http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d’Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

De la sidération à la mise en mouvement : regards croisés dans un accompagnement d'une mère et de son enfant handicapé en psychomotricité

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Guillemette MORIN

Juin 2021 (Session 1)

N°1651

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Xavier PERROT

De la sidération à la mise en mouvement : regards croisés dans un accompagnement d'une mère et de son enfant handicapé en psychomotricité

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Guillemette MORIN

Juin 2021 (Session 1)

N°1651

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R de Médecine et de maïeutique - Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Comité de Coordination des Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. BURILLON Carole**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

U.F.R. de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

Institut des Sciences Financières et d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAY
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Remerciements

Je tiens à remercier tous mes maîtres de stage qui m'ont accueillie depuis le début de ma formation et m'ont aidée à affiner mon observation clinique ainsi qu'à développer une posture professionnelle, tant auprès des patients que des équipes soignantes. Je remercie tout particulièrement Marine, pour sa confiance et son accompagnement tout au long de cette année.

Merci à Mélanie d'avoir osé se lancer dans ce suivi de mémoire malgré un agenda professionnel bien rempli ! Merci pour sa patience, tout le temps qu'elle a consacré pour ce travail, ses vignettes cliniques et ses précieux conseils qui m'ont beaucoup éclairée dans la réflexion clinique.

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe éducative, notamment nos professeurs, pour tout le savoir et l'amour qu'ils ont su nous transmettre de ce si beau métier. Merci à mes camarades de promo. Merci à mon groupe de TD avec qui j'ai grandi durant ces trois années ! Merci également à Blandine, Marialyne, Déborah, France, Chloé, Nina avec qui je garde de merveilleux souvenirs de ces années étudiantes ! Merci à Sandrine, ma fidèle binôme Ronéo, pour les relectures avec toi dans les couloirs de la Fac, merci pour ton investissement et ta présence !

Merci à mes parents et à ma famille pour leur soutien dans cette formation, merci à ma maman pour le temps précieux qu'elle a consacrée à la relecture de ce mémoire.

Enfin, merci à toutes les personnes, qui se sont intéressées, de près ou de loin à ce mémoire, à tous ceux qui ont contribué à faire avancer cette réflexion clinique.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Sommaire

Introduction 1

PARTIE THÉORIQUE

1 Le développement psychomoteur du jeune enfant 3

1.1 Les grandes étapes d'acquisitions motrices 3

1.1.1 La préhension 3

1.1.2 Les premiers déplacements 4

1.1.3 De la verticalisation à la marche 5

1.1.4 L'apparition du langage 6

1.2 Tonus et attachement : l'histoire d'un dialogue 7

1.3 La fonction parentale 10

2 L'impact du handicap de l'enfant sur la parentalité 11

2.1 De l'incertitude au choc de l'annonce 11

2.2 Changement de regard et conséquences narcissiques 13

2.3 Des fonctions parentales mises à l'épreuve 14

2.4 Une rupture dans la transmission générationnelle 16

PARTIE CLINIQUE

1 Anamnèse 17

1.1 Premiers instants de vie 17

1.2 Hospitalisation précoce et examens 17

1.3 La multiplication des rendez-vous médicaux 17

1.4 Inquiétude neurologique 18

1.5 L'adresse en psychomotricité 18

1.6 Errance diagnostique 19

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.7 Bilan d'évolution en psychomotricité 20
2 De la première à la dernière rencontre 20
2.1 La dyade 20
2.1.1 *Interactions ludiques* 21
2.2 À la conquête de la verticalité 23
2.2.1 Être sur le dos 23
2.2.2 Se déplacer par le ramper 23
2.2.3 Comment s'asseoir ? 24
2.2.4 La préhension 26
2.3 Communiquer avec Louis 26
2.3.1 Communication verbale 26
2.3.2 Expression émotionnelle 28
2.3.3 Communication infra-verbale 29
2.4 Le début des appareillages 29
2.5 Entre espoir et flou diagnostic 30
2.6 La décision d'une pause thérapeutique et les dernières séances 32
2.7 Retour sur ce suivi en psychomotricité 33
2.7.1 *Esquisse d'une suite de soin* 34

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

1 La prise en charge parents-bébé 36
1.1 Les désirs parentaux 36
1.2 L'enfant, objet de tous les regards 40
1.3 Le psychomotricien : un périlleux exercice de jonglerie 41
2 La psychomotricité : un soutien à la parentalité 45
2.1 Une issue de secours face à la sidération 46
2.2 Renarcissiser la dyade 49

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.3 « Mise au point » sur l'enfant 51

2.4 Renouer le dialogue tonico-émotionnel 53

2.5 Le psychomotricien et l'art d'être en relation 56

Conclusion 58

BIBLIOGRAPHIE

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Lexique

CAT : Centre d'Alliance Thérapeutique

COVID-19 : COrona VIrus Disease-19

DF-MOT : Développement Fonctionnel Moteur

DS : Déviation Standard

IRM : Imagerie à Résonnance Magnétique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

SA : Semaines d'Aménorrhée

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TSA : Trouble du Spectre Autistique

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

INTRODUCTION

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Introduction

J'ai eu très peu de contact avec les familles des enfants pris en charge lors de mes précédentes expériences cliniques de stage en 2ème année d'étude de psychomotricité, et notamment en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Ainsi, j'ai réalisé beaucoup d'esquisses de parents sans jamais les voir. J'ai essayé de me les représenter à travers les comptes-rendus de bilans ou encore les paroles, souvent furtives, des collègues dans les couloirs.

Mais lors de cette 3ème année d'étude en psychomotricité, mon premier jour de stage en cabinet libéral de psychomotricité, au sein du Centre d'Alliance Thérapeutique (CAT), a été marqué par la présence des parents et cela m'a tout de suite interpellée. Il est vrai que sur la prescription médicale, la demande de soin s'adresse à l'enfant. Mais les parents peuvent être invités au suivi de leur enfant et leur présence est alors mentionnée dans le projet thérapeutique. Cette présence s'impose parfois comme une évidence compte tenu de l'âge précoce de l'enfant.

Ces prises en charges revêtent alors un caractère particulier qui les distinguent des autres suivis. Je me suis ainsi questionnée sur la place qui leur était offerte, l'intérêt de leur présence, le lien avec le suivi psychomoteur engagé pour l'enfant, mais aussi les aménagements nécessaires à l'élaboration d'une relation à trois, voire à quatre. En effet, malgré ma présence discrète d'observatrice pendant ces séances, les échanges verbaux mais surtout de regards ont été nombreux.

Il y aurait eu beaucoup à dire de toutes ces différentes cellules familiales rencontrées au CAT. Cependant, l'une d'entre elles, et peut-être parce que ce fut l'une des premières, m'a particulièrement marquée. La première rencontre m'a laissée une impression étrange, peut-être par l'inhabituel silence qui y a régné. Ce fut et restera souvent d'ailleurs une parenthèse silencieuse, dans ces journées souvent chargées de patients plus bruyants et agités… Une maman présente, toujours chargée de jouets avec son sac d'hotte de Père Noël, mais qui se positionne plutôt en retrait pendant les séances. Son attitude a tout de suite soulevé chez moi de nombreux questionnements notamment concernant le lien qu'elle entretient avec son fils, celui que j'appellerai Louis, entravé dans sa motricité par un important retard de développement psychomoteur, mais également concernant la relation thérapeutique établie.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cette clinique m'a amenée à me questionner sur l'impact du handicap dans la rencontre avec l'enfant et sa mère, mais également sur la place occupée par le parent en séance de psychomotricité. Pourquoi et comment travailler avec le parent ? Comment le handicap chez l'enfant influence-t-il la relation ? Que faire avec le regard supplémentaire du parent ? Quels sont les impacts du handicap sur le soin ? Toutes ces réflexions m'ont amenée à la problématique suivante : en quoi le travail engagé en psychomotricité est-il spécifique dans l'accompagnement qu'il propose auprès d'une dyade, notamment dans un contexte de handicap chez l'enfant ?

Les appuis théoriques présentés dans la première partie de cet écrit donneront un éclairage élémentaire au développement qui lui succède. Cette seconde partie concernera effectivement le travail d'observation de cette situation clinique choisie. Une mise en perspective sera proposée dans une dernière partie. Elle sera nuancée et étayée d'autres vignettes cliniques qui viendront compléter le travail global mais à la fois si diversifié qu'est la prise en charge psychomotrice auprès des enfants et de leurs parents.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

PARTIE THÉORIQUE

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

1 Le développement psychomoteur du jeune enfant

> L'enfant vient au monde avec un système nerveux et des ensembles sensoriels tout à fait immatures, pourvus d'immenses potentialités et dont la maturation et le développement demandent la mise en œuvre d'un ensemble de phénomènes extrêmement complexes qui sont à la fois bio-anatomiques, psychologiques et sociaux. (Bucher, 2004, p. 9)

Ainsi, nous allons explorer ces grands repères du développement psychomoteur durant les deux premières années de vie chez l'enfant. Robert-Ouvray (2007) précise que « L'expression du « développement psychomoteur » fait référence à la codification de l'ensemble des performances accomplies par l'enfant » (p.13). Il convient toutefois de considérer ces âges d'acquisitions, donnés aux compétences psychomotrices, avec prudence, car une variabilité individuelle intervient. Si une variabilité émerge, il est intéressant de s'y intéresser. Peut-être que l'enfant investit davantage un autre axe de développement de façon temporaire. Il convient donc de ne pas interpréter trop rapidement cette variabilité comme des signes pathologiques.

1.1 Les grandes étapes d'acquisitions motrices

À la naissance, le nouveau-né est équipé d'une base neurologique. Cet équipement, ne va cesser de maturer, de se complexifier et de se modeler pendant toute la vie de l'individu. Il est possible d'apprécier l'état de cette base neurologique, grâce à l'évaluation de ces réflexes peu après la naissance. Selon Bucher (2004), l'être humain, à son tout début de vie, est un être qui réagit de manière sensible à ses éprouvés corporels et émotionnels. De ce fait, « ses mouvements, souvent brusques, entraînent tout son corps, en entier » (p.11). Cette activité réflexe du nourrisson va progressivement disparaître, au profit d'une activité volontaire. Au départ peu maîtrisée, et perpétuellement ajustée aux stimuli et aux conséquences des actions portées sur l'environnement, l'activité posturale et motrice s'affine et se perfectionne. Selon Bucher (2004), c'est au cours des deux premières années de vie qu'a lieu l'essentiel de cette maturation.

1.1.1 La préhension

Si le réflexe primaire d'agrippement laisse progressivement place à l'émergence des mouvements de préhension volontaire, ces derniers se complexifient lorsque « le dos devient

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

suffisamment solide pour soutenir le corps » (Robert-Ouvray, 2007, p. 67). On remarque ainsi l'apparition de la pince pouce-index vers 9 mois. Les mains, libérées de leur tâche de soutien corporel, peuvent ainsi se déployer dans une autre tâche : la motricité fine se spécialise alors dans des activités de précision.

« L'enfant découvre le monde par les yeux, mais l'expérimente par le toucher et par la prise. Au début, il veut tout prendre et la captation optique va de pair avec le besoin de préhension » (Ajuriaguerra, 2009, p. 33). Le bébé est un grand explorateur. Selon Guedeney (2010), cette exploration est motivée par une curiosité et un désir de maîtriser son environnement. « Le bébé est fortement attiré par la nouveauté ou par les traits complexes de l'environnement animé et inanimé » (p. 15). Le bébé va se saisir de l'objet qu'il désire afin de mieux le connaître. Pour s'en faire une représentation fournie, il va utiliser tous les systèmes sensoriels dont il est pourvu. De ce fait, l'objet est approché une première fois par le regard. Cet « objet plus ou moins attractif jouant le rôle de médiateur ou exerçant une fascination » (Rouchy & al., 1995, p. 20), va ensuite être saisi, permettant une approche tactile. Enfin, il va être porté à la bouche, permettant d'affiner sa représentation. Cet apport sensoriel supplémentaire permet à l'enfant de construire une représentation mentale de l'objet et ainsi de comprendre petit à petit le monde dans lequel il évolue. « Voir pour avoir. Dans ce sens, voir sous-entend prendre contact, toucher l'objet du désir… » (Rouchy & al., 1995, p. 36). L'enfant va explorer le monde qui l'entoure en soumettant les objets à ses systèmes sensoriels afin de s'en faire une représentation mentale. Cela lui permet ultérieurement d'avoir accès à sa représentation par un simple regard.

« Les bébés sont dotés de compétences sensori-motrices qui ont à voir avec les coordinations intersensorielles, les transferts inter-modaux, les compétences exploratoires, les capacités d'apprentissage et le plaisir d'apprendre » (Robert-Ouvray, 2007, p. 81). Le développement psychomoteur englobe donc tous ces aspects, faisant du développement psychomoteur un développement sensori-moteur.

1.1.2 Les premiers déplacements

« L'action n'est pas une simple activité motrice, mais sur le plan des structures, elle est cercle sensitivo-sensori-moteur et dans sa réalisation une activité vers un but défini dans un espace orienté par rapport au corps » (Ajuriaguerra, 2009, p. 63). Le développement psychomoteur, et les grandes étapes posturales qui le constituent, dépendent donc des interactions entre différents domaines. Selon Robert-Ouvray (2007), « Chaque étape

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

s'appuie sur les interactions avec le milieu humain et les objets » (p. 74). Parmi ces étapes on retrouve la tenue de la tête. Il s'agit d'une acquisition essentielle dans le développement psychomoteur. « Elle est acquise, en principe à trois mois, trois mois et demi, parfois plus précocement » (Bucher, 2004, p.11). Cette acquisition est primordiale car elle sous-tend les acquisitions futures concernant le contrôle postural. Selon Bullinger & ABSM (2015, p.24), « la fonction du contrôle postural est de permettre le redressement antigravitaire et d'acquérir ainsi un équilibre dans l'espace ». Cette fonction établira le socle de base sur lequel pourra se déployer « une motricité harmonieuse et efficace » (p. 42).

Motivé par la curiosité de découvrir son environnement, le bébé se retourne du dos sur le ventre, puis effectue de nombreux allers-retours entre ces deux positions dorsale ou ventrale. Cette acquisition a lieu aux alentours des 4 mois. Ainsi à plat ventre, le bébé explore les différents appuis que lui offre le haut et le bas son corps. Les surfaces d'appuis diminuent progressivement jusqu'à ce qu'il amorce des déplacements tels que le ramper puis le quatre-patte. « Ramper et quatre pattes permettent une nouvelle représentation sensori-motrice unifiée de l'image corporelle » (p. 71). Selon Bullinger & ABSM (2015, p.70), c'est une étape importante du développement car « il détermine l'architecture fondamentale de la future marche et des gestes ».

Alors que dans ses premiers mois de vie, le nouveau-né est centré sur la découverte de son corps propre, les modes de déplacement, motivés par un regard explorateur, ouvrent l'exploration vers l'environnement extérieur. « Le corps, véhicule spatial, part à la conquête de l'espace, guidé par le regard » (p.70). À partir de cette étape, l'enfant se construit une nouvelle représentation du monde qui l'entoure.

1.1.3 De la verticalisation à la marche

« Vers sept à huit mois il se tient assis seul le dos droit et commence à pouvoir prendre seul cette position » (Bucher, 2004, p. 21). C'est une étape supplémentaire pour l'enfant, qui prend alors de la hauteur dans son regard, il progresse dans l'autonomie et la maîtrise de son corps dans l'environnement. Selon Robert-Ouvray (2007), cette acquisition est considérée comme « La première prise de distance corporelle par rapport à la mère » (p. 66). Le redressement continue et l'enfant parvient à une station debout vers 9 mois. Selon Korff-Sausse (1996), la station debout marque là encore, une étape importante : elle se place comme le témoin d'une identité : c'est-à-dire d'une appartenance à l'espèce humaine ! Mais l'accès à cette verticalité est complexe, elle suppose la diminution des points d'appuis ainsi

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

qu'une élévation du centre de gravité, ce qui demande une plus grande maîtrise des systèmes d'équilibre. S'ajoute à ces systèmes, la maîtrise d'une coordination entre les membres supérieurs et inférieurs du corps qui devient, d'après Bullinger & ABSM (2015, p. 43), « des facteurs déterminants du maintien de l'équilibre ».

Cette maturation au niveau postural, permise notamment par l'évolution du tonus et des différents systèmes nerveux, permet l'accès à la station debout et, entre 12 et 15 mois en moyenne, l'apparition de la marche. D'après Bucher (2004), ce mode de déplacement marque pour l'enfant « le début de l'acquisition de son indépendance motrice » (p.26).

1.1.4 L'apparition du langage

« Comme nous l'avons vu, le développement du tonus et de la motricité est confondu intimement avec le développement émotionnel de l'orientation, du geste et du langage » (Ajuriaguerra, 2009, p. 63). Le langage, au même titre que la station debout, est un signe manifeste de l'appartenance de l'être à l'espèce humaine. Il se développe grâce aux interactions avec l'entourage proche, qui mobilise leur appareil à penser pour interpréter et donner du sens à la gestuelle, aux sons et aux intonations des jeux vocaux du bébé. Ainsi, « Vers dix à douze mois, son langage gestuel se perfectionne. De même qu'il essaie d'imiter certaines intonations, certains sons, il devient capable de copier certains gestes et de percevoir leur signification » (Bucher, 2004, p. 38). C'est également vers cet âge que l'enfant dit ses premiers mots. Puis, « vers dix-sept-dix-huit mois il commence à enrichir son vocabulaire, acquiert des sons nouveaux et des syllabes nouvelles, et il commence à les associer. La communication par le langage se fait de plus en plus importante » (p. 38), et vers deux ans, l'enfant exprime des demandes et utilise le « je » dans son discours. À travers le langage et l'utilisation du « je », l'enfant s'affirme comme être à part et à soi : il s'individualise. D'après l'auteur, l'enfant reconnait son image dans le miroir à cette période et l'associe à son prénom, même si des réactions peuvent être perceptibles dès 9 mois. Cette étape, d'après l'auteur, « joue un rôle important dans la prise de conscience du corps et de l'identification de l'enfant » (p. 34). L'enfant progresse alors vers une autonomie plus affirmée, il devient capable d'exercer une influence et des actions dans son environnement.

Cependant, la prise de conscience de soi n'est possible que par l'existence de l'autre. En effet, l'utilisation du « je », qui témoigne de cette individuation « n'a pas de sens si on ne dit pas d'abord *je suis accompagné d'un autre être humain* qui n'est pas encore différencié de moi » (Winnicott, 1992, p. 30). Autrement dit, « un bébé ne peut pas exister

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

tout seul; il fait essentiellement partie d'une relation » (Winnicott, 1992, p. 115). C'est donc par la présence de l'autre, dans l'interaction, que le bébé prend conscience de lui-même.

L'autre est un élément essentiel dans la construction de son identité. Par le langage, mais aussi le toucher, ou encore le regard, l'autre s'offre comme un miroir, et le reflet qu'il offre au bébé participe grandement au développement psychomoteur.

1.2 Tonus et attachement : l'histoire d'un dialogue

Selon le Larousse, le tonus se définit par une « contraction partielle et permanente des muscles » (« définition du tonus », 2008, p. 1017). Cet état de tension est réparti de manière spécifique chez le nouveau-né : « L'hypertonie de ses membres s'accompagne d'une hypotonie du tronc » (Bucher, 2004, p.11). Cette asymétrie tonique va évoluer progressivement en fonction de la maturation du système nerveux et des lois qui le régissent. Ainsi, l'évolution progressive du tonus ouvre de nouvelles possibilités posturales. Le tonus modèle le corps de l'enfant. D'après Ajuriaguerra (2009), ce modelage postural s'organise également selon une autre contrainte : la gravité terrestre. Ainsi, la maturation progressive du tonus musculaire permet d'obtenir une régulation posturale, afin de mettre le corps en mouvement et de le soutenir dans l'exploration, malgré la contrainte de la gravité terrestre. « Notre corps est gouverné dans l'espace par une solidarité musculaire dépendante de la répartition et de l'équilibre du tonus dans nos muscles » (Robert-Ouvray, 2007, p. 38). La motricité de l'enfant est donc sous l'influence directe du tonus et de sa régulation.

Par ailleurs, l'activité physiologique ou les stimuli environnementaux soumettent le nourrisson à des vécus internes extrêmement importants, qui ébranlent alors tout son corps et s'expriment à travers l'état de tension musculaire. « Le tonus musculaire est le principal agent de la communication émotionnelle » (p. 44). Cela en fait un témoin visible, mais également palpable, pour son entourage, qui peut alors établir un dialogue malgré l'absence de langage. Le tonus devient alors un mode de communication, qui renseigne l'adulte sur l'état et les besoins possibles du nourrisson. Concernant ce dialogue tonico-émotionnel, l'auteur précise qu'« Il s'agit d'un accordage pratiquement inconscient entre les signaux moteurs et émotionnels du bébé et ceux de la mère chargés d'affects liés à son histoire » (p. 132-133). Le bébé se construit une identité tonique qui lui est propre : « Depuis la naissance jusqu'à la fin de notre vie, la tonicité est notre baromètre et notre carte d'identité psychocorporelle » (p. 45).

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ainsi, d'après Ajuriaguerra (2009), les états d'hypertonie prennent une valeur d'appel et alternent avec les états d'hypotonie qui expriment une détente, une satisfaction ou encore un soulagement. S'établit alors, selon l'auteur, un véritable dialogue tonico-émotionnel, autrement dit, une communication affective qui a le corps pour instrument. Cette aptitude parentale à décoder les états que traversent le nourrisson est toute particulière. C'est ce que Winnicott (2009) a appelé la « préoccupation maternelle primaire » (p. 10). Il s'agit de cette aptitude à donner la réponse adéquate aux appels corporels et vocaux du nourrisson. La mère utilisera des réponses différentes pour satisfaire les besoins de son enfant. Cela passe par le « *Holding* (la manière dont l'enfant est porté) », mais aussi le « *Handling* (la manière dont il est traité, manipulé) » et enfin l' « *Object-presenting* (le mode de présentation de l'objet) » (Winnicott, 2002, p. 204).

Ces différents modes de réponses données par la mère à son enfant permettent une identification entre ces personnes. « Nous avons affaire ici à deux types distincts d'identification : l'identification de la mère à son bébé et l'état d'identification du bébé à sa mère » (Winnicott, 2009, p. 9). Cette identification permet que se développe un attachement réciproque entre le parent et son enfant. Du côté maternel, « Le *holding* est très lié à la capacité de la mère à s'identifier à son bébé » (p. 16). Si la mère s'identifie de manière ajustée à son enfant, les réponses qu'elle lui proposera, à travers le « holding » et les autres registres de préoccupation maternelle, satisferont le bébé. Grâce à cette identification, la mère « est capable et désireuse de lui offrir un soutien juste au moment nécessaire » (p. 15). De son côté, le bébé va s'identifier à la figure qui satisfait ses besoins. En effet, le nouveau-né est dépendant de sa mère à la naissance, car il ne peut satisfaire seul les besoins physiologiques nécessaires à sa survie. S'ajoutent à ces besoins physiologiques d'autres besoins fondamentaux. Selon Robert-Ouvray (2007), « L'attachement est toujours lié à la satisfaction des besoins fondamentaux : être reconnu, être deviné, être compris, être serré, être touché, être respecté, être regardé avec plaisir » (p. 194). En cas de détresse, le bébé déclenchera des signaux d'alerte pour obtenir le rapprochement de sa figure d'attachement afin qu'elle lui procure ce dont il a besoin et qu'il ne peut pas se procurer seul. Ce comportement, défini par Guedeney (2010) est qualifié de système de *caregiving*. D'après Bowlby (2011), les parents ont pour rôle d'assurer le fonctionnement de ce système. De plus, l'auteur ajoute que ce rôle est « complémentaire du comportement d'attachement » (p.184). L'objectif de ce comportement est donc pour un parent « de protéger son enfant en se rapprochant de lui » (Guedeney, 2010, p. 33). Selon l'auteur, cette nécessaire dépendance a

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

donc comme objectif d'obtenir, par cette proximité avec la figure d'attachement, un sentiment de sécurité. Par conséquent, l'attachement se fait autant du parent vers son bébé que du bébé vers son parent.

L'attachement est un concept développé par Bowlby (2011). Il décrit l'attachement comme un « comportement permettant à un individu de se rapprocher ou de rester à proximité d'un tiers clairement identifié, considéré comme mieux à même de faire face au monde extérieur » (p.47). C'est ce que fait un bébé lorsqu'il vit des états internes désorganisateurs, comme la douleur provoquée par la faim par exemple, car il ne possède pas les ressources suffisantes pour apaiser seul ces tensions. Les signaux externes qui manifestent cet état, sont des témoins précieux pour le parent qui pourra alors proposer une réponse au plus près des besoins du bébé. « Savoir qu'une figure d'attachement est disponible et réceptive procure un fort sentiment de quiétude globale, encourageant ainsi à valoriser cette relation et à la préserver » (Bowlby, 2011, p.47). Lorsque la réponse proposée répond de manière adéquate à son besoin, le parent se sent gratifié par son enfant. Il se considère comme un parent « suffisamment bon » (Winnicott, 2009, p. 18). Un lien affectif se tisse autour de ce dialogue, cette relation.

Ce lien affectif, d'attachement, prend également naissance, d'après Winnicott (1992), dans le jeu. « Les comportements d'attachement, comme le sourire et la vocalisation, […] alertent la figure d'attachement sur l'intérêt que l'enfant porte à l'interaction avec elle » (Guedeney, 2010, p. 8). Ce système suppose donc la disponibilité physique mais aussi psychique de la figure d'attachement pour répondre de manière adaptée aux besoins exprimés par l'enfant. Plaisir et affection sont partagés lors des jeux de chatouilles, de caché-coucou, de conversation, d'échanges de sourires, etc… Ce sont des phases d'interaction, que Bowlby (2011), décrit comme des cycles où « le bébé se montre généralement aussi spontanément actif que sa mère ». Selon l'auteur, le bébé va se mouvoir se manière spontané et la mère va adapter son comportement en fonction de ce qu'émet le bébé. Chez la mère, « chaque nouvelle action est ajustée dans sa forme et son timing en fonction des réactions du bébé » (p. 20). Selon Stern (2003), les actions de la mère, dans ces cycles interactionnels, sont au départ sous la forme d'imitation. Puis, très vite, la mère va introduire des modifications dans les imitations qu'elle propose. « Elle commence à élargir ses comportements au-delà de la véritable imitation vers une nouvelle catégorie de comportement que nous appellerons *l'accordage affectif* » (Stern, 2003, p. 183). Sous ce terme, l'auteur renvoie à une distinction propre des états émotionnels vécus par les personnes

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

dans l'interaction. Il se crée alors « un état affectif partagé » (p. 185) où le bébé va progressivement laisser place aux interventions maternelles, créant ainsi un véritable dialogue.

Ainsi, dans les premiers mois de vie, « L'attachement contribue à la survie de l'enfant en assurant sa protection par des adultes » (Guedeney, 2010, p. 14). Lorsque l'enfant se sentira suffisamment en confiance dans son milieu, environnemental et affectif, il va progressivement « explorer l'environnement en s'éloignant de sa figure d'attachement » (Bowlby, 2011, p.184). L'émergence de cette nouvelle autonomie se fait « à partir d'une base sécure » (Ainsworth cité par Bowlby, 2011, p.185). Cette base sécure représente la figure d'attachement. Robert-Ouvray (2007) propose de résumer l'attachement à sa fonction finale, c'est-à-dire, que ce système permet une intégration interne de la figure d'attachement comme une ressource de sécurité mobilisable désormais en soi, et permet donc la prise de distance physique avec celle-ci. Cette prise de distance est rendue possible par les acquisitions psychomotrices et le développement de la motricité : l'enfant développe un intérêt particulier pour son environnement, qu'il explore désormais avec confiance.

« Sans que la nature exacte de liens entre le développement moteur et le développement affectif soit bien définie, chacun sait que la progression motrice s'accompagne d'une progression dans les domaines affectifs et intellectuel de l'enfant » (Robert-Ouvray, 2007, p. 14). Le développement psychomoteur de l'enfant est donc indissociable des liens affectifs qui le lient avec ses parents, ses principales figures d'attachement.

1.3 La fonction parentale

Selon Winnicott (1992), « le développement du nourrisson ne peut avoir lieu sans être en relation avec la fiabilité humaine du *holding* et du *handling* (maintient et maniement) » (p. 135). Ces deux fonctions sont assurées par le parent. Le parent joue donc un rôle essentiel dans l'épanouissement du développement psychomoteur du jeune enfant. Être parent signifie pour Robert-Ouvray (2007), être celui qui protège son enfant. Cela passe par un « maternage suffisamment bon » (Winnicott, 1992, p.126). La mère donne à son enfant ce dont il a besoin à ce moment-là. « La mère rend réel justement ce que le nourrisson est prêt à rechercher, de sorte qu'elle donne au nourrisson la notion de ce à quoi il est prêt à ce moment-là » (p. 141). Cet ajustement dans les réponses est permis notamment par l'ajustement dans le dialogue tonico-émotionnel.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cette fonction parentale concerne donc toutes les étapes qui façonneront la manière d'être en relation auprès de l'être en devenir jusqu'à son autonomie. Et cela commence avant la naissance. En effet, « Avant la naissance, la mère a déjà tout un ensemble de représentations sur la façon dont elle imagine qu'elle répondra aux besoins de son enfant à naître » (Guedeney, 2010, p. 40).

Cette capacité fantasmatique constitue une « rêverie maternelle dans laquelle la mère s'identifie à son bébé » (Bouregba, 2011, p.46). Cette rêverie est également traversée par différentes inquiétudes, parmi lesquelles Robert-Ouvray (2007), cite « la peur d'avoir un enfant anormal, la peur de ne pas savoir lui donner ce dont il a besoin, la peur de ne pas comprendre, la peur de le faire souffrir » (p.101). Ces inquiétudes sont tout à fait normales, mais si la peur de mettre au monde un enfant porteur de troubles ou de malformations devient réalité au moment de la naissance, la mère peut ressentir une forte culpabilité vis-à-vis d'elle-même et cela peut entraver les premières interactions qui sous-tendent l'attachement avec son enfant. « Car ce que fait la mère lorsqu'elle « fait suffisamment bien », c'est de faciliter les processus personnels du nourrisson, lui donnant ainsi dans une certaine mesure la possibilité de réaliser son potentiel hérité » (Winnicott, 1992, p. 143). Si l'enfant ne s'épanouit pas selon « son potentiel hérité », pour reprendre les mots de l'auteur, la mère peut se sentir insuffisamment bonne et donc incapable de soutenir son bébé vers l'autonomie.

La naissance est un moment de rencontre mais aussi de découvertes réciproques entre le bébé et sa mère. La représentation du bébé imaginaire pendant de longs mois est confrontée au bébé réel. Par conséquent, les représentations maternelles subissent un remodelage qui permettent à la mère d'investir pleinement son enfant. Lorsque le bébé imaginé fait rupture avec le bébé réel, l'investissement et notamment l'attachement peuvent s'avérer plus difficile.

2 L'impact du handicap de l'enfant sur la parentalité

2.1 De l'incertitude au choc de l'annonce

Aujourd'hui, la naissance d'un enfant est dans la majorité des cas choisie et les parents attendent un enfant parfait. Tout est organisé pour qu'il soit en bonne santé : visites médicales régulières, vaccinations obligatoires, état sanitaire des lieux de garde,

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

> conseils sur le développement psychomoteur et psycho-affectif… En France, où l'indice de fécondité est de 2,08%, l'enfant est le centre d'intérêt principal des parents. (Thibault-Wanquet, 2015, p. 8)

Ainsi, lorsque des incertitudes émergent, soit dès les premiers instants de vie de l'enfant, soit au cours des premières années, le doute s'installe, autour d'une éventuelle atteinte physiologique ou psychologique, et vient ébranler jusqu'à mettre en péril les représentations parentales concernant le devenir de leur enfant. Le handicap dépasse les représentations parentales. « L'enfant handicapé bouscule l'image idéale de l'enfance, que nous nous plaisons à imaginer » (Korff-Sausse, 1996, p. 8). Il se construit alors un avant, où le devenir de l'enfant est imaginé et idéalisé par les parents, et un après où le handicap se confirme. De ce fait, tout ce qui a pu être élaboré au préalable se retrouve bousculé car les repères construits se révèlent inadaptés et inadéquats à l'enfant réel.

La révélation d'un trouble chez l'enfant est un véritable choc pour les parents. D'après Korff-Sausse (1996), la naissance d'un enfant anormal fait scandale car il confronte à l'absurde et à l'insensé. Cependant, un diagnostic ne peut pas toujours être posé sur des troubles pourtant visibles. Souvent, ce diagnostic ne sera posé qu'après de long mois de visites et de consultations médicales et paramédicales, auprès de spécialistes, souvent nombreux. « C'est une des caractéristiques de l'esprit humain de ne pas tolérer le non-sens et de vouloir à tout prix attribuer une signification aux phénomènes qui se produisent, car tout est préférable à l'absurdité de cet événement aberrant et imprévisible qui vous tombe dessus » (p. 108). De plus, « en l'absence de diagnostic, la responsabilité du handicap incomberait aux parents » (p. 109). Cette quête de sens et de réponses sont des périodes angoissantes pour les parents, qui élaborent alors tous types de scénarios concernant le devenir de leur enfant : « Ils passent d'un extrême à l'autre » (p. 30). Dans l'attente d'un diagnostic, la réalité du handicap peut être mise à distance et l'acceptation devient alors plus difficile.

« La pire des souffrances est celle qui ne peut se dire, être entendue et partagée. La plus troublante étrangeté est celle qui ne peut être nommée » (Korff-Sausse, 1996, p. 82). Tant que le silence demeure, l'esprit construit une multitude de représentations et de scénarios, sans cesse alimentés par ces incertitudes qui perdurent. Si le diagnostic fait peur et peut être redouté par certains, du fait de devenir une étiquette à perpétuité pour l'enfant, certains parents l'attendent au contraire avec impatience. En effet, « Le diagnostic qui

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

permet de désigner le handicap d'un enfant conjure les aspects terrifiants d'une anomalie d'origine inconnue. Les mots protègent de la terreur sans nom en la maîtrisant par le langage » (p. 82). Les mots sont définissables, ils sont porteurs de sens. Ils inscrivent une logique et donnent une surface de projection qui permet de sortir de l'incertitude. Le devenir de l'enfant peut enfin être pensé. Cependant, même si l'origine du handicap est reconnue, l'étiologie « ne suffit jamais à soulager la culpabilité, impitoyable et irrationnelle, d'avoir mis au monde cet enfant-là » (p. 109). En effet les parents portent le poids d'être responsables d'avoir mis au monde cet enfant et se placent alors comme « fautifs de cette naissance et de cette anormalité » (p. 72).

Toutefois, si les parents sortent de cette « zone obscure et paralysante du non-dit », les difficultés de l'enfant demeurent et d'autres épreuves guettent les parents après ce moment d'annonce. Et ce chemin ne sera pas forcément de toute tranquillité.

2.2 Changement de regard et conséquences narcissiques

« Il faut donc rappeler que la préoccupation maternelle primaire implique une très forte identification au bébé, qui conduit la mère à une grande vulnérabilité sur le plan psychologique » (Poussin, 2004, p. 23). Mais lorsque le handicap survient, cette identification peut se figer, se pétrifier. A l'image de la Gorgone, cette créature mythologique, le parent est frappé par cette rencontre comme s'il croisait le regard de la Méduse. « L'homme frappé par ce regard en reste immobile, impuissant, ne pouvant plus ni penser, ni agir » (Rouchy S & al., 1995, p. 15). Quelles sont les conséquences pour l'enfant, qui de son côté, apprivoise le monde à travers ce que transmet le visage de sa mère, par ses expressions ? En effet, d'après Winnicott (1992) le visage de la mère devient un miroir pour l'enfant, c'est-à-dire que « dans le visage de la mère, le nourrisson se voit lui-même » (p. 140).

Le handicap « vient violemment bousculer nos représentations de l'Humain. Entre horreur et fascination, la figure du monstre attaque nos capacités à penser et finalement, nos capacités à être et à être avec. Effraction psychique, envahissement corporel » (Munoz, 2003, p. 62). L'auteur emploi le terme « figure du monstre » afin de mettre en lumière et rendre à l'évidence les représentations inhumaines qui envahissent l'appareil et le travail psychique des personnes qui vivent la rencontre avec le handicap. Le travail psychique se trouve alors dans une impasse. L'identité du sujet handicapé mais également l'identité parentale, en construction, se retrouvent menacées. C'est une « effraction d'une violence inouïe de

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

l'identité personnelle, parentale, familiale, transgénérationnelle » (Luigi-Duggan, 1999, p. 20). L'inclusion de la personne handicapée dans la lignée humaine sera d'autant plus difficile que le handicap reste sans étiologie. Les handicaps bénéficiant d'une meilleure représentation sociétale deviennent des handicaps moins impressionnants, et donc moins monstrueux. En effet, la connaissance du trouble et une projection de ces enfants dans un avenir est possible car une place leur a déjà été accordée dans la société. Mais que deviennent les personnes handicapées dont il n'existe que de rares cas ou dont l'étiologie reste imprécise ? Quelle place leur est accordée dans la société ? Ont-ils une place ?

Par conséquent, se reconnaître comme le parent de cet enfant peut se révéler difficile. « L'annonce d'un handicap chez l'enfant, ou la perception de sa grande différence, sidère tant certains parents qu'il ne leur est plus possible de se le représenter comme enfant, encore moins comme le leur » (Masson, 2012). En effet, dans le handicap, la différence est telle que l'humanité de l'être est remise en question. La pensée, prise dans une sidération, « raisonne » (si je peux toutefois utiliser ce terme), donc en ces termes : si cet être n'est pas humain, comment pourrait-il être issu de ma filiation ?

Cependant, d'après Munoz (2003), « ce n'est pas tant la question de la différence qui se pose entre les polyhandicapés et ceux qui les accompagnent à vivre, c'est la question de la ressemblance qui peut mettre à mal la rencontre » (p. 67). Ainsi, prendre soin de ce qui paraît monstrueux ferait de ces personnes des monstres à leur tour. « C'est en cela que l'enfant handicapé fait peur, car son étrangeté révèle, comme dans un miroir brisé, notre propre étrangeté, que nous voulons ignorer » (Korff-Sausse, 1996, p. 8). D'où, d'après l'auteur, la recherche active d'une étiologie rationnelle qui viendrait donc « restaurer une vision rassurante d'un monde où les phénomènes obéissent à une intentionnalité » (p. 108). Par cette mise en lien, les parents seraient alors dégagés de leur culpabilité.

Ainsi, d'après Gonçalves (2001, p.21), « Le handicap attaque donc le narcissisme parental ». En remettant en cause l'identité de leur enfant, les parents remettent donc en cause leur propre identité.

2.3 Des fonctions parentales mises à l'épreuve

Mais comme dans toute histoire, il y a plusieurs versions possibles. La version officielle : l'histoire médicale de cet enfant et de son handicap. Puis la version des

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

> parents -comment cet enfant vient-il s'inscrire dans leur histoire ? -qui va infléchir et orienter largement l'histoire de l'enfant. (Korff-Sausse, 1996, p. 90)

Le handicap vient mettre à mal les compétences parentales. Si d'après Robert-Ouvray (2007), la première compétence correspond à « savoir éveiller les compétences de son enfant » (p.101), comment peut-on éveiller des compétences déjà compromises chez un enfant handicapé ? De plus, l'auteur ajoute que « l'anxiété fait partie des compétences maternelles. Cette anxiété préventive de situations douloureuses pour le bébé est donc une position intermédiaire entre les deux pôles opposés, l'angoisse et l'anesthésie » (p. 104). L'anxiété permet d'anticiper ce qui pourrait arriver à l'enfant. Il y a dans l'anxiété un côté protecteur, car elle permet de prévenir certains événements. Mais si le handicap surgit, l'anticipation d'un tel événement surpasse les capacités de représentation.

Par ailleurs, « une autre compétence maternelle favorise la croissance psychocorporelle de l'enfant; c'est la capacité d'interpréter les mimiques et les mouvements du bébé » (p. 104). En effet, la mère va donner sens et interpréter l'expression corporelle, tonique ou encore sonore de son enfant. Pour l'enfant, être deviné est essentiel à sa survie. Cela lui permet de recevoir de sa figure d'attachement ses besoins primaires, tant physiologiques que sécuritaires. « Le bébé bouge et la mère parle. Il se crée un accordage affectif entre les deux modes d'expression qui passe par la tonicité » (p.105).

Mais « lorsqu'un enfant naît avec un handicap, la fonction tonique est souvent touchée » (Gonçalves, 2001, p. 25). Comment peut-il alors exprimer ses besoins et comment sa mère peut-elle interpréter de manière adéquate les besoins de son enfant si sa motricité est appauvrie ? En effet, selon l'auteur, « La faiblesse ou l'absence de variation tonique chez l'enfant rend plus difficile la compréhension de la vie psychique et émotionnelle par la mère » (p. 26). Face à un enfant entravé dans sa fonction tonique, l'ajustement dans le dialogue tonico-émotionnel peut s'avérer difficile. La qualité relationnelle et l'établissement d'un attachement peuvent donc être fragilisés. « Si cet enfant ne correspond pas pour de diverses raisons à l'enfant imaginaire, le lien aura du mal à se mettre en place » (Thibault-Wanquet, 2015, p. 70). Le lien mère-enfant peine donc à s'installer.

Ainsi, les compétences parentales sont fortement éprouvées.

> Comment les parents peuvent-ils se sentir *compétents* quand ils sont soumis à des émotions extrêmes et quand domine l'ambivalence vis-à-vis de leur bébé *pas comme*

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

> *les autres* ? Comment peuvent-ils se croire *compétents* lorsqu'ils se retrouvent impuissants et sans repères devant lui ? (Ringler, 2009, p. 45)

Lorsque l'enfant handicapé grandit, ses capacités motrices ne lui permettent pas toujours d'aller explorer de manière autonome son environnement. « À la suite d'un traumatisme, le temps se fige et, dans le contexte qui est le nôtre, cette impression se trouve renforcée par l'extrême lenteur d'évolution de certains enfants » (Masson, 2012). L'exploration est alors proche de celle retrouvée chez les nourrissons, c'est-à-dire essentiellement au sol. Mais « voir évoluer l'enfant au sol serait peut-être un signe trop visible et trop violent du handicap. Cela peut renforcer le côté de non-appartenance à la lignée humaine induite par le handicap » (Gonçalves, 2001, p. 27). D'après l'auteur, l'enfant développe alors une dépendance envers autrui pour y accéder. De plus, « les parents savent qu'« il y en a pour longtemps » et tous s'inquiètent pour l'avenir de leur enfant, se demandant ce qu'il va devenir quand il sera adulte, lorsqu'ils ne seront plus là » (Masson, 2012). À moins que l'enfant ne parte avant eux…

2.4 Une rupture dans la transmission générationnelle

Selon Ringler (2004), l'annonce d'un handicap est vécue comme une profonde détresse car « les parents ont souvent l'impression que c'est « leur raison d'exister » qui se trouve brutalement et définitivement remise en cause, à ce moment-là » (p.74). En effet, les parents prennent conscience de la vulnérabilité de leur progéniture : « Soudain, ils se rendent compte que leur enfant peut mourir. Or il y a dans le désir d'enfant un souhait de prolonger sa propre vie » (Thibault-Wanquet, 2015, p. 77). L'enfant à naître s'inscrit dans une histoire familiale et générationnelle, il porte l'espoir de perpétuer la filiation. Mais le handicap affaiblit voire éteint cet espoir de transmission générationnelle.

Ainsi, lorsque le handicap survient, « toutes les dimensions de la relation se voient touchées lorsqu'un enfant ne va pas bien : les affects, le temps, l'espace et bien sûr l'imaginaire » (Masson, 2012). Cette perturbation des dimensions de la relation peut amener les parents d'un enfant handicapé à consulter des spécialistes du soin. Concernant la psychomotricité, en quoi le travail engagé est-il spécifique dans l'accompagnement qu'il propose auprès d'une dyade, notamment dans un contexte de handicap chez l'enfant ? Pour éclairer ce questionnement, je vous propose à présent la présentation d'un cas clinique.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

PARTIE CLINIQUE

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Je rencontre Louis dans le cadre de mon stage de 3e année en psychomotricité en cabinet libéral. L'identité du patient est préservée sous ce nom d'emprunt.

1 Anamnèse

1.1 Premiers instants de vie

Louis est le premier enfant du couple. La grossesse s'est bien déroulée, outre un diabète gestationnel. L'accouchement s'est réalisé par voie basse à 37 Semaines d'Aménorrhées (SA) et cinq jours, et a été très long (40 heures) car Louis avait le regard vers le ciel dans la descente. Son adaptation néonatale a été bonne avec un score d'Apgar de 10/10 et des mensurations normales à la naissance.

1.2 Hospitalisation précoce et examens

Il a ensuite été hospitalisé une semaine pour suspicion d'infection materno-foetale. Les parents ne décrivent pas de difficultés alimentaires mais un allaitement difficile malgré une succion efficace car Louis régurgitait facilement. Le sevrage a été effectué à 1 mois. Le sommeil est bon avec des nuits complètes à 2 mois et demi. Il n'a pas accepté la tétine. Les reflux gastro-œsophagiens étaient nombreux mais ne semblaient pas douloureux. Il ne tenait pas son biberon seul à 8 mois. Les parents ont décrit des épisodes d'érythrose (coloration rouge de la peau) avec pleurs, blockpnée et révulsion oculaire possible brefs lors de changements de position, d'énervement ou après les repas. Un encéphalogramme a été réalisé mais n'a révélé aucune anomalie.

1.3 La multiplication des rendez-vous médicaux

Louis présentait une plagiocéphalie à droite, sans limitation d'amplitude, car il ne tournait pas la tête à gauche. Il a donc bénéficié de séances d'ostéopathie avant ses 3 mois. Il a été également pris en charge en kinésithérapie car ses pieds présentaient un varus. Les prises en charges en kinésithérapie se poursuivent actuellement pour favoriser le développement fonctionnel de Louis.

L'acuité auditive est bonne mais l'acuité visuelle s'est révélée déficiente lors de la visite des 2 mois : Louis ne captait pas le regard et ne poursuivait pas la cible. Après consultation ophtalmique à 2 mois de vie, il présente un strabisme divergent de l'œil droit,

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

un nystagmus horizontal bilatéral ainsi qu'un comportement visuel de malvoyance. Il bénéficie de séances d'orthoptie tous les 15 jours.

1.4 Inquiétude neurologique

Il est suivi régulièrement par la neuropédiatre. L'examen clinique des 2 mois et demi révèle une ascension franche du périmètre crânien (+2 Déviation Standard (DS) à la moyenne) qui aboutit à une Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM) effectuée à 3 mois mais qui n'a rien révélé : les structures anatomiques sont normales et la myélinisation conforme à l'âge. Les mensurations se stabilisent à 8 mois et reviennent dans la moyenne.

Jusqu'à ses 5 mois, Louis n'a pas expérimenté le sol, il a été uniquement dans un transat ou dans un pouf. Il a pu être mis plusieurs fois par jour en décubitus ventral suite aux conseils du médecin mais Louis appréciait peu cette position et se retournait rapidement en décubitus dorsal. Concernant le mode de garde, les parents ont fait appel à une nounou.

Louis a tenu sa tête vers 6 mois et pouvait attraper les objets au contact. Il y avait une absence de coordination oculo-manuelle et de passage d'objet d'une main à l'autre. La poursuite de l'objet était facilement réalisée mais la poursuite du visage demandait de capter son attention. Une persistance de regard un peu haut et des mouvements d'errance oculaire sont notés. Il se reconnaît dans le miroir, sourit facilement en réponse et réagit à la voix de ses parents.

Il n'y a pas de syndrome pyramidal, extrapyramidal, cérébelleux repérés lors de l'examen neurologique et les réflexes ostéo-tendineux sont normaux.

Depuis ses 8 mois, Louis porte des lunettes. Il suit maintenant du regard et semble voir à une distance de plusieurs mètres. Son acuité visuelle semble progresser mais il garde une tendance à regarder au-dessus de sa ligne de vision.

1.5 L'adresse en psychomotricité

Il a été reçu au cabinet libéral, où exerce mon maître de stage, à ses 8 mois, pour un premier bilan psychomoteur, à la demande du neuropédiatre, pour un retard de développement psychomoteur. Ce dernier est réalisé sur des observations basées sur l'échelle d'évaluation du Développement Fonctionnel Moteur du jeune enfant (DF-MOT).

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le bilan psychomoteur met en avant un retard de développement psychomoteur global. Au niveau de la motricité globale, Louis est à un stade de développement d'environ 3 mois car il ne manifeste aucun retournement, une flexion/extension des membres inférieurs et soulève peu sa tête sur le ventre. Sa tonicité est similaire à celle observable à la naissance avec la présence d'une hypotonie axiale et d'une hypertonicité périphérique, ce qui entrave la tenue de tête. Il secoue beaucoup sa tête et a également une tendance à l'hyperextension.

En ce qui concerne la motricité fine, les mains sont ramenées dans l'axe, la préhension est palmaire et Louis essaye d'atteindre les objets. La main droite est sous utilisée.

Le langage est au stade des lallations, ce qui correspond au stade du 6e mois. Il entre facilement en relation et peut rigoler lors du « caché-coucou ».

Le bilan aboutit sur un projet thérapeutique ayant comme objectifs de stimuler le développement psychomoteur de Louis à travers des activités sensorielles et vestibulaires ainsi que d'accompagner les parents dans le développement de leur enfant (guidance parentale). Louis sera reçu une fois par semaine au cabinet.

1.6 Errance diagnostique

À ses 11 mois, Louis passe des examens complémentaires dans le cadre d'un retard moteur associé à des anomalies visuelles. Les potentiels évoqués visuels et l'électroencéphalogramme sont normaux. Le retard visuel demeure avec un nystagmus toujours présent. Le reflux gastro-œsophagien est encore présent mais reste modéré.

Un examen du matériel génétique est effectué et n'a rien mis en évidence. D'autres investigations médicales plus poussées sont réalisées mais reviennent systématiquement négatives.

Le suivi médical des 15 mois note des progrès dans le développement psychomoteur. En effet, Louis se retourne du dos sur le ventre et du ventre sur le dos. Il cherche également à s'asseoir. Il peut désormais attraper avec les deux mains, passer un objet d'une main à l'autre et porte les objets à sa bouche. Aucun geste d'imitation ni geste signifiant ne sont observables. La permanence de l'objet s'ébauche, il répond à son prénom et tend les bras vers l'adulte. Louis ne réclame pas ses repas.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les parents continuent les séances de kinésithérapie et engagent un suivi en chiropractie. Un bilan neuro-visuel est également effectué. Une demande d'appareillage pour un siège coque est faite lors de cette consultation. Louis sera alors suivi par un ergothérapeute à cette occasion.

1.7 Bilan d'évolution en psychomotricité

Un autre bilan psychomoteur est réalisé au 20 mois de Louis. Cette note d'évolution psychomotrice se base sur le DF-MOT. Elle révèle au niveau posturo-moteur et locomoteur un développement dysharmonieux compris entre 5 et 6 mois. Le tonus postural est déficitaire et il n'arrive toujours pas à tenir sa tête ce qui occasionne des déséquilibres, notamment en arrière. Il ne se déplace pas encore.

Au niveau de la préhension et de la coordination oculo-manuelle, son développement est également disharmonieux et reste en deçà de ce qui est attendu pour son âge, soit entre 8 et 9 mois. L'exploration par la bouche est très présente.

Au niveau du langage, Louis explore son potentiel vocal et articulatoire, il peut doubler les syllabes et dit quelques mots de jargon qui ne paraissent pas signifiant. Il émet également des sons de roulement de langues « drrrr » et montre des intonations dans sa voix.

Les objectifs thérapeutiques restent inchangés au bilan des 8 mois, et la prise en charge se poursuit à raison d'une séance par semaine au cabinet libéral.

Louis est également suivi en orthophonie mais seulement pendant les vacances scolaires.

Dans les nombreux comptes-rendus médicaux que j'ai eus à ma disposition, je n'ai eu aucune information concernant le vécu des parents face à ces débuts de vie compliqués, où Louis passait beaucoup de temps en consultation. J'ai été surprise de ce silence sur ce papier… Un silence qui s'est prolongé finalement dans la rencontre.

2 De la première à la dernière rencontre

2.1 La dyade

Je rencontre Louis à ses 1 an et 11 mois. Il arrive dans les bras de sa maman. Je suis tout de suite attirée par son grand regard. Je me rends compte que ce sont les verres optiques

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

de ses lunettes rondes qui agrandissent ses yeux. Louis a un faciès particulier, allongé et joufflu, un front proéminent et un crâne marqué par la plagiocéphalie. Ses cheveux sont brun foncé et quelques mèches lui tombent sur le front. C'est un garçon très souriant, qui a la bouche ouverte la plupart du temps, sauf lorsqu'il vocalise les consonnes. Lors de la première séance, je me suis installée au sol avec eux. Cependant, Louis montrait beaucoup de difficulté à stabiliser son regard vers l'objet d'attention et effectuait beaucoup d'aller-retours visuels entre les différentes personnes présentes. La psychomotricienne peinait à maintenir l'attention de Louis sur l'activité proposée. Il sera décidé, du fait de cette difficulté à maintenir un regard stable dans la durée, que je prenne place au bureau pour les séances suivantes afin de limiter les sources de distractions. Je serai donc exclusivement observatrice pendant le suivi, même si Louis est venu chercher mon regard plusieurs fois.

La maman sera toujours présente lors des séances. Du fait des contraintes des agendas parentaux, le père ne peut pas se rendre présent. Ainsi, je n'ai jamais pu le voir pendant la durée de mon stage mais celui-ci a pu venir exceptionnellement à certaines séances avant ma venue, pour voir son fils évoluer en psychomotricité.

À chaque séance, la maman apporte un sac de jeux, customisé en « hotte du Père Noël » avec son gros cordon rouge et blanc. Au départ, cette décision a été prise compte tenu du contexte sanitaire concernant la COVID-19. Mais cette habitude a perduré jusqu'au bout du suivi. Ce sac contenait des jouets différents chaque semaine. J'étais assez excitée et attendais avec impatience le moment où la maman sortait un à un les jouets de son sac pour découvrir ce qui composerait la séance du jour. Ce sac est véritablement devenu pour moi la hotte de Père Noël. Mais je me suis demandée pourquoi la maman apportait de nouveaux jouets à chaque séance ? En effet, dans la salle de psychomotricité, les jeux restent les mêmes toute l'année et cela ne m'empêche pas de proposer des séances variées aux autres patients. Serait-ce pour la maman l'occasion de pouvoir observer l'interaction ludique ici en soin avec les mêmes jouets utilisés à la maison ? Et ainsi, de pouvoir comparer ce qui diffère, comment et pourquoi ?

2.1.1 Interactions ludiques

Il semblerait que les parents soient en difficulté pour maintenir une interaction ludique avec leur fils. Ils disent être vite « à court d'idées en tant que parents » et sont très preneurs des conseils donnés par les professionnels concernant le choix des futurs achats de

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

jouets. Mon maître de stage ne manquera pas de répondre à cette demande et proposera, tout au long du suivi, des idées de jeux, expérimentés en séance et à proposer à la maison.

La place de cette maman en séance m'a interrogée. Je l'ai trouvée absente. Elle venait déposer son enfant en séance, prenait place à même le sol derrière son fils et y assistait en prenant les conseils de la psychomotricienne pour les ramener chez elle. La maman se plaçait systématiquement derrière son fils, se tenait très droite, les bras sur les cuisses, toujours prête à parer aux éventuels déséquilibres de Louis. Son fils ne pouvait pas la voir. Cette disposition m'a beaucoup surprise. Pourquoi la maman n'établit pas de contact visuel avec son fils en privilégiant une disposition triangulaire ? Elle restait très silencieuse pendant les séances, comme si elle ne voulait pas perturber l'interaction entre son fils et la psychomotricienne. Elle semblait avoir trouvé sa place dans une interaction avec la psychomotricienne et non pas dans une relation triangulaire avec son fils et la psychomotricienne.

Lors d'une séance, mon maître de stage a pu l'inviter à faire une activité de ramper en imitation à côté de son fils. Cette imitation est proposée afin d'activer les neurones miroirs chez Louis et ainsi favoriser la représentation gestuelle du mouvement. La maman a hésité à se mettre au sol et a été en difficulté pour ramper à côté de son fils. Mon maître de stage ne pouvait pas proposer l'imitation, car elle était située derrière Louis pour lui imprimer le mouvement de dissociation des membres inférieurs et offrir un appui pour les pieds afin de favoriser la poussée. La maman ne s'est pas mise complètement au sol et s'est vite relevée : elle n'a pas pu proposer une imitation claire. Elle semblait mal à l'aise. Elle est retournée s'assoir en encourageant son fils puis s'est adressée à lui : « ça serait bien que ça vienne de toi ». Exprimerait-elle une fatigue à devoir faire en permanence à la place de son fils ? Cela pourrait également traduire un désir, pour son fils, d'accès à l'autonomie. Se mettre en situation corporelle comme son fils révélerait-il trop douloureusement pour cette mère les limites auxquels son fils est contraint ?

Du fait de ce silence et de la posture de la maman en séance, j'ai eu beaucoup de difficulté à saisir la maman. Je me suis demandée quel cheminement son mari et elle avaient fait face à l'important retard que présentait leur fils, et finalement s'il avait conscience du handicap que cela engendrait déjà malgré son jeune âge. Le silence et la posture semblaient traduire une profonde tristesse et une désorientation. Elle me semblait désemparée et fatiguée, tout en étant avide de conseils pour entrer en interaction avec son fils, soucieuse de

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

stimuler son fils dans son développement, mais naviguant à vue, sans cap visible, comme dans une mer de brouillard. Vers où avancer, comment et jusqu'où ?

2.2 À la conquête de la verticalité

2.2.1 Être sur le dos

La position favorite de Louis est d'être sur le dos. En effet, cette position lui coûte très peu d'énergie musculaire car il n'a pas besoin de recruter son tonus pour maintenir son corps. C'est une position dans laquelle il obtient beaucoup de stabilité et qui lui semble confortable. Il semble peu curieux de l'environnement qui l'entoure. Peut-être que cette curiosité serait trop coûteuse énergiquement pour lui, car elle supposerait une mise en mouvement et donc un recrutement tonique. Dans cette position, il semble être très lourd et déposer tout son poids dans le tapis. J'ai été surprise par la pesanteur qui s'exerçait sur ce corps. À ce moment-là, mon regard analyse quelque chose de morcelé. Je suis tentée d'observer son corps comme différentes parties à mettre en mouvement. En effet, les bras sont tranquilles, chacun de leur côté, les hanches sont ouvertes et les jambes font un contact quasiment continu avec le tapis. Les mains jouent peu à se rejoindre, les membres inférieurs ne sont pas ramenés vers le haut du corps. Cette observation morcelée du corps m'évoque une vision peu humanisante de Louis.

Louis effectue peu de mouvement rotatoire de la tête, mais les extensions sont nombreuses et amènent parfois à une hyperextension de l'axe avec un recrutement tonique corporel global élevé. Les poings sont alors serrés et semblent pousser le tapis. Les bras et les jambes sont raides. Louis s'arc-boute mais ce mouvement n'amène pas à une exploration motrice. En effet, le regard est projeté vers l'arrière et ne fixe pas de cible. Louis se fige dans cette position. Quelle sensation recherche-t-il à travers cette mise en mouvement ? Cette mise en tension musculaire, lui permettrait-elle de ressentir son corps comme solide, sur lequel il peut prendre appui ? Trouverait-il du plaisir dans la réalisation de ce mouvement dans lequel il peut enfin avoir une certaine maîtrise ?

2.2.2 Se déplacer par le ramper

Louis ne se déplace pas seul. Le mouvement du ramper est difficile pour lui. Il se tracte uniquement avec ses bras lorsqu'on lui propose ce mode déplacement. Les membres inférieurs sont totalement désinvestis. Aucun mouvement d'amorce n'est engagé : les jambes sont raides et longilignes. Lorsque mon maitre de stage propose les mouvements

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

dissociés à Louis, l'enfant se laisse facilement mobiliser mais aucune poussée n'est présente. La traction par les membres supérieurs l'épuise. Sa tête tombe lourdement au sol. Lorsqu'il a réussi à saisir l'objet convoité, il revient à la position dorsale tout seul, sans aucune aide. C'est le seul retournement qu'il maîtrise sans aide et sans aucun encouragement. Cette position lui coûte en effet très peu d'énergie, c'est pour lui une position de repos.

2.2.3 Comment s'asseoir ?

Louis peut tenir assis mais cette position n'est accessible que grâce à l'aide d'un tiers. Il sera souvent mis assis, par sa mère dès le début de séance, puis le redressement sera proposé plusieurs fois au cours d'une même séance par la psychomotricienne.

À mon arrivée en septembre, ces redressements n'étaient pas proposés. Les séances s'articulaient davantage autour de jeux vestibulaires et sensoriels. C'est suite au partage d'une vidéo présentée par la maman que les séances de psychomotricité ont pris un axe tout à fait différent. Cette vidéo montrait Louis en séance de kinésithérapie effectuer un redressement frontal, c'est-à-dire à la force des abdominaux. Louis était plaqué contre un plan incliné. L'objectif étant au fur et à mesure de diminuer le degré de la pente pour que Louis se redresse tout seul. La maman était très enthousiaste de cette ébauche de redressement et de ce travail engagé en kinésithérapie. De mon côté, j'ai été très surprise de cette proposition, qui va à l'encontre du redressement physiologique et qui n'optimise pas les capacités de levier du corps.

Par ce travail, Louis est capable d'amorcer un mouvement de redressement sur le plan frontal lorsque la psychomotricienne lui demande verbalement, tout en faisant le signe correspondant. Il ne s'assoit que lorsqu'on le lui demande. Louis s'exécute avec de l'aide dans l'action demandée, mais trouve-t-il du plaisir à maintenir cette position ? Cependant, cette amorce de redressement, possible par contraction des abdominaux, se fait en réalité dans un état de contraction corporel général. Effectivement, tout le corps est mis en tension, la mâchoire se serre et la bouche fait même une grimace sous l'effet de l'importante tonicité retrouvée aussi dans les muscles faciaux. Ses yeux sont grands écarquillés. Sa tête se soulève de quelques centimètres et ses jambes se soulèvent également. Sans l'aide d'un tiers pour accompagner le redressement, il s'effondre à nouveau au sol.

En psychomotricité cet élan sera détourné vers un redressement qui passe par le côté. Ce mouvement latéral de redressement sera également demandé lorsque Louis se retrouve

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

sur le côté de son corps pris dans un mouvement de retournement. De ce fait, Louis peut pousser sur sa main alors encore au sol. Le recrutement tonique engagé est élevé dans le haut du corps, ce qui entraîne l'élévation et le rapprochement des membres inférieurs. Une fois assis, ses jambes sont souvent tendues vers l'avant avec une tension élevée jusqu'aux pieds, qui se retrouvent alors en équins. Les jambes peuvent être repliées mais les déséquilibres sont toujours aussi nombreux.

J'observe que le travail engagé dans un redressement latéral permet à Louis de participer jusqu'au bout du mouvement qui amène à la position assise. Ainsi il met en valeur les capacités de Louis car il devient acteur tout au long du mouvement, la repoussée du sol ne pouvant être amorcée que par lui. Le tiers se retrouve davantage dans une position de soutien et non plus dans celui qui doit faire à la place de l'enfant, comme cela est observé dans le redressement sur le plan frontal. De plus, l'enchainement est moins violent dans le recrutement tonique. Ce redressement latéral sera favorisé en séances de psychomotricité. Cette demande de redressement vient des parents de Louis. Inconsciemment, les séances suivantes s'orientent vers cette quête de déplacement et d'action. J'ai le sentiment que la maman s'est enthousiasmée, elle s'est animée autour de cette question autour de cette acquisition à travailler. Ce qu'elle n'avait pas manifesté jusque-là. J'ai le sentiment que la psychomotricienne s'y est engagée car elle a vu une opportunité de vitalité et d'échange. La psychomotricienne se serait-elle engagée dans cette direction face à l'opportunité d'un échange possible autour de Louis concernant l'agir ? Il me semble que l'investissement des acquisitions motrices de Louis permettre d'alimenter le désir de réparation et d'évolution de l'enfant. Cette violence dans l'effort de recrutement tonique m'a interpellée. Le plaisir dans la mise en jeu corporelle à travers le mouvement semble avoir laissé la place à l'effort et à la douleur musculaire. Ce plaisir semble s'être déplacé chez la mère, qui observe un petit garçon qui bouge (enfin).

Ce qui m'a frappé chez Louis, ce sont les oscillations permanentes de son corps lorsqu'il est assis. Le regard est également très instable. La tête, du fait de l'hypotonie axiale, tombe vers l'avant. Le regard est alors dirigé vers le nombril de Louis. Lorsque Louis soulève sa tête, les oscillations augmentent. Ces dernières peuvent diminuer lorsque Louis focalise son attention sur un jouet. La concentration permettrait donc de stabiliser le regard et d'amener une stabilité corporelle. Il semblerait que Louis recrute également plus de tonus lors de ces moments pour obtenir ainsi plus de stabilité. Cependant, comme cela lui coûte beaucoup d'énergie, Louis se fatigue vite et l'attention est difficile à maintenir.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cet enfant me donne l'impression d'un culbuto et ce tangage s'est même imprimé en moi lors de la première séance, jusqu'à me donner une sensation de mal de mer. Le regarder dans ce mouvement instable et permanent m'a beaucoup fatiguée moi aussi dans mon travail d'observation.

2.2.4 La préhension

Louis ne parvient pas à saisir un objet au premier essai. Les dysmétries du geste de préhension sont systématiques. Lever son bras pour saisir un objet, qui est positionné en face de lui ou au-dessus de sa tête est pénible pour lui. Son bras semble lourd et la main arrive majoritairement sous l'objet proposé ou à sa droite et à sa gauche. Louis abandonne souvent, en laissant son bras et sa tête s'effondrer. L'amorce du mouvement se fait par un recrutement tonique global assez important. Les jambes se tendent et les pieds se retrouvent en extension. Cette mise en tension peut engendrer des déséquilibres plus importants et des chutes. Louis abandonne souvent, en laissant son bras et sa tête s'effondrer.

Lorsque Louis se retrouve sur le ventre, la saisie de la gommette sur le sol se fait sans grande difficulté contrairement à la saisie d'une balle : cette dernière est souvent poussée involontairement lors des tentatives de préhension de Louis. Pour atteindre la balle, Louis doit alors fournir des efforts supplémentaires de déplacement.

2.3 Communiquer avec Louis

2.3.1 Communication verbale

Sa maman utilise la communication gestuelle associée à la parole. Son ton de voix est bas mais elle se rapproche de son fils et établit un contact visuel lorsqu'elle s'adresse à lui. Mais les injonctions verbales ne sont pas toujours effectuées. Il faut beaucoup d'étayage verbal et d'encouragement pour que Louis parvienne à réaliser ce qui lui est demandé.

Les productions sonores sont assez rares et sont de faible intensité. Il peut cependant moduler le ton de ses productions sonores : elles prennent alors un ton interrogatif ou satisfait, d'acquiescement. Les séances sont très silencieuses. Cela m'a surprise. La maman parle peu pendant les séances et la psychomotricienne chuchote même lorsqu'elle s'adresse à Louis. Cela m'a donné l'impression d'une grande fragilité chez Louis, comme un cristal qu'il ne fallait pas casser. L'ajustement tonico-émotionnel comprendrait également cette part sonore, d'où l'ajustement verbal observé lors de cette séance ? Je me suis questionnée sur ce

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

silence en séance en me demandant si parler serait déjà trop fort d'un point de vue sensoriel pour l'enfant. Ce silence, c'est comme si on ne pouvait pas parler. Peut-être que la situation est tellement difficile à penser et à élaborer que c'est même difficile d'en parler. De cette difficulté de penser découlerait donc une pauvreté dans les échanges. Cela semble témoigner d'une sidération. J'observe cette difficulté chez la maman mais je l'observe aussi chez mon maître de stage. Ce silence serait-il un élément évocateur d'une sidération soignante qui répondrait en écho à une sidération parentale ?

J'ai remarqué que les productions sonores étaient plus importantes dans les temps proposés dans la toupie. Louis est déposé dedans, sur le dos. Son axe s'enroule et dans cet élan, les mains se joignent et se prennent à des jeux de mouvements verticaux dans l'axe. Les pieds prennent appui contre la paroi de la toupie et Louis s'amuse à appuyer et enlever les pieds. Les genoux se rapprochent du bassin et les jambes bougent. Louis semble prendre beaucoup de plaisir à frapper des pieds contre la paroi. Il peut répéter ces mouvements pendant un long moment et à une vitesse élevée mettant alors la toupie elle-même en mouvement.

Ces moments dans la toupie sont également propices à des jeux d'imitation où il tente de nous envoyer des bisous, mais aussi des jeux de caché-coucou, de bête qui monte, avec la psychomotricienne. Beaucoup de rires lors de ces instants et de regards échangés avec moi, lorsque la toupie est dirigée vers le bureau où je suis installée. Je lui adresse un « coucou » accompagné de son signe et sa maman fait de même.

J'ai été étonnée de voir que Louis prenait autant de plaisir dans ce jeu vestibulaire où la toupie tourne et se balance aléatoirement. En effet, cette toupie est un peu à l'image de Louis, elle tangue comme une barque sur une mer agitée. Mais Louis se trouve dans sa position de prédilection dans cette toupie, il n'a pas besoin de solliciter son tonus postural pour trouver de la stabilité. L'enroulement de l'axe apporte un rassemblement des membres supérieurs et inférieurs. Contrairement aux moments où il est sur le dos sur un tapis au sol, les interactions et le regard sont plus faciles à établir car dans la toupie, c'est tout le corps de Louis qui réagit aux propositions ludiques. Le dialogue tonico-émotionnel s'installe alors beaucoup plus facilement et les interactions s'enrichissent.

La psychomotricienne joue de manière privilégiée avec Louis et elle verbalise beaucoup ses ressentis, prête également des intentions aux mouvements de Louis. Par l'interaction ludique avec Louis, mon maître de stage invite ainsi la maman à prendre

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

conscience des potentialités relationnelles de Louis. De plus, elle donne à Louis la possibilité de se montrer gratifiant pour son partenaire de jeu, par sa manière de répondre aux sollicitations et aux propositions ludiques.

2.3.2 Expression émotionnelle

D'une manière générale, j'ai du mal à saisir les émotions de Louis. En effet, il accepte tous les jeux qu'on lui présente. Il me fait penser à un garçon d'école très soucieux et sage, qui met toute son énergie à focaliser son attention là où elle est demandée et qui accepte les propositions de jeux, sans exprimer sur son visage une esquisse de sourire, d'excitation, d'attente ou à l'inverse d'ennui, de désintérêt. Il laisse peu d'indice pour déchiffrer ce qu'il ressent. Cela lui donne un air indifférent. Tout semble lui convenir. Ce qui en fait un enfant très calme, voire trop calme. Lorsque sa mère lui propose une compote, alors qu'il avait posé longuement son regard pendant la séance, Louis reste indifférent à sa question dessus. La maman lui propose quand même, mais Louis n'en veut pas. Il n'ouvre pas la bouche et porte son regard sur un autre objet. La mère se sent-elle en situation d'échec face à cette difficulté d'interprétation de la communication de son fils ? Elle qui se sent certainement le devoir de connaître le mieux son enfant et qui finalement, le comprend si peu… Comment se sentir rassurée dans ses compétences de mère lorsqu'on a des difficultés pour décoder les demandes et les besoins de son enfant ?

Malgré les difficultés motrices qui ne lui permettent pas d'obtenir tout ce qu'il souhaiterait, je n'ai jamais vu Louis frustré ou en colère. Le recrutement tonique nécessaire à l'expression de cette émotion serait-il trop important pour lui ? Cependant, cette absence d'énervement semble être substituée par un effondrement corporel et tonique partiel ou global. Cela en fait un garçon très calme, qui produit des sons mais pas de cris. Même lorsque Louis tombe brutalement vers l'avant, sans aucune réaction parachute, ses pleurs sont faibles et saccadés. J'ai l'impression qu'il n'arrive pas à pleurer. La respiration est très haute à ce moment-là, ce qui l'empêche de libérer sa voix. Il est alors secoué par les mouvements respiratoires rapides. La psychomotricienne et la mère réagisse de manière très calme face à l'événement. Cela contraste avec la violence de la chute.

Je me demande à quelle intensité Louis vit ses émotions et ses sensations et quelle représentation il a de son corps. Cette dernière est-elle suffisamment structurée pour permettre de localiser la douleur ? Quelle conscience Louis a-t-il de son corps ? Le défaut de tonus semble entraver Louis dans l'expression des émotions et dans leur expérimentation.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Que ressentent les parents face à cette pauvreté d'expression des émotions ? La sidération serait-elle accentuée par cette difficulté à vivre et exprimer ses états émotionnels ?

2.3.3 Communication infra-verbale

Le pointage s'est développé depuis novembre. Avant cette acquisition, Louis ne réclamait pas ses repas. En effet, il n'interpellait pas sa maman pour ses besoins fondamentaux. Comment connaître les besoins de cet enfant ? Quand proposer ? Comment peut-on trouver un accordage face à un enfant passif et apathique ? Désormais Louis réclame des objets dans son environnement. Cependant, le regard ne fixe pas longtemps l'objet convoité, et le pointage vacille également au rythme des oscillations et déséquilibres corporels de Louis, ce qui entraîne parfois une confusion dans ce qu'il réclame. La psychomotricienne tâtonne alors entre les différents jouets. Ces pointages, particulièrement nombreux en début de séance ont permis d'amorcer l'interaction. Parfois, lorsque l'objet pointé lui est présenté, il n'y accorde aucun intérêt. Y aurait-il alors simplement le plaisir de demander et d'obtenir une réponse de l'entourage ? Le pointage semble représenter la découverte de la maîtrise de Louis sur son environnement. Peu de temps après cette acquisition, Louis découvre la relation de cause à effet. Louis semble prendre conscience de son corps acteur, capable d'influencer son environnement proche. Le pouvoir jubilatoire d'agir sur le monde et sur l'autre. Louis semble peu à peu prendre conscience de lui. Quelle belle étape !

2.4 Le début des appareillages

C'est un enfant plutôt grand pour son âge. Sa maman le porte encore dans les bras malgré sa taille et son poids. Dans le portage, le dos de Louis est contre le ventre de sa maman. Un bras soutient le bassin et l'autre s'enroule sous les aisselles de Louis contre son thorax. Son regard est donc dirigé vers l'extérieur.

Il est arrivé seulement 3 fois en poussette depuis le début du suivi. Il est vrai que c'est une poussette imposante par sa taille, dans laquelle est installé le siège en mousse conçu par les kinés. Louis est donc assis dans cet appareillage provisoire qui sera ensuite substitué par un siège en coque rigide. Pourquoi la mère ne privilégie-t-elle pas la poussette pour les déplacements, plutôt que de le porter dans ses bras ? Pourtant le cabinet est tout à fait adapté pour une poussette, même de grande taille. La poussette aménagée rendrait-elle de manière trop visible le handicap de Louis pour la mère ? Peut-être que cette perte du contact corporel

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

trouvé dans le portage est aussi difficile pour cette maman. Cette solution ne viendrait pas renvoyer à cette mère un échec dans le portage qu'elle ne peut plus offrir ? La mère pourrait alors ressentir de la culpabilité face à cette facilité de portage, elle qui voudrait offrir le meilleur pour son fils.

Louis est toujours bien habillé avec des chaussons souples aux pieds. Sa maman achètera des chaussures peu avant la fin du suivi, car selon ses propos « les chaussons ce n'était plus possible ». La vue des chaussons renverrait-elle en miroir l'incapacité de déplacement autonome ? Cet achat serait-il aussi une manière de faire vivre le fantasme que Louis marche ?

Le siège en coque rigide a été livré peu de temps avant les vacances de Noël. Louis en profite à la maison. Les jeux peuvent être posés sur une tablette devant lui, comme dans une chaise-haute. Il peut ainsi jouer en autonomie. Si le siège est un soulagement pour les parents et permet à Louis de développer sa motricité fine grâce à un soutient dans sa posture, la rigidité du siège ne permet pas à Louis d'explorer les déplacements. Ainsi, les prises en charge doivent être maintenues pour encourager Louis à maintenir des expériences sensori-motrices libres.

2.5 Entre espoir et flou diagnostic

La multiplication des examens médicaux, la recherche du côté du matériel génétique montrent un désir de connaître l'origine du trouble et de poser un nom sur ces difficultés. Mais pourtant, toutes les investigations médicales sont infructueuses. Soulagement ou culpabilité ? En effet, si les résultats des analyses reviennent sans anomalie, alors d'où viennent les difficultés qui elles, sont réellement visibles ? Serait-ce la faute des parents ?

L'absence de diagnostic plonge les parents dans l'incompréhension de cette situation et l'état de sidération se prolonge. Aucun mot ne peut être posé sur ces troubles pourtant visibles. Face à ce manque de sens, la représentation et la projection de leur fils dans un avenir ne peuvent avoir lieu.

Un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) a été déposé au début de l'année scolaire. Il y a donc quelque chose qui s'est mis en route du côté de la reconnaissance du handicap. La reconnaissance du handicap va aider les parents à cheminer et petit à petit sortir du déni et de la sidération. Les parents ont demandé le macaron « personnes à mobilité réduite » et le remboursement des spécialistes. La demande d'une

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Aide à la Vie Scolaire (AVS) pour l'adaptation en milieu scolaire pour la rentrée prochaine n'a pas été faite lors de la création du dossier car les parents ne s'étaient pas projetés aussi loin pour leur fils.

Le papa semblait s'accrocher depuis octobre à l'espoir d'un « déclic » ou d'un miracle peut-être, de voir son fils s'asseoir tout seul pour Noël. La maman y croyait peu, elle l'a dit le sourire aux lèvres. Sans surprise, la magie de Noël n'a pas suffi pour que Louis s'assoit sans aide. La maman nous a fait part de la déception qu'a éprouvée son mari. Cependant, peu de temps après, les parents ont retrouvé Louis assis dans son lit à barreau au réveil. « Il nous fait rire et pleurer ce petit ». Espoir puis désillusion. Le chemin vers la reconnaissance du handicap est sinueux. Ceux qui l'empruntent sont traversés par une ambivalence de désirs de résultats et des moments d'accomplissement qui souvent, ne répondent pas pleinement à la demande, ou pas en temps voulu. Ces oscillations épuisent les parents mais elles permettent également un ajustement progressif entre les attentes parentales et le statut réel de l'enfant. La prise de conscience s'élabore peu à peu vers la reconnaissance du handicap.

De son côté, la maman a pu évoquer lors de la dernière séance, le besoin d'avoir un diagnostic. « On a plein d'interrogations ». Sans même que cela soit évoqué dans les compte rendus médicaux, la maman a posé un diagnostic elle-même en évoquant une possible paralysie cérébrale pour Louis. Cette remarque semble révéler la nécessité pour ces parents de se projeter sur l'avenir de leur fils. Effectivement, ils ont besoin de rêver à nouveau de leur enfant, d'imaginer et de fantasmer son avenir. D'une certaine manière, inconsciemment, ils se demandent peut-être comment Louis peut les gratifier en tant que parents. Qu'est-ce-qui, chez leur fils, les rendra fiers ? C'est un travail difficile pour ces parents qui n'obtiennent pas de réponse concernant le diagnostic de leur fils. Ce travail ne serait-il pas finalement le cœur de la prise en charge en psychomotricité ?

Les parents souffrent. « On a arrêté de comparer avec un enfant lambda, ça nous fait trop mal » a pu dire la mère en évoquant son fils. Ils essayent d'investir cet enfant mais l'interaction semble être à sens unique. L'hospitalisation, le sevrage précoce dû aux difficultés de Louis lors de l'allaitement, ont fragilisé les premiers liens. De plus, Louis est peu actif et peu expressif : les parents semblent s'épuiser dans l'interaction. Louis finalement n'est pas aussi gratifiant pour ses parents que le serait un « enfant lambda ».

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.6 La décision d'une pause thérapeutique et les dernières séances

Fin décembre, la maman évoque le désir de participer à un stage intensif en kinésithérapie pour développer les habiletés fonctionnelles de Louis. Cette demande semble révéler un fort désir de réparation du handicap de Louis chez la mère. Suite à cette séance, mon maître de stage a pu échanger avec le professionnel qui suit Louis en kinésithérapie. Elle a également repris les objectifs fixés dans le projet et a proposé à la maman de faire une pause thérapeutique avec Louis afin qu'il développe les potentialités fonctionnelles de son corps en kinésithérapie. La maman a pu verbaliser, lors de l'annonce de cette décision, le fait qu'elle avait ressenti un essoufflement dans la prise en charge en psychomotricité. En effet, elle a remarqué que son fils avait bien investi les activités sensorielles et vestibulaires et que les dernières séances s'orientaient davantage du côté de la fonctionnalité corporelle. Elle a beaucoup parlé lors de cette séance des différentes avancées pour Louis et pour eux, en tant que parents au sein des différents suivis. Je n'avais jamais vu la maman parler autant lors d'une séance. Cette annonce aurait-elle libérer la parole de la mère ? La mère se serait-elle sentie écoutée et comprise dans ce ressenti qu'elle ne parvenait cependant pas à exprimer ? Ses ressentis ont été confirmés par la décision thérapeutique. Cette entente aurait-elle redonné confiance à la maman dans ses compétences et ses capacités de comprendre les besoins pour son fils ?

La maman a semblé être soulagée par cette décision mais paradoxalement, elle m'a semblée également inquiète. En effet, elle a très vite demandé si cette pause signifiait l'arrêt de la prise en charge. Son ton de voix s'est affaibli et a pris une intonation particulière, proche de l'anxiété. Sa posture s'est même figée lorsqu'elle a posé la question. Mon maître de stage lui a proposé un entretien en septembre prochain. Elle l'a également rassurée sur le fait qu'elles resteraient en lien pour les éventuelles questions, les résultats des examens, si un diagnostic est posé etc…L'inquiétude de cette mère me questionne sur ce qu'elle a finalement trouvé en psychomotricité. Serait-elle anxieuse à l'idée de perdre quelque chose pour elle ou pour son fils ? Qu'a-t-elle trouvé de particulier en psychomotricité qu'elle ne retrouve pas chez les autres professionnels ?

La dernière séance m'a surprise car elle s'est différenciée de toutes les autres séances.

D'une part, Louis a montré davantage de persévérance dans la station assise et a redressé son axe tout seul. Même s'il y a eu beaucoup d'encouragements, Louis a également effectué un retournement dos-ventre sans aide. Sur le ventre, il a pris appui sur ses pieds et

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

a pu soulever de quelques centimètres son bassin. La poussée des membres inférieurs lors du ramper émerge également.

D'autre part, une triangulation est apparue dans l'interaction ludique. La maman a joué avec son fils pendant toute la séance et avec la psychomotricienne. Tous les trois assis, le dos courbé vers Louis, comme pour se mettre à sa hauteur, elles interagissaient avec Louis. Lors de cette séance, Louis a eu plusieurs moments où il s'est figé dans son geste et a dirigé son regard vers sa maman et vers mon maître de stage. J'étais parfois invitée dans ces allers-retours de regards. Mon maître de stage a prêté une intention à Louis en verbalisant « eh bien, y'en a du monde autour de toi ! ». J'étais très contente d'avoir pu être prise dans ce bel échange de regard, de sourires et de rires qui l'ont accompagné. La maman semble avoir trouvé sa place comme partenaire légitime du jeu et a pu verbaliser beaucoup de ressentis pour elle et pour son fils.

Cette dernière séance était très riche, et les au-revoirs m'ont laissé une légère vague de tristesse. En effet, la naissance de cette triangulation et de cette boucle interactive venait d'amorcer une dynamique intéressante qui aurait pu donner un nouvel élan au suivi qui, malheureusement, doit se mettre entre parenthèse.

Toutefois, c'est grâce aussi à l'évocation de cette pause thérapeutique que l'alliance thérapeutique s'est renforcée et que la maman a pris la place à laquelle elle était invitée depuis le début.

2.7 Retour sur ce suivi en psychomotricité

Lorsque je reprends les éléments du bilan psychomoteur et les objectifs thérapeutiques du dernier bilan et que je prends du recul sur cette fin de suivi, je réalise la belle évolution de Louis. En effet, au fil des semaines, je prenais note des difficultés encore présentes, des acquisitions attendues mais toujours non acquises…mes observations restaient focalisées sur ce qui était en retard.

Malgré toutes ces difficultés, Louis a amélioré sa stabilité axiale. Sa participation est plus sensible, ce qui dynamise les séances. Quelque chose semble également s'être stabilisé au niveau du regard, désormais, l'attention peut être tenue plus longtemps.

Mi-novembre, Louis développe une expression faciale qui suscite l'empathie chez sa maman et la psychomotricienne. En effet, lorsque Louis n'obtient pas ce qu'il veut, par

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

exemple un jouet qui est à sa proximité mais qu'il ne peut atteindre seul, il adopte une stratégie en faisant une mimique faciale. L'expression qui anime le visage de Louis, fait « fondre » sa maman et la psychomotricienne, qui a alors aussi du mal à résister. Le petit Louis sait désormais très bien user de ses charmes. Ce qui en fait un garçon tout à fait attachant. Le développement de cette nouvelle émotion très caractéristique, voire stéréotypée car très fortement exprimée, a permis à Louis d'enrichir ses capacités d'influence sur son environnement et d'affirmer sa personnalité. D'ailleurs, au cours du suivi, la maman évoquera de nouvelles difficultés alimentaires. Louis refuse d'ouvrir la bouche lorsque sa maman lui propose une cuillérée d'aliments, pourtant appréciés de Louis. Mon maître de stage s'adresse à Louis en lui disant « Ah ! Tu t'affirmes ! ». Elle vient ainsi rassurer la maman sur ce comportement qui signe une prise de conscience de soi et de différenciation chez Louis. Des conseils lui ont été proposés pour favoriser l'autonomie de Louis lors du repas.

Louis progresse doucement vers l'autonomie. Même s'il n'est pas possible actuellement de connaître les éventuelles limites à cette autonomie, si elle demeurera partielle ou si elle aboutira vers une autonomie complète, elle peut venir ajouter des difficultés supplémentaires à traverser pour les parents. En effet, les parents peuvent alors se demander comment l'aider et jusqu'à quel point ? Comment trouver la juste distance face à son enfant qui, d'un côté, désire progresser vers l'autonomie mais qui, de l'autre côté, a encore besoin d'aide pour réaliser certaines tâches ?

2.7.1 Esquisse d'une suite de soin

Si le suivi devait se poursuivre, j'aurais privilégié le développement de l'interaction comme objectif thérapeutique : par l'intermédiaire du jeu, encourager la maman à prendre confiance dans la place qui lui est offerte. Qu'elle puisse affirmer sa présence et tenir une place dans l'interaction ludique, écouter son fils en verbalisant ce qu'elle ressent pour aider son fils à connaître lui-même les différents états émotionnels qui le traversent.

De plus, l'interaction ludique permettrait, grâce au miroir qu'offre la psychomotricienne lorsqu'elle est dans l'interaction avec Louis, d'ajuster sa présence et son aide. La relation triangulaire favoriserait les échanges, avec l'objet médiateur mais aussi entre les différents partenaires de jeu.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

J’aurais aimé participer à ces jeux mais j’imagine ma présence dans un second temps. D’une part, pour laisser suffisamment de temps à la maman pour prendre sa place. Une place qui vient tout juste d’être saisie en fin de suivi. D’autre part, l’ajout de ma présence dans les jeux pourrait multiplier les échanges mais les rendre moins fréquents entre la mère et son fils. Ce qui, dans les premiers temps, risquerait d’amoindrir les échanges. Cependant, lorsque cette maman aura davantage affirmé sa place, j’aimerais participer à l’interaction ludique. Cela donnerait peut-être l’opportunité de libérer un espace de parole entre la maman et la psychomotricienne et je pourrai alors maintenir l’interaction avec Louis.

Ces derniers mois de suivi ont été très surprenants et très riches. L’alliance thérapeutique en est sortie renforcée. La maman, ainsi que son fils, semblent prendre confiance en eux, dans leurs compétences et leurs capacités. La place vacillante de la mère s’est stabilisée tout comme son fils a pu trouver des appuis, certes encore fragiles mais encourageants pour la progression vers le redressement. L’affirmation de soi suit une voie parallèle dans la dyade. Malgré les nombreuses prises en charge pour Louis et ses parents, le suivi en psychomotricité semble être apprécié et nécessaire chez la mère, qui a pu exprimer un désir de poursuivre les séances et de rester en lien avec mon maître de stage pendant la suspension du suivi.

Finalement, en quoi le travail engagé en psychomotricité est-il spécifique dans l’accompagnement qu’il propose auprès d’une dyade, notamment dans un contexte de handicap chez l’enfant ?

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

1 La prise en charge parents-bébé

Le projet thérapeutique, élaboré lors du bilan psychomoteur initial de Louis, prévoit l'accompagnement des parents dans le développement de leur enfant. De ce fait, même si l'adresse initiale est faite pour Louis, « le parent est « convoqué » « au nom de son bébé », pour le développement de celui-ci » (Perrier- Genas, 2019). Les séances prennent donc une dynamique différente et deviennent le point de rencontre entre différents désirs : ceux des parents, ceux de l'enfant et ceux du professionnel.

1.1 Les désirs parentaux

L'enfant représente, pour ses parents, l'espoir de perpétuer la filiation : « il y a dans le désir d'enfant un souhait de prolonger sa propre vie » (Thibault-Wanquet, 2015, p. 77). L'enfant s'inscrit dans une histoire familiale et participe à son identité. De ce fait, les parents encouragent leur progéniture à se développer, à grandir. Dans son ouvrage, Bouregba (2011), parle de la fonction parentale où « nos normes d'éveil obligent à la prise de parole et à l'écoute du dire et de l'agir de l'enfant » (p.36). L'attention est donc portée vers cet être en devenir. Il devient un centre d'intérêt privilégié des parents.

Les parents investissent beaucoup de temps dans cette quête d'éveil. Les jouets représentent pour certains parents une aide précieuse à l'éveil. Ils semblent véhiculer la promesse d'une aide parfois indispensable au développement psychomoteur de l'enfant, « Les jouets incontournables pour le développement psychomoteur de l'enfant » (Detrauste, 2020), comme l'affichent certains articles. Certaines descriptions de matériel périnatal semblent même se substituer à la fonction parentale d'éveil, comme si le jouet était plus compétent que le parent en matière d'éveil.

> Avec ses activités d'éveil, ce trotteur zèbre de Fisher-Price encourage la motricité de Bébé et développe tous ses sens. Il y joue assis ou debout, découvre des activités d'éveil amusantes et des chansons. Il joue avec le livre électronique sur le devant du trotteur et apprend les chiffres et les lettres. En se tenant au support, votre tout-petit s'entraîne aussi à marcher, et en musique, c'est encore plus stimulant ! (Fisher-Price, 2019)

Si ce trotteur permet à l'enfant de se redresser et d'encourager la marche ainsi que d'éveiller tous ses sens et même d'apprendre les chiffres et les lettres, alors finalement à quoi sert le

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

parent ! Les jouets peuvent offrir un refuge aux parents qui ont des difficultés à stimuler leur enfant.

Dans la situation clinique, les parents s'entourent de beaucoup de jouets pour maintenir une interaction ludique avec Louis. La maman a pu dire « Il va falloir qu'on s'équipe quand les magasins vont rouvrir ». Mais Louis est déjà entouré de beaucoup de jeux : j'ai rarement vu deux fois le même jouet d'une semaine à l'autre. Se sentent-ils incompétents dans cette tâche d'éveil ? Toutefois, s'ils ont du mal à entrer en interaction avec leur fils, la présence des jouets ne suffit pas à maintenir une interaction ludique durable pour autant. Alors, si même les jouets ne peuvent pas éveiller l'enfant, que faire ?

En effet, le handicap vient mettre à mal les compétences parentales. Les parents peuvent se sentir défaillants dans leurs fonctions. « Toutes les sociétés normalisent le comportement parental en opposant l'image idéale du bon parent à celle, en négatif, du mauvais parent. La nôtre n'échappe pas à la règle » (Bouregba, 2011, p. 36). Les parents de Louis se sentent-ils être des mauvais parents ? Leur narcissisme est violemment attaqué par le handicap. Lorsque les parents de Louis disent avoir arrêté de comparer avec « un enfant lambda, ça nous fait trop mal », ils viennent déposer une souffrance.

> En effet, les représentations du polyhandicap transpirent à la fois le trop (trop de corps, trop de cris, trop de déformations, trop de troubles…) et le pas assez (déficiences multiples, tant intellectuelles que motrices et sensorielles…), l'excès et le manque, la lourdeur et l'impuissance. (Munoz, 2013, p. 22)

Les rêves et les désirs concernant le devenir de leur enfant s'envolent. Ils expriment également la douleur de ne pas pouvoir être les parents qu'ils s'étaient imaginés être. « Le plaisir et l'apaisement ne peuvent s'installer- viennent à la place panique, angoisse, frustration, et sentiments de culpabilité, sentiments d'insuffisance » (Lempp, 1999, p. 39). Les parents se sentent déboussolés face au handicap, ils perdent tous leurs repères, construits entre-autre à partir de représentations psychiques. De ce fait, « ils doivent apprendre ce que les parents n'ont généralement pas besoin d'apprendre : ils doivent apprendre à aimer leur enfant, à le reconnaître comme le leur, à survivre, puis à vivre » (Wahl, cité par Ciccone, 2018, p.134). Une autre maman d'un enfant de 7 ans atteint d'autisme de type Asperger, nous confiera que parfois, elle se sent à bout de force avec son fils, « il veut ma mort », a-t-elle pu nous confier. Je ne m'attendais pas à recevoir de tels propos de cette maman, dans le couloir du cabinet libéral. Cela m'a heurté avec violence, mais je pense que ce que vit cette

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

mère au quotidien est également très violent : elle doit survivre face au comportement de son fils.

Ainsi on peut comprendre à quel point les liens avec l'enfant peuvent être fragilisés et comment l'investissement de la parentalité peut, elle aussi, être mise à l'épreuve. Dans son ouvrage Munoz (2010), décrit cette difficulté d'investissement de l'enfant handicapé comme un bébé « abîmé ». La mère « était-elle elle-même « abimée » par cette naissance ? » (p. 93). Les troubles de l'enfant viendraient donc mettre en difficultés les compétences parentales et donc « abîmer » l'image du « bon parent », remettant en cause l'identité même de ce dernier.

Confrontés à cet imprévu qu'est le handicap, différents moyens de défenses psychiques peuvent se mettre en place chez les parents, de manière tout à fait inconsciente. Selon Ciccone (1993), ces moyens de défenses psychiques sont variés. L'auteur évoque premièrement le déni, à la fois du handicap mais aussi des affects que nous fait vivre la rencontre. Puis il évoque le désinvestissement de l'enfant et de ses progrès. Il ajoute également l'idéalisation de l'enfant, comme autre moyen de défense psychique, grâce à l'image valorisante qu'il offre à sa famille par son statut. Pour finir, l'auteur parle de la réparation, « où l'agitation rééducative vise à tout faire pour combler les déficits et combler surtout le manque que fait vivre l'enfant à ses parents » (p. 85).

J'aimerais ajouter maintenant une autre vignette clinique. Il s'agit d'une première rencontre, au cabinet libéral, d'un garçon de 3 ans accompagné de ses parents. Le garçon est adressé pour des chutes régulières dans un contexte d'absence de langage. Je dirige la passation des épreuves lors du bilan psychomoteur. Je peine à lui faire passer les épreuves du bilan car le patient semble hermétique à l'interaction. L'absence de langage, mais aussi la difficulté à entrer en relation et à maintenir une interaction m'interpelle chez ce patient. Les parents sont déjà passés par plusieurs professionnels et sont désireux d'engager un suivi. Pourtant, lors des entretiens, le père se montre sceptique face aux hypothèses cliniques avancées concernant un Trouble du Spectre Autistique (TSA) pour son fils. Une agressivité sous-jacente émerge lors de la restitution du bilan psychomoteur. Il dit qu'il connait bien son fils et que « l'autisme, ce n'est pas pour lui ». Le père dénie cette hypothèse concernant un possible trouble autistique chez son fils. Cette fermeture s'observe aussi dans sa posture, où les bras et les jambes sont croisés, l'axe se retrouve en torsion, se mettant ainsi presque de profil face à la psychomotricienne dans l'interaction. Il semblerait que dénier cette hypothèse

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

apparaisse comme un moyen de défense psychique chez ce père, pour qui cette révélation fait violence.

Concernant la situation clinique de Louis, l'enthousiasme de la maman, à la vue des efforts mis en place en kinésithérapie concernant le redressement, et le virage thérapeutique pris suite à cette vidéo, semblent être les témoins d'un désir de réparation très fort chez cette maman. De plus, elle s'engage dans un stage intensif en kinésithérapie pour développer les habiletés fonctionnelles de Louis. Par ailleurs, le père exprime le souhait de voir son fils s'asseoir seul pour Noël. Et Louis revient en janvier avec ses premières chaussures aux pieds car « les chaussons ce n'était plus possible », pourtant il ne marche pas, ni se redresse tout seul. Il semblerait que les acquisitions posturales attendues chez l'enfant prennent une place importante dans les désirs parentaux. Selon Korff-Sausse (1996), l'accès à la verticalité confirme l'identité de l'être, selon son appartenance au genre humain. Et la station debout en est le témoin. Les parents auraient-ils un doute quant à l'humanité de leur progéniture ? La pauvreté émotionnelle de Louis et l'absence de langage, alimentent le doute…

« Le corps comme objet à réparer est parfois pour les parents la seule représentation du corps qui garantisse, pour un temps, le maintien de l'investissement de l'enfant et de son corps » (Ciccone, 1993, p. 87). L'investissement de l'enfant serait permis par l'investissement des soins. Les parents sont alors pris dans une course médicale effrénée où il faudrait s'occuper du corps de l'enfant handicapé comme on pourrait s'occuper d'une mécanique défectueuse de voiture. Mais ce raisonnement exclut toute la dimension psycho-affective de l'être, et le réduit à un corps-objet. La mère de Louis se réjouit de l'apprentissage de la station assise. Mais si on se penche sur l'observation de l'enfant dans cet effort, je vois de la douleur et un travail laborieux pour parvenir à une position qui manque de stabilité. Elle ne peut pas devenir une posture qui pourrait offrir une possibilité d'exploration autonome. « La représentation du corps-objet-à-réparer relève aussi parfois du défi que lancent les parents à la réalité » (Ciccone, 1993, p. 87). Le terme « réparer » renvoie à quelque chose qui était et qui n'est plus. Ce terme évoque quelque chose de la perte. Mais qu'est ce qui est perdu pour les parents d'un enfant handicapé tel que Louis, sinon la rêverie et les représentations parentales ?

Le psychomotricien se révèle être une personne privilégiée dans l'accompagnement des parents. Il les guide vers une prise de conscience de leur enfant, tel qu'il se présente, ici et le maintenant, afin d'accueillir ce que lui, a envie de nous transmettre.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2 L'enfant, objet de tous les regards

L'enfant est le cœur de la prise en charge. Pourtant, il est pris entre les désirs de ses parents, « ça serait bien que ça vienne de toi » a pu dire la mère; ses limites que lui impose le handicap, et les désirs portés par la psychomotricienne à travers le projet thérapeutique élaboré et les axes de travail. « Alors voici deux questions centrales dans la clinique du polyhandicap : de quoi souffre le sujet polyhandicapé, et comment penser les thérapeutiques psychomotrices au regard de cette souffrance ? » (Munoz, 2013, p. 24). Je me demande pour qui et pour quoi Louis fait les choses. En effet, il ne s'assoit que lorsqu'on le lui demande. Mais en a-t-il envie ? Il semblerait que cette mise en mouvement corporel soit pour lui synonyme d'efforts musculaires importants. Finalement, trouve-t-il du plaisir à se mettre en mouvement ? Et si le plaisir est absent, quel intérêt y a-t-il à maintenir à tout prix cette recherche de verticalité ? Il semblerait qu'il y ait un écart entre les désirs parentaux et les possibilités de l'enfant.

Dans cette situation clinique, j'ai été en difficulté pour saisir les émotions de Louis et comprendre quels étaient ses désirs. Son apathie rend la lecture beaucoup plus difficile. Quels sont les besoins de cet enfant ? Que désire-t-il et qu'est-il possible de lui apporter au vu de ses troubles ?

Ce que j'observe chez Louis, c'est cette préférence pour la position au sol sur le dos et la manière dont il se saisit des moments passés dans la toupie. En effet, Louis privilégie la position au sol sur le dos, qui lui coûte peu d'énergie car il n'a pas besoin de solliciter ses chaines musculaires pour maintenir une stabilité. De ce fait, dans cette position, il bouge peu et ne parle pas. Par contre, il peut amorcer seul une hyperextension de l'axe vers l'arrière, souvent interrompue par sa mère car dans ce mouvement, Louis est hermétique à l'interaction. Son regard ne se fixe pas sur un objet qui aurait pu susciter de la curiosité exploratoire. Ce mouvement serait-il pour Louis, un moyen de ressentir son corps et donc une manière de l'explorer, vu que la découverte par le mouvement lui est inaccessible dans l'autonomie ? « Il se tendait vers l'arrière, arc-bouté à l'extrême, envahi d'une sensation qui, pour la première fois, le faisait se sentir vraiment vivant… » (Munoz, 2013, p. 25). L'instabilité posturale de Louis lui fait vivre une perte de maîtrise de son propre corps. Le mouvement d'hyperextension amène une contraction globale du corps qui devient alors rigide, dur comme un socle sur lequel il pourrait enfin prendre appui. Selon Munoz (2013), la difficulté à obtenir une régulation tonique entrave le sentiment de solidité interne. Louis

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

ne tient pas son axe. Ce défaut de solidité, l'amène à explorer cette sensation d'une autre manière : dans l'hyperextension et dans les percussions osseuses de ses membres contre la paroi de la toupie.

« Le sujet polyhandicapé, de façon extrêmement précoce, va se trouver massivement entravé dans sa structuration psychomotrice et psychique » (Munoz, 2013, p. 30). Les expériences sensorimotrices vont être largement impactées par les troubles présents chez l'enfant handicapé et freine l'individuation du sujet. De plus, selon l'auteur, la fragilité du lien parent-enfant renforce la difficulté pour l'enfant d'élaborer une représentation corporelle structurée et organisée. Alors la psychomotricité serait-elle un lieu où l'espace proposé permettrait d' « aller offrir un faisceau d'expériences qui viendrait nourrir les représentations du corps que le sujet n'est pas parvenu à construire, structurer et organiser » ? (p. 31-32).

1.3 Le psychomotricien : un périlleux exercice de jonglerie

« Accueillir un enfant avec sa mère ou ses deux parents nécessite d'observer et d'être présent à deux ou trois personnes en même temps, tout en réservant un temps et un espace d'expression pour chacun » (Gonçalves, 2001, p.25). Ce type de prise en charge se révèle donc complexe, notamment dans l'équilibre qui doit y résider entre les différentes personnes présentes. En effet, les parents ne sont pas de simples spectateurs en séance de psychomotricité. Si les parents sont à l'écoute des professionnels, et dans ce cas clinique, très preneurs des conseils concernant le matériel de jeux approprié pour Louis; ce temps est aussi un lieu où ils sont invités à participer. Car le psychomotricien doit lui aussi se mettre dans une position d'écoute. Il doit être attentif aux « demandes des parents, prendre en compte leurs acquis, leurs ressources et leurs difficultés, les soutenir en les déculpabilisant et en valorisant leur savoir-faire » (Thibault-Wanquet, 2015, p. 130).

De plus, les informations données par les parents sont des aides précieuses à la compréhension de l'identité psychomotrice de l'enfant. Mon maître de stage verbalise ses ressentis sur ce qu'elle semble percevoir de Louis. Face à ces observations, la maman ajoute souvent des éléments de compréhension. Comme par exemple le fait que le pointage, tout nouveau en séance, est apparu à la maison depuis quelques jours; que Louis pointe de manière préférentiel certains objets dans sa chambre etc… La maman nous donne également des éléments de compréhension sur l'état de l'enfant. Un vaccin récent qui affecte son état

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

de fatigue par exemple, ou l'absence de sieste aujourd'hui. La relation s'établit donc autour d'un dialogue entre les différentes personnes présentes.

Par ailleurs, l'entrée en relation sera différente en fonction de la personne réceptrice du message transmis. En effet, en fonction de l'âge de l'enfant et de ses compétences psychomotrices, le psychomotricien ne s'adressera pas de la même manière. Il s'agit donc, d'après Thibault-Wanquet (2015), de « communiquer au sein de cette relation triangulaire, en tenant compte des capacités et des affects de chaque protagoniste de la relation » (p. 103). Cela demande un ajustement permanent. « Le psychomotricien œuvre dans un espace particulier où s'entrecroisent les émotions et les éprouvés corporels de la mère, du bébé et de lui-même, espace ni totalement en dedans ni totalement en dehors de l'espace relationnel mère-bébé » (Gauberti, 1993, p. 91). Il est pris dans une dynamique relationnelle tout à fait particulière.

Lorsque l'enfant est handicapé, l'installation d'un échange et d'un dialogue peut être laborieuse. En effet, les parents sont traversés par des sentiments et envahis d'états émotionnels qui peuvent les plonger dans une sidération. De cette difficulté à penser découle une difficulté à parler.

> Il faut souligner que les mêmes émois éprouvés par les parents traversent les soignants qui ont à s'occuper de, à aider ces enfants atteints dans leur corps. Les sentiments d'impuissance, de désespoir, de disqualification, de culpabilité sont aussi ressentis par les soignants. Ils font aussi l'expérience de la sidération de la pensée, de la difficulté de penser autour d'enfants atteints ou très atteints dans leur corps. (Ciccone, 1993, p. 85)

C'est ce que j'observe dans cette situation clinique très silencieuse où les mots, lorsqu'ils viennent, sont parfois chuchotés. La psychomotricienne semble prise en écho dans la sidération parentale. Le dialogue peine à s'installer et cela est majoré par la pauvreté de communication chez Louis. Le handicap peut mettre à mal l'élaboration du soin thérapeutique. Munoz (2010), souligne dans son article cette difficulté à penser ce soin qui ne soignera, ni ne guérira ou ne réparera pas le patient. Selon Korff-Sausse (1996), l'espoir d'une guérison se confronte à la réalité et aux conséquences irréversibles qu'engendre le trouble. De ce fait, « Le caractère irrémédiable du handicap a pour effet de briser l'élan thérapeutique, voire de faire perdre tout intérêt pour ces enfants » (p. 7). Le handicap peut épuiser les ressources du thérapeute. Ceci peut expliquer en partie le virage thérapeutique

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

pris lors de ce suivi autour de la fonctionnalité corporelle chez Louis. C'est un nouvel axe de travail qui ouvre d'autres possibilités thérapeutiques et donc qui alimente à nouveau une rêverie soignante. Il est donc tentant de s'y engager, car il brise en partie l'état de sidération.

D'après Ciccone & al. (2007), cette clinique fait partie des cliniques de l'extrême, qui nous confronte à ce qui est pensable, partageable, symbolisable ou subjectivable, « ou encore aux frontières de l'humain, car c'est bien la question qui traverse ces cliniques, comme un fil rouge, qui interrogent inévitablement l'appartenance à l'humanité » (p.39-40). Cette clinique met à l'épreuve notre capacité à élaborer et penser autour du soin car il peut ébranler violemment nos représentations et nos assises professionnelles. Il convient pour le psychomotricien de tenter, à travers le temps de la séance, d'offrir un espace de parole.

> Soulager le poids de la culpabilité ne consiste pas seulement à proposer des solutions, mais à accepter et à écouter toutes les réactions des parents. Cet accompagnement est moins facile qu'il n'y paraît. Agir soulage l'angoisse des soignants. Ecouter, sans proposer une action concrète, est beaucoup plus difficile. Entendre la détresse, la haine, les idées de mort, ou tout simplement rester auprès d'une mère sans voix et sans parole. (Korff-Sausse, 1996, p. 169)

Mais comment mettre des mots sur ce qui sidère ? « Bien souvent l'épreuve les rend silencieux, voire mutiques. Est-ce parce que ces fantasmes sont de l'ordre de l'inexprimable ? » (Korff-Sausse, 1996, p. 163). De ce fait, les parents peinent à sortir de cette solitude silencieuse, décrite par l'auteur, car ils vivent « une expérience qui les sépare définitivement des autres et qui ne peut ni se comprendre ni se partager » (p. 164).

Le psychomotricien ajuste ainsi sa posture pour que « la tonalité de notre accueil contribue à adoucir l'angoisse, la peur de l'avenir, la colère, la culpabilité, la perte de l'estime de soi » (Masson, 2012). Toutefois, Thibault-Wanquet (2015) appelle à la prudence pour conserver une juste distance dans l'implication, notamment émotionnelle, dans le soin avec le patient. D'après Munoz (2003), le psychomotricien doit relever le défi de se laisser traverser par des sentiments monstrueux et violents que fait vivre la rencontre avec l'enfant handicapé mais doit oser malgré tout la rencontre, et entrer en relation et en contact avec l'archaïque. Sous ce terme, l'auteur renvoie à la façon dont s'établit la communication avec la personne handicapée. Il s'agit d'un dialogue primaire qui est attentif à la fonction tonique ou encore respiratoire, « parce que c'est bien du côté du corps dans ses fonctions les plus archaïques que les personnes polyhandicapées peuvent s'exprimer » (Munoz, 2003, p. 68).

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Selon l'auteur, la confrontation avec l'archaïque est une rencontre violente, qui vient bouleverser notre propre intimité, notre être profond, dans sa vulnérabilité. « Il importe alors et de façon impérieuse de bien distinguer Soi-Intime et Soi-Professionnel » (p.68).

Si la sidération parentale diffuse et traverse le thérapeute de manière intense ou trop durable, la situation risque de s'enliser et sortir de cet état de sidération se révélera beaucoup plus compliqué.

Le lieu de la séance est une invitation à l'expression, à la verbalisation. Cependant, j'observe dans la situation clinique présentée, qu'il est difficile pour la mère de s'en saisir. « Tout comme il est indécent de montrer aux autres les sentiments d'effroi et de haine que cet enfant anormal suscite » (Korff-Sausse, 1996, p. 164). Il y aurait-il une honte à partager les représentations monstrueuses que la rencontre avec le handicap suscite ?

La mère se place systématiquement derrière son fils, et reste très silencieuse pendant les séances, comme si elle ne voulait pas perturber l'interaction entre son fils et la psychomotricienne. De plus, dans cette position où Louis ne voit pas sa mère, le lien visuel mère-enfant est absent. Il y a donc une asymétrie dans les postures adoptées dans l'espace.

Ainsi, la dynamique relationnelle est orientée de la psychomotricienne à l'enfant et à la mère, et vice-versa, mais est difficile à maintenir entre la mère et l'enfant. La dynamique relationnelle n'est pas répartie de manière égale entre les différentes personnes présentes. La dynamique interactive triadique a été décrite par Tremblay (2008). L'auteur développe que la dynamique repose sur un moment précis où « chacun des partenaires de la triade, à tour de rôle, est inévitablement exclu momentanément de ce qui se passe entre les deux autres partenaires ». Ces instants permettent de relancer l'interaction. Il est donc intéressant de se pencher sur la manière dont le partenaire va se saisir de l'interaction pour revenir au sein de la triade.

> Va-t-il rester le témoin de l'échange entre les deux autres ? Va-t-il piloter l'attention de l'un d'eux pour créer une nouvelle dyade en donnant à un autre la place de l'exclu ? Ou va-t-il créer une situation de partage et de communication à trois ? (Tremblay, 2008)

Il semblerait que la mère de Louis se place comme un témoin de l'échange et de l'interaction qui s'anime entre son fils et la psychomotricienne. Elle ne se place pas dans le champ visuel de son fils, ce qui tronque la possibilité d'une communication à trois. Les observations faites

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

lors de la dernière séance, notamment concernant l'apparition d'une triangulation, mettent en lumière l'émergence d'une nouvelle dynamique, qui surprend même Louis, dont le regard circule alors entre toutes les personnes qui l'entourent. L'apparition de cette triangulation, visible également d'un point de vue des postures adoptées dans l'espace, semble libérer la parole, et les échanges deviennent plus fluides, plus spontanés. Il y a là un véritable partage, à la fois de regards, mais aussi de paroles. La mère peut alors confier à la psychomotricienne ses ressentis : elle se saisit enfin de l'espace d'expression qui lui est offert.

L'alliance thérapeutique avec cette maman semble se renforcer dans cette période charnière de réflexion par rapport à la pause thérapeutique envisagée. Envisager cette pause thérapeutique semble amener un soulagement, comme une respiration retenue trop longtemps qui s'évacue enfin. Cette libération amène également un flot de paroles qui se déverse. Je peine presque à suivre le rythme dans ma prise de notes. Un barrage semble avoir cédé : tout ce qui était étouffé et retenu à l'intérieur s'échappe enfin. Mon maître de stage semble également soulagée par cette décision. En effet, l'émergence d'un polyhandicap chez Louis lui fait vivre une identification empathique importante et elle aussi a besoin de reprendre une nouvelle respiration à travers cette pause thérapeutique.

S'ajoute, à cette nouvelle dynamique de mouvement, un autre élément qui fait lien entre les regards partagés dans la triade. Il s'agit de l'objet médiateur utilisé, autrement dit, du support de jeu proposé. Selon Jaricot (2006), « La proposition de jeu, en psychomotricité, instaure une relation de cocréation sur un véritable terrain d'aventure où l'accompagnement à la découverte et où l'ouverture est de mise ». Le jeu renforce la dynamique interactive triadique.

Finalement, quelles sont les propositions thérapeutiques que peut apporter la psychomotricité à des situations cliniques similaires que celle présentée ici ?

2 La psychomotricité : un soutien à la parentalité

Le handicap met à mal les compétences parentales. Selon Ciccone (1993), chaque nouvelle naissance dans la cellule familiale participe à la construction du sentiment de parentalité. « Or, l'enfant porteur de handicap, notamment lorsqu'il est très déficient dans ses capacités de communiquer, se retrouve en grande difficulté, voire un échec, pour stimuler chez ses parents un sentiment de parentalité, pour les guérir de leur déception » (p.84). L'ensemble des représentations parentales, élaborées pendant la grossesse sur la manière

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

dont ils satisferont les besoins de leur enfant, s'écroulent. « Quel chamboulement profond entraînait la venue au monde d'un enfant qui ne va pas bien, le vacillement fréquent des repères identitaires, la profonde remise en cause de l'image de soi » (Masson, 2012).

Concernant Louis, « on a arrêté de comparer avec un enfant lambda » a pu dire la mère. Il est le premier enfant du couple. Sa naissance est entourée de désirs, de rêves, de promesses…et voilà qu'après deux ans, ils leur reste toujours un nouveau-né entre les bras, qui ne semble pas grandir comme les autres enfants. Je percevais de la tristesse chez cette maman. Elle m'a semblé démunie. Cela m'a touchée. Je me suis demandée comment cette mère procédait pour satisfaire les besoins d'un fils qui exprimait si peu de choses, ne réclamait pas ses repas. Quand, comment et quoi proposer à cet enfant qui n'exprime pas ses besoins, même les plus fondamentaux ?

> Tout se passe comme si l'annonce ou la découverte progressive du handicap laissait le parent désemparé, lui donnant le sentiment qu'il n'est pas apte à protéger, soigner, éduquer son enfant. Et du coup tout se passe également comme s'il ne parvenait pas non plus à se sauver lui-même dans cette situation dramatique. (Ciccone, 2018, page 153)

Il y a une séparation psychique brutale qui s'opère du fait du décalage entre la rêverie du bébé imaginé et l'arrivée du bébé réel. « Leurs capacités de rêver au sujet de l'enfant sont souvent éteintes » (Ciccone, 1993, p. 84).

2.1 Une issue de secours face à la sidération

Le silence qui règne en séance avec Louis, et les chuchotements sont les témoins d'une sidération de la pensée. Il plane sur ces séances comme un silence de mort. Je sens que l'atmosphère est lourde et pesante. J'ai envie d'intervenir, de parler, mais je ne me le permets pas. J'ai l'impression que la distance physique qui me sépare d'eux m'empêche de les atteindre avec ma voix. Parfois, j'aimerais presque ouvrir les fenêtres pour mieux respirer, créer du mouvement. Tout me semble si figé. L'attitude de Louis vient contaminer mon corps, j'ai l'impression de vivre les mêmes difficultés que lui : je ne peux pas bouger de ma place, je ne parle pas non plus. Je ressens un sentiment d'impuissance.

Mais ne serait-ce pas justement ce que vient convoquer la rencontre avec le handicap ? « Dans l'impasse le handicap renvoie en nous, soignants et parents aussi, à l'angoisse de mort et au sentiment d'impuissance » (Luigi-Duggan, 1999, p. 21). Le handicap remet en cause l'identité de l'enfant car il provoque un vécu d'étrangeté, de l'ordre du non-humain.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Selon Ciccone (1993), « Le handicap produit, en outre, un effet de sidération sur tout l'appareil psychique familial. Il attaque les capacités parentales, les capacités de penser » (p.84). De ce fait, les mouvements identificatoires et de reconnaissance de l'enfant sont mis à mal. D'après l'auteur, cela entraîne une difficulté « pour comprendre ses besoins, pour reconnaître ses désirs et ses affects, pour lui reconnaitre une vie affective, une vie psychique » (p. 84). Cette reconnaissance est d'autant plus difficile que Louis peine à exprimer et même à vivre des émotions. Lorsqu'il tombe brutalement sur le sol, j'ai l'impression qu'il n'arrive pas à pleurer. Cela me laisse, là encore, un sentiment d'impuissance. C'est comme s'il avait un cri à l'intérieur de sa poitrine qui ne parvenait pas à s'échapper, un cri qui demeure silencieux. Ce cri étouffé, m'étouffe aussi. J'ai ma respiration qui se bloque en me remémorant cette scène.

Ressentir est un élément qui témoigne du vivant, d'une animation et d'une pulsion de vie. Être humain, c'est pouvoir ressentir et en penser quelque chose. Il est si difficile de savoir ce que Louis ressent. « Les résistances viennent de cela : ce patient handicapé représente une figure très inquiétante, un double monstrueux qui suscite des identifications déshumanisantes » (Ciccone & al., 2007, p. 55). Mais l'identification première demeure difficile. D'après l'auteur, les entraves psychiques liées au handicap mettent à l'épreuve les mouvements identificatoires avec la personne handicapée. L'auteur ajoute qu'« il y a une anormalité, un écart à la norme, ce qui décourage encore davantage toute tentative d'identification » (p.55).

Cela entrave la vision humanisante qu'on se fait de lui et la perception qu'il est pleinement un sujet pensant, ressentant. L'absence de langage chez Louis accentue l'état de sidération. Je reprends un instant la vignette clinique du garçon de 3 ans présentée plus haut. Le jeune garçon, qui n'a pas développé le langage, était venu passer un bilan psychomoteur. Lors de la passation des épreuves, il m'était très difficile de le quitter du regard lors des épreuves, car lorsque je ne le voyais plus, j'avais l'impression qu'il n'était plus présent, qu'il avait disparu, car tout devenait silencieux. Ce garçon m'a laissé un sentiment d'absence : à la fois dans le langage, mais aussi dans la relation. « Ce n'est pas facile de prendre la parole pour mettre des mots sur une rencontre avec des personnes qui justement, ne l'ont pas, la parole » (Munoz, 2003, p.63). Sortir de cet état, qui pétrifie la pensée, s'avère alors compliqué. Je remarque qu'avec Louis, qui n'a pas développé le langage non plus, je pose sur lui un regard particulier, proche de la fascination. Mon regard est attiré vers lui comme si je tentais d'approcher quelque chose d'insaisissable. Je retrouve cette attirance visuelle

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

chez la maman de Louis et mon maître de stage. Et ce regard de fascination semble prendre toute la place dans l'appareil psychique. On semble regarder quelque chose qu'on ne comprend pas. Chez les parents de Louis, cet état d'incompréhension se prolonge en l'absence de diagnostic. Finalement, « Le handicap pétrifie l'intelligence et affole l'imagination des parents à l'extrême mais aussi celle des soignants » (Luigi-Duggan, 1999, p. 20).

Alors, pour tenter de chasser ces idées monstrueuses, cette angoisse de mort, certains désirs émergent. Parmi eux, on retrouve des désirs de réparation, où l'agir prend place. Agir pour permettre de ranimer ce corps passif et évocateur de mort. « Agir, agir, agir… nier l'absurde, ne pas accepter. Ne pas se laisser se pétrifier d'effroi, de culpabilité, apprivoiser la douleur, vivre avec la colère et les désirs de morts. Il faut bouger, il faut agir » (Luigi-Duggan, 1999, p. 20). L'investissement du soin du côté fonctionnel du corps de Louis semble répondre à ce désir d'agir, de mouvement. J'observe que le virage thérapeutique emprunté en psychomotricité autour de cette question des acquisitions posturales et motrices, notamment à travers l'exercice du ramper, libère un premier espace de parole. D'une certaine manière, le mouvement corporel amènerait un mouvement psychique, une mise en route des capacités langagières et donc de la pensée chez la mère. Le plaisir du mouvement, difficilement mis en évidence chez l'enfant, qui peine à recruter son tonus pour bouger de manière efficiente son corps dans l'espace, s'est déplacé vers la mère, qui elle, voit un enfant qui se déplace enfin !

L'apparition d'une verbalisation du côté maternel, lors de ces activités motrices, révèle l'apparition d'un nouvel élan, d'une pulsion de vie chez cette maman. La psychomotricienne s'engage alors autour de cette question de l'agir car il y a une rencontre et un échange possible à cet endroit. Cependant, cet axe de travail semble ignorer une part des désirs de l'enfant. Lorsque Louis s'effondre au sol, de fatigue, lors des activités motrices proposées, il m'attriste. C'est si dur d'avancer pour lui. Finalement, Louis désire-t-il se déplacer ?

L'investissement de la fonctionnalité corporelle peut elle aussi être mise à mal par les limites imposées par le handicap. De ce fait, les parents risquent de se confronter une fois de plus à un échec, eux qui y avaient mis toute leur énergie, leurs espoirs et leur motivation. Louis pourrait devenir l'enfant de la désillusion. La maman confie cette ambivalence émotionnelle concernant son fils « Il nous fait rire et pleurer ce petit ». Cet enfant porteur d'espoir qui désillusionne ces parents. Les parents de Louis semblent vivre un véritable

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

ascenseur émotionnel ! Ainsi, les processus d'attachement sont fortement mis à l'épreuve. Il est donc nécessaire de changer le regard posé sur l'enfant afin de mieux l'investir et de s'y attacher de manière plus solide. Et donc de permettre un meilleur ajustement éducatif.

2.2 Renarcissiser la dyade

Le professionnel vient soutenir ce processus, c'est-à-dire qu'il soutient le système de caregiving, en mettant notamment en valeur les capacités chez le parent à prendre soin. Il faut réveiller le sentiment d'aptitude chez les parents, « aider les parents à exprimer le plus librement possible leur caregiving et à comprendre, lire et détecter les besoins d'attachement de leur bébé afin d'y répondre adéquatement » (Guedeney, 2010, p. 51).

Ce n'est pas une démarche évidente pour les parents, de montrer leurs faiblesses, leurs inaptitudes à être parents, mais aussi d'avouer inconsciemment les sentiments monstrueux qui peuvent les hanter. Ceci peut expliquer une part du silence qui règne en séance avec la maman de Louis. Le parent vient en effet « chercher de l'aide pour son enfant auprès d'un être plus sage, plus compétent, plus fort (ce n'est pas lui qui a le problème) et désireux d'aider (c'est un soignant) » (p.53). Il faut donc se montrer prudent lorsque nous accueillons ces parents, blessés dans leurs fonctions, dans leur narcissisme, car le risque serait le désinvestissement de l'enfant et l'abandon de l'enfant à des mains professionnelles, compétentes. Le parent vit de « l'angoisse devant l'avenir et la difficulté de se projeter, un manque de repères devant les difficultés de développement, un sentiment de dépossession de sa parentalité face aux professionnels spécialisés du soin et de l'éducation… » (Ciccone, 2018, p. 153).

Dans le cas clinique de Louis, la maman m'a laissé cette première impression d'être spectatrice du soin, de se placer en retrait, en silence et de déposer cet enfant sur le tapis, comme s'il elle s'en déchargeait. Cela m'a laissé le sentiment qu'elle l'abandonnait au professionnel. Finalement, s'en déchargeait-elle vraiment ? Je me demande ce que cette maman attend de cette séance. Peut-être que la mère de Louis attend de voir comment la psychomotricienne interagit avec son fils pour pouvoir s'en saisir et s'en servir comme exemple après, à la maison.

Malgré leurs compétences, les professionnels « n'ont pas vocation à se substituer aux parents, même s'ils estiment que ces derniers se montrent défaillants » (Ringler, 2009, p. 47). Il faut donc veiller à ce que les parents se sentent toujours responsables et convaincus

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'être ceux qui protègent leur enfant et cela de manière légitime. « Soutenir et prendre soin de ceux qui prennent soin (les parents) est donc une priorité » (Guedeney, 2010, p. 54). Ainsi, l'attention du professionnel doit également être portée vers le parent. Dans le soin réside donc cette délicate position empathique, décrite par Basuyau-Rouquette (2008), de se faire le miroir des compétences parentales, d'être « comme un écho qui s'offre aux éprouvés et à la pensée » des parents.

Lorsque Louis développe le pointage, les objets convoités ne sont pas clairement identifiables, du fait des oscillations corporelles. La psychomotricienne tâtonne alors entre différents objets. « Nous retrouvons ici dans le regard du thérapeute quelque chose du miroir » (Rouchy & al., 1995, p. 77). En effet, la psychomotricienne se place comme une chercheuse et montre à la mère, tel un miroir, qu'elle peut elle aussi se tromper, faire des erreurs dans les demandes de Louis. Cette démarche thérapeutique, ainsi que les verbalisations et les pensées que prête la psychomotricienne à l'enfant, ont plusieurs fonctions :

> Elles sensibilisent la mère à ses propres attitudes et aux expressions du nourrisson, elles donnent sens et réalité aux émotions et éprouvés de l'enfant, enfin elles symbolisent l'espace tiers en s'intercalant entre le corps de la mère et le corps de l'enfant en les reliant. (Gauberti, 1993, p. 91).

Le psychomotricien se place ainsi dans une position d'écoute pour décoder au mieux les messages émanant de l'enfant. « La place du psychomotricien me paraît assez privilégiée […] dans la mesure où il s'engage au plus près du corps de l'enfant, ce corps défaillant, décevant, angoissant parfois, et sur lequel il se penche pour l'observer ici et maintenant » (Masson, 2012). Le psychomotricien va mettre en lumière les messages émis par l'enfant pour les rendre palpables, signifiants pour la mère. D'après Munoz (2013), le psychomotricien tente de mettre du sens là où il n'y en avait pas, « de donner une forme à l'informe, un nom incarné à l'irreprésentable » (p.32). Selon l'auteur, « Le processus psychomoteur consiste donc à rendre saisissable ce qui s'éprouve, en le « métabolisant », en l'élaborant pour et avec le patient, en éléments préhensibles » (p. 32). Le handicap entrave cette mise en mot et en sens spontanée. Le psychomotricien va relancer ce processus.

Ainsi, selon Basuyau-Rouquette (2008), le rôle du professionnel « vise simplement à redynamiser la fonction d'interprète et de porte-parole chez la maman, et à lui permettre de la retrouver dans la relation au bébé au quotidien ». Il s'agit de redonner confiance au

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

parent, en se plaçant comme coopérateur et non comme être savant, ce qui risquerait de rendre les liens asymétriques et non propices à une démarche de soutien des fonctions parentales. « Quand les médecins se mettent à donner des conseils, ils s'engagent sur une voie dangereuse car la mère et le bébé ont moins besoin de conseils que d'un environnement qui encourage la mère à avoir confiance en elle » (Winnicott, 1992, p. 47).

Les parents de Louis disent être vite « à court d'idées en tant que parents » concernant les jeux à proposer. D'où l'accumulation et l'achat régulier de nouveaux jouets. Je trouve très intéressant d'utiliser le matériel de jeu apporté par la maman en séance, car la capacité à créer du jeu chez le psychomotricien favorise, selon Anzieu-Premmereur (2004), la capacité de rêverie chez la mère. Rêver l'enfant à nouveau comme un travail nécessaire à son investissement, à la renaissance d'un attachement avec lui. Le psychomotricien contribue ainsi, selon l'auteur, à « restaurer le pouvoir de jouer chez les parents » et donc qu'ils retrouvent « confiance dans la capacité d'élever l'enfant, d'inventer les rêves nécessaires à son support narcissique » (Anzieu-Premmereur, 2004).

> Ce que les parents souhaitent, c'est pouvoir maintenir leur rôle parental quelle que soit la situation qu'ils vivent. Pour accompagner leur enfant dans un projet de vie, ils ont besoin de rester dans leur fonction de père ou de mère. « Accompagner n'est pas « faire à la place de » mais « être à côté de » » (Thibault-Wanquet, 2015, p. 157).

2.3 « Mise au point » sur l'enfant

Sortir de l'état de sidération et retrouver l'élan thérapeutique passe par la mise en valeur des compétences de l'enfant, de ses progrès afin de susciter, selon Anzieu-Premmereur (2004), un émerveillement des parents pour leur enfant. « Cet émerveillement est animateur d'une relation puissante où le partage émotionnel entraîne la spirale interactive ». Le rôle du psychomotricien sera donc d'être attentif aux messages infra-verbaux et archaïques que transmet l'enfant handicapé, et de prendre le parent en témoin de cette communication, afin que progressivement le parent soit à son tour capable d'accueillir ces émissions. D'après Ciccone & al. (2007), le professionnel devient « un moi auxiliaire qui assure les fonctions défaillantes du Moi du patient » (p.51). L'auteur ajoute que le professionnel doit ainsi « se mettre dans un état de réceptivité passive extrêmement attentive, afin de pouvoir capter les messages archaïques, inachevés, fragmentaires, non secondarisés, qui émanent du patient » (p. 51).

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Car chez l'enfant handicapé, « ce n'est pas du côté de la parole, de la pensée, du symbolique que se situe leur humanité. À l'ère de la communication, Internet ne nous aidera guère » (Munoz, 2003, p.67). C'est donc dans le réel de la rencontre avec le sujet qu'il faut aller. Lors des propositions ludiques, la psychomotricienne verbalise ses ressentis et prête des intentions à l'agitation corporelle de Louis, à ses esquisses d'expression émotionnelle et verbales. Tout au long de la séance, la psychomotricienne invite la maman à prendre conscience des compétences de Louis. Elle vient orienter le regard de cette maman. De plus, elle s'applique à mettre en valeur et à donner beaucoup d'importance à certains progrès en s'émerveillant verbalement. Elle tente également d'inviter la mère à ce jeu d'émerveillement autour de Louis, en lui donnant des indices sur ce qu'elle observe de ses progrès.

L'auteur ajoute, qu' « il nous faut trouver ce que j'appellerais *une aire d'échanges archaïques commune* » (p. 67). Cet espace, proposé notamment en psychomotricité, permettrait ces allers-retours et cette spirale interactive d'où émerge cette « tentative de réunir à la fois l' « être avec », l' « éprouvé » et « la pensée » » (p. 67). Ainsi s'opère un changement d'aire et d'air où les tensions psychiques peuvent être libérées et déposées : c'est un endroit où l'on peut enfin prendre une nouvelle respiration. Comme un changement d'air, vers une évacuation de la sidération.

La pensée quitte son état vaporeux et peu à peu, on sort du brouillard, on distingue alors plus clairement l'objectif du travail mené en psychomotricité : ce temps devient « le moteur d'un réaménagement de l'espace relationnel pour que les espaces corporels se structurent et se signifient » (Gauberti, 1993, p. 92). C'est donc une mise en sens, en pensée où la place occupée par chacun s'affermit et se consolide. En parallèle, Louis prend peu à peu conscience de son corps acteur, capable d'influencer son environnement proche. Il s'affirme comme un être à part, avec ses désirs propres : il s'individualise. Tout au long de ce suivi, Louis développe et construit donc sa place. De son côté, la mère abandonne sa posture en retrait, derrière Louis, pour se placer à une distance qui permet l'interaction relationnelle avec son fils. Cette création d'espace propre semble équilibrer les différents espaces qui interagissent alors entre eux de manière plus aisée. L'espace créé devient une base plus solide sur laquelle il est désormais possible de prendre appui : une nouvelle dynamique se met en place. J'ai l'impression que cette prise d'espace, en créant une véritable aire physique, permet également l'ouverture d'un espace où il y a enfin une place pour penser. Une aire d'élaboration psychique se crée donc au même moment.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Désormais, l'attention est focalisée sur Louis. D'ailleurs, il semble ressentir cette convergence de regards sur lui, puisqu'il paraît presque désorienté de cette nouvelle dynamique et balaye du regard les différentes personnes qui sont présentes autour de lui. La proposition ludique devient alors « une expérience partagée, co-éprouvée, et pensée avec le thérapeute : l'implication du psychomotricien est tout à fait spécifique à cet endroit » (Munoz, 2013, p. 32).

2.4 Renouer le dialogue tonico-émotionnel

Dès les premiers instants où Louis arrive dans la vie, la séparation est douloureuse. L'accouchement a duré 40 heures. Cette première séparation charnelle est longue. Peu de temps après, le sevrage est effectué précocement, compte tenu des difficultés liées à l'allaitement. Cette fois-ci, la séparation est précipitée. S'ajoute à cette séparation corporelle douloureuse, un autre type de séparation, celle induite par la découverte du handicap chez l'enfant. « Le handicap fait vivre l'expérience d'une séparation psychique brutale et précoce » (Ciccone, 1993, page 87).

L'installation d'une hypotonie prolongée et la découverte progressive des troubles de Louis entrave les moments précieux où une mère et son enfant communiquent, via le dialogue tonico-émotionnel. « Ses conduites motrices peuvent s'appauvrir, limitant encore plus le dialogue corporel avec sa mère » (Gonçalves, 2001, p.25). De plus, la tonicité est l'indice et le témoin des états émotionnels que traverse le sujet. Ainsi, l'enfant « devra redoubler d'efforts pour émouvoir ses parents et attirer sur lui les investissements du fait de la dépression parentale » (Ciccone, 1993, p. 84). Louis développe une mimique qui fait « fondre » ses parents, et je reconnais qu'elle ne me laisse pas insensible non plus ! Outre un attendrissement certain, cette mimique fait rire les trois personnes qui entourent Louis. Cette expression, qui s'affiche sur son visage de manière très marquée, me fait penser aux personnages des dessins animés. En effet, l'expression de cette émotion est stéréotypée. Louis doit faire des efforts supplémentaires pour transmettre un message. Cela me donne l'impression que cet enfant est en difficulté pour traduire toutes les nuances émotionnelles qu'il peut vivre. L'absence de spontanéité dans ce dialogue met à mal les systèmes d'alertes qui avertissent la mère d'un besoin, physiologiques ou d'intérêt chez l'enfant.

En psychomotricité, il ne s'agit pas de répondre aux besoins physiologiques de l'enfant, mais bien de créer des fondations solides sur lesquels s'échafauderont les compétences psychomotrices ultérieures. Et le ciment qui lie ces fondations, c'est le plaisir.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

> Voir une psychomotricienne manipuler bébé -voir et partager- pour le simple plaisir, pour le bien-être et non pour des besoins vitaux d'hygiène alimentaire et corporel, offre un étayage possible dans une situation bien particulière de détresse, de solitude et de pertes de repères. (Lempp, 1999, p. 42)

En psychomotricité, il y a aussi ce précieux allié qu'est le temps. Contrairement à d'autres professionnels, souvent pressés dans leur agenda, le psychomotricien consacre une durée suffisante pour que les paroles, les hésitations des parents puissent émerger, être déposés.

Une petite fille de 5 mois a été adressée au cabinet libéral pour une inquiétude neurologique car elle bougeait peu et était peu curieuse de son environnement. Les débuts de vie de cette petite fille ont généré beaucoup de stress chez le couple. L'équipe médicale étant en désaccord professionnel, la sage-femme a été licenciée peu de temps après l'accouchement. Concernant l'enfant à naître, la petite fille a eu des convulsions à la naissance suite à une intoxication à la péridurale. De ce fait, l'enfant a été séparée de sa mère pour être transférée dans un autre hôpital. Cette séparation précoce a été très douloureuse pour la mère qui dit également avoir beaucoup souffert du contexte sanitaire lié à la COVID-19, car les visites étaient très réduites et limitées au couple, avec seulement un parent à la fois. Le frère n'a pas pu voir sa sœur pendant ces deux semaines d'hospitalisation. La petite fille a été placée sous traitement anticonvulsif et plongée dans un état de sommeil artificiel. Les examens neurologiques de sortie ne montrent aucun signe neurologique pathologique. De plus, les parents disent ne pas avoir confiance en la pédiatre, qui « expédie les rendez-vous ». Les parents de cette petite fille ne se sentent pas écoutés. Le bilan psychomoteur n'a rien mis en évidence. Pour le moment, rien d'alarmant. Mais lors des séances de passation du bilan, les parents restaient très silencieux lorsqu'ils étaient en interaction avec leur fille.

Leur regard semblait questionner leur enfant, « qu'est-ce que tu veux me dire ? », comme s'il attendait que leur petite fille leur réponde. Mais de son côté, la petite fille semblait adopter le même comportement visuel ! Il y avait peu d'émotions, de paroles, juste un échange réciproque de regards interrogateurs. La psychomotricienne les a beaucoup rassurés. Elle les a encouragés à être en relation plutôt qu'à se poser des questions quant aux troubles éventuels de leur enfant, qui d'ailleurs, se porte bien pour le moment. La psychomotricienne a peut-être été la première professionnelle qui a eu des paroles rassurantes concernant leur enfant. Elle a été beaucoup dans l'écoute de cette histoire de vie douloureuse. Finalement, elle a été le dépositaire de cette douleur. Elle les a reçus, les as

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

écoutés et surtout, elle a pris le temps qui était nécessaire pour ces parents. À travers ses paroles contenantes, rassurantes, elle permet aux parents que leurs représentations fantasmatiques d'un enfant porteur de trouble s'apaisent, afin qu'ils soient à nouveau pleinement consacrés à la relation.

Ainsi, la psychomotricité serait le lieu où l'on crée tous les aménagements possibles pour qu'émerge le plaisir d'être. Être en mouvement, être en relation. Et cela passe par le jeu. « Les enfants quels qu'ils soient – avec ou sans difficulté particulière – apprennent en jouant et s'éveillent d'autant mieux qu'ils prennent plaisir à l'échange; que ce plaisir est vecteur de curiosité et moteur pour partir à la découverte » (Masson, 2012). Dans les moments où Louis se trouve dans la toupie et où la psychomotricienne se prend à des jeux de surprise, de chatouilles, il s'agit bien là de jouer avec cette question du plaisir d'être avec l'autre. Dans l'agir, le plaisir est absent. Louis s'effondre au sol de fatigue. Il se montre docile et persévère dans l'action grâce à l'étayage verbal mais je n'observe pas de plaisir chez Louis à être en mouvement dans les activités motrices qui lui sont proposées. Pour autant, lorsqu'il est déposé dans la toupie, Louis semble tellement plus vivant ! Il bouge de sa propre initiative, vocalise : il y a du mouvement libre qui se crée. Louis semble aussi prendre du plaisir dans cette activité. Il vocalise et répète le mouvement, regarde ce qu'il fait et les personnes qui l'entourent. Sa disponibilité à être avec l'autre est augmentée. Ce sont des moments propices qui placent la mère comme un partenaire de jeu. Selon Lempp (1999), c'est par ces jeux sensoriels, où intervient le toucher, que s'établit un dialogue tonico-émotionnel. Ce dialogue invite le parent à prendre « une place active et à part entière auprès de leur bébé » (p. 42).

Au départ, le psychomotricien va répondre et jouer avec l'expression corporelle et tonique de l'enfant. En effet, il va investir le vécu du patient en utilisant « son propre vécu émotionnel et corporel comme instrument de résonance, de compréhension des situations » (Masson, 2012). Cet accordage s'accompagne d'une verbalisation, qui vient faire sens, pour l'enfant et met en lumière pour la mère ce qu'elle ne parvenait pas à saisir. Cette démarche thérapeutique, psychomotrice même, permet une lecture et une compréhension plus évidente pour la mère de son enfant, et progressivement, l'enjeu est qu'elle se saisisse pleinement de ce rôle. « Il s'agira pour les parents de « décoder » les réactions corporelles de leur enfant au travers du dialogue tonique afin de répondre de façon adaptée à ses besoins » (Simeoni, 2005, p. 19). La psychomotricienne encourage la mère à participer et progressivement à être l'initiatrice de ces verbalisations. Le psychomotricien donne ainsi à la mère « un rôle de

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

responsabilité dans l'étayage psychocorporel de son bébé, nous élargissons sa liberté interne et ses conditions de sécurité externe. Elle devient alors beaucoup plus disponible et prête à trouver en elle des solutions pour soigner son enfant » (Robert-Ouvray, 2007, p. 238).

La séparation entre la maman de Louis et son fils semble difficile. Le maintien du portage dans les bras et la place adoptée derrière son fils tout au long de ce suivi semblent révéler la nécessaire proximité de cette mère à son enfant. « En raison des atteintes du handicap, les corps de la mère et de son nourrisson restent collés, ce qui ralentit l'ouverture de leur symbiose » (Gonçalves, 2001, p.25). J'observe également que l'évocation d'une séparation dans le suivi en psychomotricité se cristallise en parallèle dans cette fin de suivi, où la mère prend enfin de la distance avec son fils et où celui-ci s'individualise peu à peu.

> L'ouverture de la symbiose, qui se fait par la parole donne un espace à la représentation de la vie émotionnelle. Elle est tributaire de la capacité de supporter la pensée. La présence d'un tiers qui peut écouter et accueillir ces émotions facilite le mouvement d'ouverture. (Ciccone, 1993, p. 91)

Ainsi le psychomotricien, en faisant de son corps cet instrument de résonnance, décrit par Masson (2012), permet l'ouverture de cette dyade afin que chacun prenne la place qui lui permettra de s'épanouir comme être unique et différencié de l'autre.

2.5 Le psychomotricien et l'art d'être en relation

La spécificité psychomotrice, dans l'accueil d'une dyade, se retrouve tout d'abord dans la manière toute particulière du professionnel à accompagner. Et cela commence par une rencontre avec l'autre. L'autre, cet être éprouvé dans ses compétences psychomotrices, où les défaillances de différents systèmes mettent à mal la rencontre. Les indices nécessaires à l'élaboration d'une interaction et d'une relation sont ébranlés, les repères sont flous, voire parfois inexistants.

Lorsque vient l'adresse en psychomotricité, le patient arrive avec des désirs, parfois portés par l'entourage proche, ses parents. Ils peuvent avoir ce désir de progrès, d'autonomie, comme nous l'avons vu avec le cas clinique de Louis. Et lorsqu'ils se retrouvent en psychomotricité, les enfants et leurs parents changent de temporalité, car ils sont invités à revenir vers l'archaïque. L'archaïque, renvoie à cette matière primaire qu'est le corps. Et le spécialiste de cette rencontre avec l'archaïque, c'est le psychomotricien.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le psychomotricien travaille à partir de son corps. En effet, il utilise son corps comme une caisse de résonnance. Il devient tel un instrument de musique, recueillant les vibrations externes pour les faire résonner dans son corps. Ces vibrations sont les éléments sensoriels perceptibles chez le patient. Elles sont accueillies et vécues par le psychomotricien, qui se charge alors de les transformer en éléments de compréhension de la clinique à laquelle il est confronté. La spécificité de ce métier est la capacité pour le thérapeute de faire de son corps cet instrument de la rencontre avec l'autre. La psychomotricité permet un accordage entre les différentes fonctions psychomotrices du sujet, pour que ce dernier se développe dans une harmonie, à la fois psychique et corporelle. De cette base émergera les potentialités psychomotrices futures du sujet.

Ainsi, à travers la rencontre avec le patient, le psychomotricien accompagne et soutient l'émergence des compétences psychomotrices de l'enfant, tout en gardant à l'esprit que cet être s'épanouit grâce et avec ses parents. « Du côté du bébé, l'accompagnement à médiation psychomotrice doit mettre en évidence les compétences du bébé et non ses défaillances » (Lempp, Franziska, p. 41). Et concernant les parents, il s'agit de les « aider au travail psychique d'épreuve de réalité, c'est les aider à élaborer leurs émotions, faire le deuil du bébé imaginaire et familier et rendre familier ce bébé réel, étranger, monstrueux » (p. 41). Ce véritable exercice de jonglerie permet de mettre en lumière les particularités de l'enfant. Selon l'auteur, ces particularités sont synonymes de potentialité et non de défaillance.

Enfin, la psychomotricité est le lieu où, par un jeu de miroir, les regards peuvent s'ouvrir et se croiser. Le regard posé sur l'enfant s'élargit. D'après Masson (2012), ce regard vient l'envelopper et lui donner corps. Une contenance peut alors être retrouvée et vient nourrir le narcissisme parental. Cela permet que se consolident et se renforcent les fonctions parentales qui sont mises à mal par le handicap.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

CONCLUSION

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Conclusion

La place d'observatrice qui m'a été donnée au cours de ce suivi s'est révélée très riche. Mon regard, pleinement consacré à l'observation, a pu apprécier de manière plus fine les différentes interactions qui s'établissaient entre la psychomotricienne, l'enfant et sa mère. Malgré la distance physique qui me séparait d'eux, « J'étais disponible à ce qui était là, à ce qui viendrait, mon corps participant tout autant de cette réceptivité » (Masson, 2012). J'ai été touchée dans tout mon corps par l'attitude de cet enfant. Je me suis sentie embarquée dans un navire, en pleine mer agitée, dans une tempête silencieuse, au cap imprécis. Cela m'a conduit à cette réflexion autour de la spécificité psychomotrice pour ces prises en charge si particulières que sont l'accueil d'une dyade.

À travers le cas clinique de Louis, nous avons cheminé autour du travail psychomoteur engagé auprès de cette dyade. La révélation progressive et l'inscription pérenne d'un handicap chez cet enfant, ont bousculé les représentations parentales concernant le devenir de Louis. Les nombreuses difficultés qu'il rencontre dans son être, en développement, ont fragilisé les premiers liens d'attachement. De ce fait, la mise en place des échanges relationnels et l'interaction ont été affectées.

L'accompagnement de cette dyade n'a pas été évidente. Elle a soulevé de nombreuses problématiques concernant le soin engagé et finalement la place légitime de la psychomotricité dans ces prises en charge parents-bébé. L'évolution de la sidération, qui régnait en séance et qui m'avait beaucoup interpellée lors des premières rencontres, a abouti sur une véritable rencontre entre les différents acteurs présents en séance. De ce fait, la psychomotricité a toute sa place dans l'accompagnement parent-enfant dans un contexte de polyhandicap. Travailler au côté du parent est très riche pour le soin mais aussi pour le développement même de l'enfant. Le parent devient un allié dans l'exploration des potentialités de l'enfant. Il convient donc de prendre soin de ce lien thérapeutique qui se crée avec le parent.

L'évolution globale de cette prise en charge au cours de l'année a mis en évidence à quel point ces prises en charges sont périlleuses, car elles peuvent mettre à mal le soin, jusqu'à la rêverie soignante et notre positionnement thérapeutique. En effet, le handicap vient nous confronter de manière violente à l'archaïque. Mais ces rencontres se révèlent également être des moments privilégiés pour établir une rencontre véritable des ressentis et

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

un partage émotionnel. C'est à cet endroit qu'est convoqué le psychomotricien. Par ailleurs, ces prises en charge invitent le psychomotricien à investir de nouveau ses appuis thérapeutiques fondamentaux; notamment concernant le corps, et le mouvement psychique qui l'habite, le faisant ainsi un outil indispensable de travail et d'élaboration pour la pratique professionnelle.

Ainsi, la psychomotricité s'articule autour du lien créé dans la rencontre avec le sujet. C'est un suivi thérapeutique complémentaire aux autres suivis de soins engagés auprès d'autres professionnels. Mais la pratique en libéral tend à morceler le soin. En effet, chaque professionnel pense le soin à une échelle qui reste limitée à sa propre pratique. En cabinet libéral, le professionnel ne bénéficie pas d'un appui auprès d'une équipe soignante, comme on pourrait le retrouver dans une institution médicale. Le travail d'élaboration autour du soin s'avère donc plus difficile. Malgré une volonté d'échanger entre eux autour de l'évolution du soin, l'analyse de la pratique demeure complexe à mettre en place. Finalement, l'architecture de la prise en charge et la manière dont elle est pensée n'impacte-elle pas, elle aussi, le patient lui-même ? Un portage pluridisciplinaire et institutionnel ne permettrait-il pas davantage de mise en sens et un sentiment d'unité, à la fois pour l'enfant et le thérapeute ?

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

BIBLIOGRAPHIE

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ajuriaguerra, Julián de, et al. *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*. Éditions du Papyrus, 2009.

Anzieu-Premmereur, Christine. « Le jeu dans les thérapies parents-bébés ». *Revue française de psychanalyse*, 68, 1, 2004, p. 143, doi:10.3917/rfp.681.0143.

Basuyau-Rouquette, Brigitte. « Le « portage » thérapeutique de la dyade mère-bébé en psychomotricité ». *Spirale*, 46, 2, 2008, p. 71-79, doi:10.3917/spi.046.0071.

Bouregba, Alain. *L'enfant et son parent : l'histoire d'une empreinte*. Dunod, 2011.

Bowlby, John, et al. *Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent*. A. Michel, 2011.

Bucher, Huguette. *Développement et examen psychomoteur de l'enfant*. Masson, 2004.

Bullinger, André et ABSM L'. *Les effets de la gravité sur le développement du bébé*. Érès, 2015.

Ciccone, Albert. « Handicap et image du corps familial(e) ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 99, 1993, p. 83-91.

Ciccone, Albert, et al. *Cliniques du sujet handicapé*. 2007.

Ciccone, Albert, et al. *Handicap et mort*. Érès, 2018.

Detrauste, Oxane. « Les jouets incontournables pour le développement psychomoteur de l'enfant ». *Le guide lifestyle pour femme*, Monde Libre, 2 juillet 2020, https://www.mondelibre.org/2133/les-jouets-incontournables-pour-le-developpement-psychomoteur-de-lenfant/.

Fisher-Price. « Mon trotteur zèbre parlant ». *La Grande Récré*, 19 juillet 2019, https://www.lagranderecre.fr/mon-trotteur-zebre-parlant.html#productDescription .

Gauberti, Mireille. « Distorsions spatiales des liens mère -bébé ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 96, 1993, p. 83-93.

Gonçalves, Elsa. « Lorsque le handicap survient ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 127, 2001, p. 18-32.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Guedeney, Nicole. *L'attachement, un lien vital.* 2010.

Jaricot, Béatrice. « Du corps à corps à sa propre verticalité ». *Enfance et Psy*, 33, 2006, p. 80-91, doi : 10.3917/ep.033.0080.

Korff-Sausse, Simone. *Le miroir brisé: l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Calmann-Lévy, 1996.

Larousse. *Le Petit Larousse illustré: en couleurs ; [dictionnaire 2009] ; 87000 articles*. Larousse, 2008.

Lempp, Franziska. « « Coucou » - « me voilà », à propos de l'accompagnement d'enfants porteurs de handicap et de leurs familles ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 118, 1999, p. 38-43.

Luigi-Duggan, Anne. « Du « jeu » dans le handicap. De l'impasse à la passe -Le jeu de la vie- ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 120, 1999, p. 20-25.

Masson, Annie. « La place des parents dans l'accompagnement thérapeutique du jeune enfant ». *La psychomotricité relationnelle*, EDK, Groupe EDP Sciences, 2012, doi : 10.3917/edk.sami.2012.01.0079.

Munoz, Gaëtan. « Adultes polyhandicapés quand la rencontre ne va pas de soi... » *Thérapie psychomotrice et recherches*, 133, 2003, p. 62-69.

Munoz, Gaëtan. « « La petite sirène » : d'une figure du monstre à un espace de rêverie dans le soin psychomoteur ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 164, 2010, p. 84-93.

Munoz, Gaëtan. « Le polyhandicap : une problématique psychomotrice existentielle (ou l'épineuse question du « T'as mal où ? ») ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 176, 2013, p. 20-33.

Perrier-Genas, Monique, et al. « Psychomotricité : une indication pour le tout-petit et sa famille en périnatalité ». *Spirale*, 92, 2019, p. 95-100, doi : 10.3917/spi.092.0095.

Poussin, Gérard. *La fonction parentale*. 3e éd., Dunod, 2004.

(CC BY-NC-ND 2.0)

Ringler, Maurice. *Comprendre l'enfant handicapé et sa famille*. 2004.

Ringler, Maurice. *Le bonheur de l'enfant handicapé*. Dunod, 2009.

Robert-Ouvray, Suzanne Brigitte. *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer, 2007.

Rouchy, Simone, et al. *Le regard de l'enfant : étude clinique*. ESF, 1995.

Simeoni, Florence. « Prise en charge en psychomotricité autour du lien parents/enfants dans un service de rééducation pour enfants présentant des atteintes neurologiques acquises ». *Evolutions psychomotrices*, 17, 67, 2005, p. 16-22.

Stern, Daniel. *Le Monde interpersonnel du nourrisson*. Presses Universitaires de France - PUF, 2003.

Thibault-Wanquet, Pascale. *L'enfant hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage*. Elsevier Masson, 2015.

Tremblay, Hélène. « Le plaisir d'être en triade sociale de 3 mois à 3 ans ». *Les premiers pas vers l'autre*, Érès, 2008, p. 79-87, doi :10.3917/eres.lerun.2008.01.0079.

Winnicott, D. W. *La famille suffisamment bonne*. Payot, 2009.

Winnicott, Donald Woods. *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Gallimard, 2002.

Winnicott, Donald Woods. *Le bébé et sa mère*. Payot, 1992.

(CC BY-NC-ND 2.0)

<u>Nom et signature du maître de mémoire</u> :

Mélanie Petit (psychomotricienne D.E.) :

le 15/05/2021

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

Institut de Formation en Psychomotricité,
ISTR Lyon 1

Promotion 2020-2021

Auteur : Guillemette MORIN

Titre : Titre du mémoire :

De la sidération à la mise en mouvement : regards croisés dans un accompagnement d'une mère et de son enfant handicapé en psychomotricité

Mots – clés : psychomotricité- parent- enfant- handicap- sidération- regards- relation. psychomotricity- parent- child- disability- sideration- looks- relationship.

Résumé : Lorsque se dévoile peu à peu un handicap chez un jeune enfant, les représentations parentales élaborées autour de cet être en devenir s'effondrent. En quoi le travail engagé en psychomotricité est-il spécifique dans l'accompagnement qu'il propose auprès d'une dyade, notamment dans un contexte de handicap chez l'enfant ? Cette réflexion s'articule autour d'un cas clinique d'un jeune garçon handicapé et de sa mère. L'adresse en cabinet libéral pour l'enfant et la proposition d'un accompagnement parental se révèlent riches de réflexions autour des enjeux relationnels et de la place de chacun des acteurs du soin. Mais le lieu choisi pour la rencontre pourrait bien faire vaciller le travail thérapeutique engagé…

When a disability is gradually revealed in a young child, the parental representations elaborated around this being in the making collapse. In what way is the work engaged in psychomotricity specific in the accompaniment that it proposes with a dyad, in particular in a context of handicap in the child ? This reflection is articulated around a clinical case of a young disabled boy and his mother. The child's referral to a private practice and the proposal of parental support are rich in reflections on relational issues and the place of each of the actors in the care. But the meeting place chose might falter therapeutic work.

MORIN
(CC BY-NC-ND 2.0)