu ordinaire, vous ne percevez pas ou peu, dans votre posture par rapport à l'élève, de différence finalement ? Mis à part que c'est une relation duelle et que c'est plus individualisé.</p> <p>Lancien : Oui, c'est la même chose, hein. On s'adapte, on peut pas en demander autant à un enfant malade. On va faire 1h de classe par jour hein avec un enfant malade. Relation duelle en 1h on a le temps de faire beaucoup de choses hein. Et puis on va s'adapter. Si un jour il n'est pas en forme on va faire un petit moins et un peu plus le lendemain. Je veux dire, il faut savoir s'arrêter aussi quand on voit que l'enfant ne va pas bien. Parce que l'enfant il n'osera pas toujours vous dire. Mais bon, c'est à nous d'être vigilant et de voir les signes qui alertent.</p> <p>Euh, il y aura ça qui sera différent. Mais dans une classe lambda, maintenant, depuis qu'on intègre tous les enfants, euh, euh, un enseignant ordinaire il peut avoir un enfant qui par exemple fait des crises d'épilepsie et puis être amené aussi à des moments où l'enfant n'est pas réceptif, euh...puisqu'avec la loi de 2005 on, on, on accueille tout le monde à l'école je veux dire, euh de l'autre versant ça se retrouve aussi en école ordinaire.</p> <p>Moi : Oui il doit y avoir beaucoup de situations qui se rejoignent finalement.</p> <p>Lancien : Voilà. Moi aussi j'essaie quand je suis avec l'enfant de regarde le visage de l'enfant, de regarder sa feuille, de regarder sa main, de regarder ce qu'on est en train de faire. Je ne vais pas regarder par exemple en dialyse y'a plein de machines. Je vais pas focaliser là-dessus je focalise sur l'élève. Vous voyez ? De même qu'un enfant qui vient d'être amputé, quand vous arrivez ils vous testent les enfants hein. C'est-à-dire qu'il met bien le moignon en évidence pour voir si vous allez réagir. Et moi je ne dis jamais rien. Je fais celle qui n'a pas vu. S'ils veulent en parler ils en parlent et je leur réponds. Et le lendemain vous revenez : ils ont mis le drap ! Mais...vous voyez. Parce qu'ils veulent voir si vous</p>	<p>l'enseignante comme une école de relais, une école « continuée », que comme une école réparatrice, une « halte pédagogique ».</p> <p>Tentative de vérification de l'hypothèse selon laquelle l'école est davantage pensée comme une école de relais.</p> <p>L'enseignante, qui a effectué 19 ans de service en milieu ordinaire et 19 ans à l'hôpital, considère que ces deux faces d'un même métier sont presque identiques. La différence réside dans le fait qu'il faut davantage, dans l'enseignement d'élèves hospitalisés, s'adapter à la maladie en portant attention aux signes de fatigue, de douleur... « Je veux dire, il faut savoir s'arrêter aussi quand on voit que l'enfant ne va pas bien. Parce que l'enfant il n'osera pas toujours vous dire. Mais bon, c'est à nous d'être vigilant et de voir les signes qui alertent. »</p> <p>La dimension psychologique de l'enseignement de ML semble davantage reposer sur la communication non-verbale. Elle ne parle pas de la maladie, focalise son regard sur l'élève et non sur les machines qui l'entourent ou sur ses modifications physiques. En revanche, elle n'hésite pas à répondre aux élèves s'ils désirent parler. L'enseignante met tout en œuvre pour que l'enfant malade se considère comme un élève normal, dans un objectif de poursuite du projet scolaire.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

les considérez toujours comme avant ou si vous les voyez changés.

Nous on les a comme ça avant qu'il y ait la cicatrisation et avant qu'il y ait une prothèse pour qu'ils puissent remarcher.

Moi : Et quand vous êtes avec l'élève, si on parle au niveau pédagogique à proprement dit,

Lancien : Ben on suit les programmes

Moi : Oui vous suivez les textes oui, mais est-ce que vous appliquez des programmes en favorisant des types d'activités particuliers, ou je ne sais pas des situations qui ont pour but de restaurer ou reconstruire le lien social ?

Lancien : Alors non, on va être plus dans la poursuite des apprentissages en lien avec l'école.

Moi : d'accord

Lancien : Enfin le lien social il peut y en avoir puisque de temps en temps, euh...on demande à la classe d'écrire. La classe écrit et envoie un petit mot euh...et c'est souvent les écoles qui nous les envoient par mail donc moi j'imprime les dessins qui sont envoyés par les copains par exemple, et puis l'enfant va refaire un dessin que je vais scanner à l'école si...on a ça mais c'est en début d'hospitalisation vous voyez, c'est pas tout le temps. Parce qu'on n'a pas non plus le temps matériel. Et ils ont quand même un lien social dans la mesure où il y a beaucoup de choses avec les associations hein. On a des musiciens qui passent, on a un éducateur sportif qui vient dans les chambres et qui fait des petites activités physiques, ils ont l'éducatrice de jeunes enfants qui va leur proposer des ateliers arts plastiques, peinture etc. On a la ville de Rennes qui organise un traving et un festival de cinéma et ils viennent dans les murs de l'hôpital quand les enfants ne peuvent

L'enseignante n'attend pas la fin de la question pour rebondir : il faut suivre les programmes.

La question posée permet d'éclairer les pratiques pédagogiques réalisées au sein de l'hôpital et pouvant favoriser la résilience : des activités pluralistes, diversifiées, permettant de reconstruire le lien social, de se redonner vie, de réaffirmer son identité sont-elles privilégiées ?

Réponse pragmatique : les apprentissages doivent être en lien avec l'école et les programmes. Hypothèses :

- L'enseignante a compris que les activités évoquées dans la question étaient des activités décrochées, ne permettant pas de travailler les compétences du programme.
- L'enseignante ne différencie pas le type d'activités au vu de la situation des élèves.

Retour sur le lien social. Sa reconstruction n'est pas la priorité recherchée dans les situations d'apprentissage. L'enseignant ne semble pas être le garant de sa reconstruction. Il est cependant entretenu grâce aux échanges avec la classe d'origine (surtout en début d'hospitalisation d'après ML), puis grâce aux intervenants associatifs, à l'équipe pluridisciplinaire entourant l'enfant.

pas se déplacer vous voyez ? Donc y'a quand même un lien social qui existe.

Moi : Oui, par tout ce qu'il y a autour également, l'équipe pluridisciplinaire qui encadre l'élève...

Lancien : Voilà, c'est ça !

Moi : ...les associations qui interviennent etc, d'accord.

Lancien : Et donc dans ce cadre-là nous on va se mettre en lien avec les différents acteurs de manière à ce qu'on intervienne à un moment où ils vont pas avoir les musiciens, où il n'y aura pas ces festivals etc. Et puis on participe au festival travelling euh moi ça peut m'arriver de visionner un film avec eux et puis on va apprendre à faire un questionnaire après pour restituer ce qu'ils ont compris du film ou préparer un questionnaire parce qu'ils vont rencontrer le réalisateur derrière ou celui qui a écrit la musique, parce qu'on a des artistes qui peuvent venir. Et puis ils vont pouvoir poser leurs questions vous voyez c'est plus de cet ordre-là.

C'est différent quand même des écoles ordinaires quoi hein. C'est très riche hein, c'est très riche hein. Chaque enfant est différent, chaque parcours est différent et puis comme on a plein de niveaux très variés...on a aussi des situations où on a des enfants qui sont des primo-arrivants. Qui sont des enfants étrangers qui viennent se faire soigner en France. Et qui restent. Donc ils arrivent ils parlent pas un mot de français. Donc on doit faire ce qui se fait dans une classe du P2A. Donc on va faire du FLE, Français Langues Étrangères. Donc là on va commencer une première initiation au français avec ces enfants. Qui ne prononcent pas un seul mot de français quand ils arrivent.

Et là effectivement la résilience va arriver parce que entre le gamin qui est arrivé et qui ne prononçait pas un seul mot de français et qui peut après faire quelques phrases et s'exprimer au personnel, il peut commencer à demander son menu en français...hein

Donc ils deviennent résilients grâce aux apprentissages qu'on va leur apporter dans leur...qui vont aider à la construction de la poursuite de leur scolarité ou de leur, pour les enfants étrangers de leur euh...pouvoir communiquer avec l'Autre en français. Retrouver l'estime de soi ça passe par être autre chose qu'un malade.

Conclusion :

L'enseignant permet à l'enfant malade de retrouver une posture d'élève qui va lui permettre de retrouver l'estime de lui. Le facteur positif de résilience est alors représenté par l'acquisition de compétences, les apprentissages, la poursuite de la scolarité. L'enseignant serait donc pour ML un tuteur de résilience s'il voit, perçoit et considère l'enfant malade comme un élève ordinaire, en s'adaptant tout de même aux conséquences physiques et cognitives de sa maladie.

Entretien n°4 : SE

Moi : Donc vous n'intervenez pas dans les classes directement à l'hôpital ?

SB : Alors, le SAPAD et l'école à l'hôpital sont deux dispositifs différents hein. Euh, le SAPAD concerne l'intervention des professeurs au domicile des enfants malades, donc il se fait par des professeurs en poste sur tout le département, et ensuite l'école à l'hôpital c'est associatif, c'est géré par les pupilles de l'enseignement public, et là j'interviens sur place en pédiatrie accompagnée d'enseignants bénévoles retraités. Et donc là on est sur le service pédiatrie, on a été dotés récemment d'une petite salle de classe donc voilà. Ce sont des tout petits groupes mais ils sont identifiés, ça existe, donc on est en présence d'enfants effectivement.

Moi : Très bien. Concernant votre rôle auprès des enfants, j'aurais voulu vous demander si vous considérez que l'enseignant à l'hôpital devait être un tuteur de résilience pour les élèves.

SE : **Un tuteur de résilience ?**

Moi : Oui, c'est-à-dire que si on considère la résilience comme la capacité de l'enfant à surmonter le choc traumatique pour en sortir « grandi », plus tranquilles...

SE : D'accord

Moi : ...est-ce que cette dimension de résilience est pour vous à intégrer dans la pratique enseignante ?

SE : **Oui je pense qu'elle l'est** cela dit sur l'hôpital de Perpignan euh...les enfants qui sont accueillis le sont pour la plupart du temps sur de très courts séjours euh...voilà ce sont des enfants qui sont là pour de très courts séjours, que l'on va le plus souvent ne rencontrer qu'une seule fois ou 2, dans le courant de la semaine...euh puisqu'on intervient à hauteur de 1 à 2 demi-journée par semaine et par intervenants, donc en fait ce sont des séjours courts. **Par contre effectivement euuuh je pense que ce concept-là s'adapterait beaucoup plus, alors elle y est est hein, enfin je pense qu'on apporte un peu de cet aspect-là, mais plus encore sans doute pour les enseignants vous voyez qui interviennent sur des CHU par exemple.** Sitôt que les pathologies sont un peu plus complexes et un peu plus...d'une durée plus

Le terme de « tuteur de résilience » ne semble pas connu.

SE pense que la dimension de résilience est à intégrer dans la pratique enseignante.

Cela dit, l'hôpital dans lequel elle travaille ne connaît que très peu d'enfants hospitalisés pour de longs séjours. Elle pense ainsi ce rôle plus significatif pour des enseignants intervenant en CHU par exemple.

longue voilà, les enfants sont plutôt suivis sur les CHU de Montpellier, de Toulouse etc, avec lesquels on est en lien au niveau du SAPAD par contre, puisqu'on va nous après intervenir au niveau de la convalescence, au moment du retour à domicile. Mais oui je pense qu'on peut considérer que les enseignants qui interviennent quoiqu'il en soit apportent un petit peu de cet aspect-là, puisque l'enfant malade redevient un instant élève, et je pense que ça permet aussi à ce public-là de sortir de ce statut j'allais dire fragilisant un peu que d'être malade et voilà de redevenir élève et puis de recréer un lien autour de la scolarité...oui je pense que tout à fait, ça concourt à...

Moi : D'accord, merci beaucoup. Et est-ce que vous pensez qu'il y a un type de rapport, ou un type d'activités pédagogiques, un type de pratiques qui favorise justement ce facteur de résilience que peut être l'école pour les enfants malades ?

SE : Euh...vous voulez parler de matières, de ?

Moi : De dispositifs pédagogiques, ou de rapport, ou de posture...De pratiques pédagogiques en général.

SE : Ouais, je sais pas si c'est concret comme réponse que vous...On intervient nous avec du matériel pédagogique très adapté, voilà. C'est-à-dire que voilà, on relève plus d'un enseignement répétiteur que...on va pas continuer un programme donc on a des matériels très adaptés, des cahiers d'exercices plutôt ludiques, des mallettes, on a des outils qui sont comment dire, qui sont ré-utilisés en classe donc..je sais pas si je réponds bien à votre question...

Moi : Oui merci, et au niveau humain avec les élèves, vous avez un type de rapport que vous considérez différent de celui qu'on peut avoir en milieu ordinaire par exemple ?

SE : Ah oui oui bien sûr, oui oui tout à fait il est vraiment différent. Vraiment différent oui oui oui.

Moi : D'accord.

La résilience est favorisée par le fait que l'enfant retrouve sa posture d'élève, recrée un lien autour de sa scolarité. Cette résilience est donc pensée comme la conséquence de la scolarisation à l'hôpital et de la poursuite des apprentissages, davantage que comme celle d'une « posture » particulière de l'enseignant (relation basée sur le *care*, figure d'attachement secondaire, types d'activités pédagogiques mises en place...)

Présentation d'outils pédagogiques utilisés en cas de d'hospitalisation de courte durée.

L'enseignante n'évoque pas de « posture » ni de types d'activité particulières.

L'enseignante ne développe pas, ne donne pas plus de détails concernant les différences du rapport enseignant-élève. Une question de relance aurait été nécessaire. L'enseignante n'étant pas confrontée à des hospitalisations de longue durée liées à des maladies ou des accidents graves, la discussion a malheureusement été écourtée. Avec du recul, il aurait été intéressant de la continuer.

Entretien/questionnaire n°5 : LG

L'organisation d'un échange téléphonique ayant été difficile, l'enseignante a répondu à un court questionnaire. Ce dernier ne fait pas partie des entretiens semi-directifs et est ainsi moins

significatif (on ne peut pas savoir si l'enseignante était renseignée avant le questionnaire sur la notion de tuteur de résilience, les mots ne sont pas spontanés mais réfléchis, nous ne pouvons pas analyser les intonations, les interjections possibles, l'hésitation...).

Cependant, il amène un autre point de vue, que l'enseignante a pu réfléchir et mettre à l'écrit :

Pensez-vous que l'enseignant à l'hôpital peut être (ou doit être) un tuteur de résilience pour les enfants ?

Il en fait partie, consciemment ou non... Comme je le disais plus haut, le temps de la séance de classe, l'enfant, l'adolescent, retrouve sa posture d'élève, et non plus de malade ou d'accidenté. Et notre posture reste celle d'un enseignant, avec le cadre que cela exige. Bien sûr nous nous adaptons à la fatigabilité, les soins.... Mais nous restons enseignant, et demandons à l'élève de se concentrer, de couper les écrans, de s'appliquer..... nous mettons en place des rituels pour symboliser et marquer le début du temps de classe et faire la transition entre l'hôpital et le temps de classe. Quelque part, cette exigence leur fait du bien car ils redeviennent comme les autres.

Cela est d'autant plus important lorsque les élèves doivent rester dans leur chambre, et parfois sur leur lit.

Y a-t-il une posture particulière auprès des élèves, des activités particulières, visant par exemple la reconstruction du lien social, la favorisant ?

Pour le lien social, nous essayons un maximum de créer quelque chose avec la classe, avec l'enseignant, les élèves. Cela peut passer par de la correspondance, des visios, mais en prenant garde à l'image de l'enfant, des travaux scolaires croisés. Dans tous les cas, nous sommes systématiquement en lien avec les enseignants de la classe, car l'élève, bien qu'hospitalisé, doit continuer à faire partie de la classe, et doit en avoir conscience.

La dimension de « résilience » fait partie de la pratique enseignante, consciemment ou inconsciemment, mais la posture « doit rester celle d'un enseignant, avec le cadre que cela exige ».

Est-ce à dire qu'être vecteur de résilience sort de la posture enseignante ? Les enseignants semblent penser que l'on ne respecte pas sa position d'enseignant lors qu'on intègre consciemment une dimension psychologique à sa pratique.

Pourtant, par son exemple de pratiques, LG montre que cette dimension est inconsciemment prise en compte : la mise place de rituels permettant de faire la transition entre hôpital et école, par exemple, semble importante psychologiquement pour les enfants, au vu de la rupture temporelle causée par la maladie ; la volonté de faire ressentir aux élèves « qu'ils redeviennent comme les autres » fait également partie de cette démarche au vu des conséquences sociales et psychiques de la maladie. La dimension psychologique semble donc prise en compte dans la pratique, mais l'enseignante ne veut pas verbaliser ce rôle qui ne semble pas correspondre au paradigme du « rester à sa place d'enseignant ».

La reconstruction du lien social passe avant tout par le lien avec la classe d'origine, grâce à la visioconférence par exemple. L'enseignante mentionne cependant qu'il faut « [prendre] garde à l'image de l'enfant » : conscience de la modification du rapport au corps pouvant être engendrée par la maladie.

L'enseignante remarque enfin que tout n'est

Mais la résilience en définitif, est vraiment propre à chaque enfant, chaque famille, chaque situation.

pas vécu de la même manière par les enfants, la résilience étant « vraiment propre à chaque enfant, chaque famille, chaque situation ».

Entretien n°6 : CB

Entretien	Analyse
<p>Moi : Est-ce que tu considères que l'enseignant peut être ou doit être un tuteur de résilience pour les élèves ?</p> <p>CB : Alors..Il me semble que oui même si à mon avis la situation se pose moins qu'à l'hôpital évidemment mais euh oui, oui oui. Parce qu'il doivent pouvoir enfin, euuh...alors je ne sais pas si tu veux des cas concrets ou... ? Parce que j'ai des exemples qui me viennent.</p> <p>Moi : Oui, avec plaisir, avec plaisir.</p> <p>CB : Moi j'ai une petite fille dont la maman vient d'avoir un cancer du sein, et pour moi ben là l'école doit jouer un rôle pour qu'elle continue d'aller de l'avant et tout parce que euh, ben parce que si tu te sens mal à l'école tu fais rien. Après, moi je lui laisse le choix c'est-à-dire que soit elle veut déposer ses soucis à la porte et elle va les déposer, soit elle m'en parle donc aujourd'hui elle m'en a pas parlé mais là depuis quelques temps tous les jours à chaque récré elle vient m'en parler donc...pour moi c'est en ça que l'enseignant a quand même ce rôle et que l'école aussi et puis le fait de pouvoir discuter, moi je l'ai aiguillée vers une autre petite fille dont la maman avait eu la même expérience pour libérer la parole entre pairs. Faire ne sorte que...ben p'tetre que moi j'ai pas les mots, p'tetre qu'elle a vraiment des questions qu'elle n'osera pas me poser et que entre fillettes elles vont avoir une parole beaucoup plus libre et débridée.</p> <p>Moi : Oui, bien sûr. Du coup, en plus de favoriser cette résilience par des discussions que tu peux avoir avec des élèves, tu l'intègres aussi dans ta pratique pédagogique dans le sens où tu développes les situations d'interactions sociales, ce qui fait que tu favorises en tant qu'enseignant le..comment dire...par les interactions que tu peux faire entre les élèves,</p>	<p>L'enseignante est renseignée sur la notion de « tuteur de résilience ». Elle pense que l'enseignant en milieu d'ordinaire joue moins ce rôle qu'un enseignant spécialisé à l'hôpital, mais qu'il est quand même existant. Elle propose immédiatement de donner des cas concrets, d'illustrer son propos par sa pratique.</p> <p>« L'école doit jouer un rôle pour qu'elle continue d'aller de l'avant, (...) parce que si tu te sens mal à l'école tu fais rien ».</p> <p>CB considère que l'enseignant doit avoir ce rôle psychologique car un état psychique déséquilibré ne permet pas de bonnes conditions d'apprentissage. L'enseignante a une posture bienveillante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - elle a verbalisé à la jeune fille dont il est question le fait qu'elle pouvait « déposer ses soucis à la porte » ou en parler. Elle montre ainsi à l'élève qu'elle est présente, qu'elle lui prête une oreille attentive, mais que l'école peut être aussi si elle le souhaite un havre de paix, une parenthèse à cette situation difficile. - elle a mis en relation la jeune fille avec une autre élève de sa classe, car elle sait qu'elle a vécu une situation similaire. Son objectif est de « libérer la parole entre pairs », de favoriser les échanges. En développant les interactions entre pairs, l'enseignante permet à l'élève de tirer profit du lien social, de ne pas s'enfermer dans sa solitude.

enfin, tu intègres cette dimension dans ta pratique.

CB : Oui, voilà, euh, ben oui **par les échanges**, c'est sûr, et puis aussi **par le fait de parler des émotions** (alors c'est très à la mode en plus ça,), mettre des mots sur les émotions, ça marche aussi pour des élèves qui n'ont pas que des problèmes comme ça, mais aussi sur les problèmes comportementaux (comme X), **ça fonctionne très bien de mettre des mots sur ce qu'il ressent** et de lui dire « ben voilà, si toi tu ressens ça, c'est pas la peine de t'en prendre à nous de cette façon-à, qu'est ce que tu as ressenti et euh...ben oui t'étais en colère mais bon...Etc

Moi : Oui, oui, parce que c'est vrai qu'on associe la résilience à ce qui suit un choc traumatique mais un traumatisme peut partir de quelque chose de très minime entre guillemets, ça peut être aussi bien une naissance que la perte d'un parent, enfin...

CB : Oui, la séparation des parents aussi, euh...

Moi : Oui. Et du coup tu penses qu'il y soit certaines pratiques pédagogiques et/ou une posture particulière de l'enseignant qui favorisent ce...cette capacité à rebondir ?

CB : Alors oui, ça ça va bien au-delà de juste ce cas-là parce que...il se présente pas forcément tout le temps. Mais si dans la classe on en revient **aux pratiques des ateliers, des groupes, des émotions** (moi on accueille les émotions parce qu'on a des petits dragons. Quand on se sent pas bien on peut aller prendre un dragon qui dit comment on va faire). Donc si tu **es dans l'empathie déjà depuis septembre, dans la bienveillance**, ben quand il y a le problème (**enfin dans l'empathie, et dans les échanges avec eux, et même entre eux**), donc oui, si tu as déjà construit ça, ça va être plus facile. Après si t'es que en transmissif et que quand les enfants viennent te poser une question tu es toujours à distance,...ben je sais pas si ce rôle-là il fonctionne aussi, peut-être hein, j'en sais rien.

- L'enseignante, au sein de sa classe, accorde de l'importance à l'expression des émotions, que ce soit pour un élève avec des difficultés de comportement ou qui vit une situation difficile.

Cela semble relever d'une pédagogie du *care*, qui mêle respect, bienveillance, attention, qui a pour levier le dialogue ouvert et tolérant et la création d'un espace dans lequel s'expriment la confiance et l'écoute.

Pratiques pédagogiques ciblées :
« pratiques des ateliers, des groupes, des émotions ».

« Posture » de l'enseignante : être dans l'empathie, la bienveillance et les échanges.

Éviter le transmissif et la distance avec les élèves.