



“ Maman, on va à la piscine? ” : la psychomotricité au service de la parentalité en IME

Charlotte Prono

► To cite this version:

Charlotte Prono. “ Maman, on va à la piscine? ” : la psychomotricité au service de la parentalité en IME. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02078669

HAL Id: dumas-02078669

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02078669>

Submitted on 25 Mar 2019

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

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

Médecine Sorbonne Université

Institut de formation en Psychomotricité

91, Bd de l'Hôpital

75013 Paris



« Maman, on va à la piscine ? »

La psychomotricité au service de la parentalité en IME

Mémoire présenté par Charlotte PRONO

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référent mémoire :

Alizée LAMOULINE

Session de juin 2018

REMERCIEMENTS

Il est l'heure pour moi de faire mes remerciements, un peu comme une actrice américaine qui recevrait son premier Oscar ... Alors voilà ...

Je tiens tout d'abord à remercier Alizée Lamouline, pour avoir accepté de m'accompagner dans cette grande aventure de l'écriture du mémoire. Tes encouragements et ton regard sur ce que j'ai écrit m'ont beaucoup aidée.

Un grand merci à toi, Céline Schneider, pour m'avoir accompagnée, soutenue et formée tout au long de ces deux années de stages. Merci pour tout le temps que tu m'as accordé et pour la richesse de nos échanges qui ont très certainement forgé la psychomotricienne en devenir que je suis.

Merci à toi, Catherine Collinot, pour m'avoir accueillie dans ta pratique et pour m'avoir fait confiance tout au long de l'année. Merci également aux psychomotriciens et professionnels qui ont contribué à ma formation.

Merci à tous les patients que j'ai pu rencontrer au cours de mes différents stages, et surtout merci aux enfants de l'IME de m'avoir accueillie si chaleureusement pendant ces deux années. Ces rencontres nourriront encore longtemps ma pratique.

Merci à tous mes psychopotes pour avoir égayé quotidiennement ce grand voyage que sont les études de psychomotricité. Jeanne, je te remercie d'avoir été mon idole pendant trois ans, j'espère être une personne meilleure maintenant. Juliette, merci de m'avoir rappelé régulièrement que les meilleurs choses dans la vie sont souvent les plus simples : un peu de citron, un peu de menthe et beaucoup d'amitié nous suffisent. Mais surtout, merci à toi Céline, mon binôme, mon cerbère d'amour qui ne m'a laissé aucun répit dans l'écriture de ce mémoire. Ton soutien, ta folie, ta joie de vivre et tes (nombreuses) relectures orthographiques ont clairement fait la différence.

Enfin, je remercie ma famille. Papa, Maman, sans vous je ne serais certainement pas la personne que je suis aujourd'hui alors un grand merci. Quant à toi Clémentine, merci d'être tous simplement là et de rester ma grande sœur et ma plus fervente protectrice. Je vous aime fort.

AVANT-PROPOS

*Un regard pour revivre – Janine Chanteur*¹

« Petit à petit, parce que d'autres l'ont tout naturellement, un autre regard devient possible pour les parents. C'est vrai, c'est toujours vrai, ils souhaiteraient tellement qu'il en fût autrement. Mais parce que cet enfant, *tel qu'il est*, a été accueilli par d'autres hommes, d'autres femmes qui l'ont regardé simplement comme un être humain, en trouvant *normal* de le reconnaître comme ils feraient de n'importe quel enfant, et lui ont apporté ce qui lui convient à lui, l'angoisse commence à se dénouer, les peurs diminuent d'intensité. Les parents, à leur tour, vont oser regarder leur enfant autrement. Malgré la douleur, naît un autre sentiment, très profond, très fécond ; cet enfant que nous, les parents, nous ne connaissons qu'à travers l'écran de notre souffrance et de nos peurs, voilà qu'il se met à vivre pour lui-même, comme si nous découvriions qu'il est une valeur que nous pouvons enfin accepter, sans l'encombrer de notre imaginaire : il n'y a pas de modèle standard de l'humanité. »²

¹ Janine Chanteur, professeur de philosophie morale et politique à l'université de Paris-Sorbonne raconte dans ce chapitre son parcours face à la découverte du handicap de sa fille aînée.

² GARDOU, 1996, p.54

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU CADRE DE STAGE	9
I. PRESENTATION DE LA STRUCTURE.....	9
1. <i>Les professionnels de l'IME.....</i>	9
2. <i>Historique et mission des IME</i>	10
II. PRESENTATION DU GROUPE.....	11
1. <i>Création du groupe</i>	11
2. <i>Indications.....</i>	12
3. <i>Mise en place du groupe</i>	13
III. LA MEDIATION AQUATIQUE	14
1. <i>Création d'un dispositif autour de la médiation aquatique</i>	14
2. <i>Les propriétés de l'eau</i>	15
3. <i>Mon vécu avec l'eau</i>	17
 CHAPITRE 2 : L'ANNONCE DU HANDICAP	19
I. ÉTUDE DE CAS : ZOE ET MME B.	19
1. <i>Anamnèse de Zoé.....</i>	19
2. <i>Première rencontre avec Mme B.</i>	20
3. <i>Première rencontre avec Zoé.....</i>	21
4. <i>Contenu de la première séance à la piscine</i>	21
II. L'ANNONCE DU HANDICAP	23
1. <i>Définitions et historique du handicap</i>	23
2. <i>Classifications du handicap</i>	24
3. <i>Le traumatisme de l'annonce du handicap.....</i>	26
4. <i>La temporalité de l'annonce du handicap.....</i>	27
III. LE DEUIL DE L'ENFANT IMAGINE	29
1. <i>Définition.....</i>	29
2. <i>Le travail de deuil.....</i>	30
IV. ÊTRE PARENTS D'UN ENFANT HANDICAPE	31
1. <i>La parentalité</i>	31
a. <i>La fonction maternelle</i>	32
b. <i>La fonction paternelle</i>	33
c. <i>La parentalité : un apprentissage ?</i>	34
2. <i>La parentalité face au handicap.....</i>	35

V.	MES INTERROGATIONS FACE AU HANDICAP	38
VI.	ACCOMPAGNEMENT PROPOSE A ZOE ET MME B.....	38
1.	<i>Le dialogue tonique dans la relation de Zoé et Mme B.....</i>	39
2.	<i>La rencontre dans le jeu.....</i>	40
3.	<i>Mise en perspective</i>	41

CHAPITRE 3 : L'ÉPANOUISSEMENT DE L'ENFANT HANDICAPÉ 43

I.	ÉTUDE DE CAS : ANNA ET MME S.	43
1.	<i>Anamnèse d'Anna.....</i>	43
2.	<i>Première rencontre avec Mme S.</i>	45
3.	<i>Première rencontre avec Anna.....</i>	46
4.	<i>Contenu de la première séance.....</i>	46
II.	LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT HANDICAPE	48
1.	<i>Déficiência intellectuelle : définition et classification.....</i>	48
2.	<i>Le développement de l'enfant déficient intellectuel</i>	50
a.	<i>Développement cognitif.....</i>	50
b.	<i>Au niveau psychomoteur</i>	52
III.	L'ENFANT EPANOUI MALGRE SES DIFFICULTES.....	54
1.	<i>Le besoin de se connaître et d'être reconnu</i>	54
2.	<i>Le besoin d'amour et de sécurité.....</i>	55
3.	<i>Le besoin de relations et d'appartenance</i>	56
IV.	ACCOMPAGNEMENT PROPOSE A ANNA ET MME S.....	57
1.	<i>Anna le rayon de soleil.....</i>	57
2.	<i>Quand une mauvaise nouvelle remet tout en question.....</i>	58
3.	<i>Valorisation des compétences d'Anna et de Mme S. dans sa fonction maternelle</i>	59

CHAPITRE 4 : ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE 61

I.	ÉTUDE DE CAS : ELIOTT ET MME D.	61
1.	<i>Anamnèse d'Eliott</i>	61
2.	<i>Première rencontre avec Mme D.</i>	62
3.	<i>Première rencontre avec Eliott</i>	63
4.	<i>Première séance à la piscine.....</i>	64
II.	CONSTRUCTION D'UNE ALLIANCE THERAPEUTIQUE	65
1.	<i>Transfert et contre-transfert.....</i>	66
2.	<i>L'alliance thérapeutique</i>	67
3.	<i>La dynamique groupale : facilitatrice de l'alliance thérapeutique ?</i>	68
III.	LE PSYCHOMOTRICIEN DANS L'ACCOMPAGNEMENT MERE-ENFANT	70

IV. ACCOMPAGNEMENT PROPOSE A ELIOTT ET MME D.	72
1. <i>Les bénéfices du groupe pour Eliott</i>	72
2. <i>Quand on touche aux limites du dispositif</i>	73
3. <i>Ma place particulière au sein de cette dyade</i>	74
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE	78
SITOGRAFIE	82

INTRODUCTION

Octobre 2016, début de mon stage à l'IME³, et déjà une question : Est-ce qu'un soutien est proposé aux parents des enfants de l'IME ? Je ne le sais pas encore à ce moment-là, mais ce questionnement va me mener à poursuivre ce stage une année supplémentaire pour pouvoir contribuer à la création d'un groupe piscine mère-enfant.

Donald Winnicott (1957) disait qu'« un bébé ne peut pas exister tout seul ; il fait essentiellement partie d'une relation »⁴. Je me suis aperçue au fil de mes lectures que ce constat était intégré par tous. Nombreuses sont les prises en charge précoces de l'enfant handicapé incluant les parents. Ces prises en charge permettent généralement d'accompagner les parents dans la découverte et l'acceptation du handicap de leur enfant tout en le soutenant dans son développement. Pourtant, j'ai pu constater que plus l'enfant grandissait, plus la question d'inclure les parents devenait délicate à mettre en place voire inexistante. Or, les difficultés liées au handicap d'un enfant sont loin de disparaître lorsque celui-ci grandit.

Comme un enfant à l'école, l'enfant admis en IME y passe la majeure partie de ses journées. Pour le premier, il est indéniable que les parents poursuivront leur travail d'éducation une fois celui-ci de retour à la maison. Ils accompagneront l'enfant dans ses apprentissages ainsi que dans la construction de sa personnalité. Il en va de même avec l'enfant handicapé admis en IME. L'accompagnement que nous lui proposons au quotidien ne peut pas se suffire à lui-même. Pour que les compétences acquises par l'enfant à l'IME puissent se généraliser à son quotidien (et vice-versa), il est indispensable de travailler avec les familles. En tant que future psychomotricienne, je me suis donc demandée :

Quel rôle joue le psychomotricien dans le soutien à la parentalité en IME ?

³ Institut Médico-Éducatif

⁴ WINNICOTT, 1957, p. 107.

Pour répondre à cette question il me faudra, d'abord, répondre à celles-ci : Quelles conséquences peut avoir l'annonce du handicap sur la parentalité et sur les interactions avec l'enfant handicapé ? Qu'en est-il de ces interactions lorsque l'enfant grandit et qu'il est admis en IME ? Son handicap constitue-t-il nécessairement un frein à son épanouissement ? Et enfin, si l'alliance thérapeutique est indispensable avec l'enfant, l'est-elle également avec ses parents ? Dans ce cas, comment se crée-t-elle ?

Après avoir décrit le cadre de mon stage ainsi que la réflexion derrière la création du groupe piscine mère-enfant, j'organiserai ce mémoire autour de l'étude de cas des trois dyades y participant. Ma rencontre avec chacune de ces dyades a été singulière et a soulevé de nombreuses questions. Je dédierai donc un chapitre à chacune d'elles. Je m'intéresserai tout d'abord à Zoé et Mme B. autour de la question de l'annonce du handicap et de ses conséquences sur la parentalité. Puis, je parlerai d'Anna et de Mme S. dans le cadre d'un chapitre consacré à l'épanouissement de l'enfant handicapé. Enfin, je présenterai mes interrogations face à la création de l'alliance thérapeutique avec Elliott et Mme D.

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU CADRE DE STAGE

I. Présentation de la structure

L'IME accueille 40 enfants et adolescents autistes ou présentant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés. Ces enfants sont répartis en trois groupes éducatifs : deux groupes pour les 6-12 ans et un groupe pour les plus de 12 ans.

À son admission, l'enfant intègre l'un des deux groupes consacrés aux 6-12 ans. L'équipe réfléchit alors à un projet individualisé adapté à ses besoins en s'appuyant sur les observations faites au cours du stage d'admission. Celui-ci permettra la construction de l'emploi du temps de l'enfant avec des temps éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques.

1. Les professionnels de l'IME

L'IME regroupe différents professionnels s'organisant en plusieurs équipes :

- L'équipe éducative se compose de sept éducateurs spécialisés et d'un éducateur sportif.
- L'équipe pédagogique se compose de trois professeurs des écoles titulaires du CAPA-SH⁵.
- L'équipe soignante se compose de trois psychologues, d'une psychomotricienne et d'une infirmière à temps pleins, d'un pédopsychiatre et d'un médecin généraliste présents quatre heures par semaine. Il existe également un poste vacant pour un orthophoniste, remplacé temporairement par des conventions avec des orthophonistes en libéral.

⁵ Certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap

- L'équipe administrative se compose du directeur, d'une assistante sociale et d'une secrétaire.

Afin de construire et mettre en œuvre le projet individualisé de chaque enfant, il est important que l'équipe se concerte de manière pluridisciplinaire. Pour cela, les professionnels se rencontrent au cours de réunions institutionnelles hebdomadaires. Ces réunions permettent également de coordonner l'activité de l'équipe, de penser de nouveaux dispositifs et de réfléchir à des problématiques d'ordre institutionnel.

2. Histoire et missions des IME

Pour comprendre le cadre de ce stage, il me semble important de revenir sur l'histoire et les missions des IME. Il s'agit de structures qui ont été pensées et créées en 1960 pour proposer une alternative à l'internement psychiatrique. En 1975, les IME ont été définis comme étant des structures d'accueil et de prise en charge globale des enfants, adolescents et jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle. Ce n'est que plus tard, grâce à la Loi de 2005, que les missions des IME s'étendent aux handicaps psychiques et aux troubles autistiques.

L'annexe XXIV au décret n°89-798 du 27 octobre 1989 définit les missions qu'implique l'accompagnement en IME d'enfants présentant une déficience intellectuelle. Il s'agit de veiller à :

- Favoriser l'épanouissement de l'individu et la réalisation de toutes ses potentialités intellectuelles, affectives, et corporelles.
- Proposer un accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent.
- Développer l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne mais aussi sur le plan social voire professionnel.
- Proposer des actions tendant à développer la personnalité, la communication et la socialisation.
- Dispenser des enseignements scolaires et proposer un soutien en vue de l'acquisition de connaissances et l'accès à un niveau culturel optimum.

- Dispenser des soins, des rééducations et assurer une surveillance sur le plan médical.

L'une de ces missions attire particulièrement mon attention : proposer un accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent. Or, au début de mon stage de deuxième année, je me suis rapidement rendu compte que cette question de l'accompagnement des familles n'était pas évidente à mettre en place. À ce moment, le seul accompagnement proposé aux familles reposait sur des entretiens plus ou moins réguliers avec la psychologue référente de l'enfant. J'ai malgré tout pu assister tout au long de l'année à l'éclosion d'un véritable désir de l'équipe d'être plus présente pour les familles et de leur proposer un accompagnement plus important. C'est ainsi que sont nés plusieurs projets : création d'un groupe de parole pour les parents et pour les fratries ayant lieu une fois par mois et création du groupe piscine mère-enfant dont je parlerai dans ce mémoire.

II. Présentation du groupe

1. Création du groupe

Le groupe piscine mère-enfant a été pensé par l'une des psychologues de l'IME. À son arrivée l'année dernière, elle a rapidement constaté que peu de choses étaient proposées aux parents pour les accompagner dans la compréhension du handicap de leur enfant. De plus, elle s'est aperçue, au cours des différents entretiens avec les parents d'enfants dont elle a la référence, que les mères sont plus facilement mobilisables que les pères. Ces derniers travaillent généralement aux horaires d'ouvertures de l'IME alors que les mères se voient souvent forcées d'arrêter de travailler pour prendre soin de leur enfant. Ainsi, pour pallier l'isolement social dans lequel ces mères se trouvent et forte de son expérience en CAMSP⁶, la psychologue a soumis l'idée de recréer à l'IME un groupe piscine mère-enfant auquel elle avait participé dans son ancien poste.

Elle présente ce groupe comme un espace permettant de mieux connaître les mères afin de mieux les soutenir. Au vu de la précarité dans laquelle se trouvent

⁶ Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

certaines familles de l'IME, elle présente également ce dispositif comme une occasion d'enrichir l'expérience sociale de ces familles tout en se confrontant au milieu ordinaire. Par ailleurs, en apprenant à connaître les enfants de l'IME, elle s'est aperçue qu'une très grande majorité de ceux-ci prenait énormément de plaisir à aller à la piscine avec l'éducateur sportif. Le groupe leur permettrait ainsi de prendre du plaisir en présence de leur mère.

La dimension éducative étant déjà très valorisée à l'IME, la psychologue a souhaité créer un espace thérapeutique supplémentaire. Pour elle, il était particulièrement important que la piscine devienne un lieu d'expériences corporelles et de plaisir. C'est donc tout naturellement qu'elle a demandé à la psychomotricienne de construire et d'assurer le groupe avec elle. N'étant, au départ, pas particulièrement à l'aise avec cette médiation et connaissant mon passé de nageuse, ma maître de stage m'a rapidement proposé de réfléchir avec elles autour de ce dispositif. J'ai ainsi eu la chance de pouvoir contribuer à la création de ce groupe et de poursuivre mon stage une année supplémentaire afin de pouvoir y participer.

2. Indications

Le cadre de mon stage de l'année dernière ne m'a pas permis de contribuer au processus de réflexion autour des indications du groupe. Il me semble malgré tout important de le décrire ici.

Ce groupe s'adresse de manière générale à des mères présentant des difficultés relationnelles avec leur enfant. Ces difficultés peuvent être liées à des fragilités du côté maternelle et/ou aux particularités de l'enfant mettant à mal l'établissement de la relation. L'équipe de l'IME en dénombre différentes formes :

- Trouble de l'attachement
- Mise à mal des fonctions maternelles
- Impossibilité de s'exprimer sur les difficultés du quotidien avec l'enfant
- Difficulté à accepter que l'enfant grandisse provoquant un écart entre le comportement de l'enfant à l'IME et celui à la maison
- Souffrance et incompréhension face aux troubles de l'enfant

Une fois ces indications posées, l'équipe entière a commencé à réfléchir aux différentes mères auxquelles nous pourrions proposer le groupe : huit dyades ont alors été évoquées. La psychologue et ma maître de stage ont ensuite déterminé les profils leur semblant les plus pertinents pour le groupe en tenant compte des projets individualisés des enfants concernés. Enfin, le groupe se voulant restreint à trois dyades, il a fallu contacter chacune des mères choisies précédemment par le biais de leur psychologue référente pour savoir si l'idée du groupe les intéressait.

3. Mise en place du groupe

Avant de commencer les séances à la piscine, nous avons invité les mères à l'IME pour un entretien de présentation du groupe. Cet entretien était également l'occasion de réunir les trois mères pour la première fois afin qu'elles puissent se rencontrer. Avant leur arrivée, il a été convenu que la psychologue mène l'entretien puisqu'il s'agit de son domaine d'expertise.

Dans un premier temps, la psychologue a demandé aux mères si elles savaient pourquoi l'équipe de l'IME avait pensé à elles pour le groupe. Ce à quoi l'une des mères a répondu très franchement : « Est-ce parce que nous sommes les plus en difficulté avec notre enfant ? ». Bien que cela soit une manière de voir les choses, la psychologue a immédiatement nuancé ce propos. Elle a ainsi rappelé aux mères que les difficultés de l'une ne correspondaient pas forcément aux difficultés de l'autre et que le choix de l'équipe s'était fait, avant toute chose, dans l'intérêt et le respect du projet individualisé des enfants.

La psychologue a ensuite continué en exposant les différents objectifs que nous avions pour ce groupe. Pour ne pas trop insister sur les difficultés relationnelles que pouvaient avoir les mères avec leur enfant, elle a préféré exposer, en premier, nos objectifs les plus concrets. Elle explique aux mères que le groupe nous permettra de les accompagner dans certains gestes du quotidien. Principalement l'habillage, le déshabillage et les douches puisqu'il s'agit souvent des moments où elles sont le plus en difficulté. Elle insiste alors sur le fait qu'il s'agira à plus long terme d'accompagner les enfants vers une prise d'autonomie. Elle leur explique également que nous avons pu noter une différence entre ce que l'équipe observe du comportement de l'enfant à l'IME et ce qu'elles rapportent de son comportement

au domicile. Ainsi, aller à l'extérieur permet de confronter ces deux regards sur l'enfant afin de proposer un accompagnement au plus proche de ce qu'elles peuvent vivre au quotidien. Enfin, la psychologue insiste sur le fait que ce groupe sera avant tout un moment de partage et de prise de plaisir avec leur enfant.

Une fois les objectifs énoncés, elle rappelle aux mères le cadre du groupe : une séance par semaine à la piscine et une séance à l'IME avant chaque période de vacances pour prendre le temps de discuter de ce que nous faisons à la piscine. Nous leur redemandons alors si elles sont toujours d'accord pour y participer. Puis, une fois leur accord recueilli, nous leur donnons rendez-vous la semaine suivante pour la première séance à la piscine.

Le groupe a lieu dans une piscine municipale se composant d'un bassin sportif de 25 mètres et d'un bassin ludique avec toboggan. Le bassin ludique peut être séparé en deux zones à l'aide d'une ligne d'eau. Nous partageons donc le bassin avec un autre IME du département. Le grand bassin est également occupé par le club de natation de la ville. Cela signifie qu'il y a souvent du monde à notre arrivée à la piscine et que les dyades se retrouvent parfois confrontées au regard des autres. Au niveau du matériel à notre disposition, il y a tout ce dont nous avons besoin pour proposer un cadre contenant et ludique. Enfin, deux maîtres-nageurs assurent notre sécurité tout au long de la séance.

III. La médiation aquatique

L'eau accompagnera et soutiendra les mères tout au long de l'année au même titre que nous, les thérapeutes. Ainsi, bien que la présentation de la médiation aquatique ne constitue pas le propos principal de ce mémoire, je tâcherai de présenter ici la place et l'importance de l'eau dans le processus de création de ce groupe de soutien à la parentalité.

1. Création d'un dispositif autour de la médiation aquatique

Selon Catherine Potel (1999), la médiation aquatique peut se réfléchir selon différents axes thérapeutiques à adapter en fonction de nos patients et du travail que nous souhaitons accomplir avec eux. L'eau peut ainsi être pensée comme un

« espace transitionnel privilégiant la relation », comme une « aire de jeu permettant des explorations psychomotrices structurantes » ou encore comme un « lieu de rencontre dans un autre monde plus proche et plus intime au regard de certaines pathologies comme l'autisme »⁷.

Pour ce groupe, il nous a fallu penser l'eau selon deux angles d'approche : celui des mères et celui des enfants. Nous avons tout d'abord pensé l'eau comme un lieu de rencontre, comme un espace privilégié où chaque mère pourrait rencontrer son enfant dans un cadre différent du quotidien. L'idée étant de proposer un espace où les mères pourraient découvrir leur enfant tel que nous pouvons le voir à l'IME mais aussi pour nous d'observer le comportement de l'enfant en présence de sa mère. En parallèle, nous avons pensé la piscine comme un espace au sein duquel nous pouvons accompagner les enfants dans leurs recherches et explorations psychomotrices. Comme chacun d'eux possède sa propre problématique psychomotrice, l'objectif sera de créer un espace où ils pourront trouver ce dont ils ont besoin pour s'épanouir sous le regard de leur mère ou, dans le meilleur des cas, en lien avec elle.

Enfin, si les enfants participant à ce groupe sont globalement tous à l'aise dans l'eau, ce n'est pas le cas des mères. Si l'eau peut être un milieu naturellement ludique pour les enfants, elle peut devenir source d'angoisse pour un adulte qui n'en a pas l'habitude. Il nous faudra donc tenir compte, tout au long de l'année, du vécu et de l'histoire de chacune des mères avec l'eau. Le cadre que nous proposerons visera, ainsi, à mettre les mères le plus à l'aise possible avec ce milieu afin qu'elles ne se sentent pas mises en difficulté.

2. Les propriétés de l'eau

L'eau possède de nombreuses propriétés intéressantes à exploiter en psychomotricité. En effet, « les propriétés de l'eau vont avoir des effets sur le corps, les sensations, les émotions, les affects »⁸. Ces effets seront recherchés tant chez les enfants que chez les mères participant au groupe.

⁷ POTEL, 1999, p25.

⁸ POTEL, 1999, p28.

De par sa densité, l'eau enveloppe, masse et caresse le corps contenu dans son entier. Cela vient stimuler et renforcer la perception de la peau. De cette manière, l'eau contribue à la différenciation des sensations internes et des sensations externes. Cet enveloppement par l'eau viendra renforcer ou créer un sentiment d'unité corporelle chez les enfants. Il ramènera également chaque mère à la réalité de leur corps vécu, parfois oublié au profit des soins prodigués à leur enfant en situation de handicap. Par ailleurs, l'enveloppement par l'eau offre un contenant groupal supplémentaire à celui que nous pouvons proposer en tant que thérapeutes. L'eau agira ainsi comme une enveloppe groupale supplémentaire venant soutenir et rassurer les mères dans les échanges qu'elles pourront avoir avec nous.

L'eau est un vecteur de relation, elle permet d'entrer en relation de différentes manières. Comme énoncé précédemment, l'eau masse et caresse les corps. Elle épouse et prolonge chaque mouvement en les transformant en des flux perceptibles par l'autre. « En cela l'eau est un *intermédiaire tactile* entre soi et les autres »⁹. Cette notion est particulièrement importante dans le cadre de ce groupe car l'eau va venir matérialiser le lien unissant chaque mère à son enfant. Cela favorisera le rapprochement des corps ou, au contraire, une mise à distance sécuritaire nécessaire à l'épanouissement de l'enfant. Les qualités de propagation du son dans l'eau favorisent également la relation. Le son possède des qualités vibratoires qui seront intensifiées sous l'eau. Ainsi, lorsqu'un son est émis sous l'eau, les vibrations produites se propagent et se déposent sur le corps de l'autre. Ces sons procureront des sensations différentes en fonction de la distance d'émission ou de la fréquence du son. Ils pourront, par exemple, résonner au creux de la cavité abdominale, stimuler plus intensément la peau ou encore faire vibrer les os. De par les sensations qu'ils génèrent, ces sons peuvent donc constituer une manière d'entrer en relation avec les enfants les plus en difficulté sur ce point.

Enfin, l'eau est un médium malléable. René Roussillon définit la notion de médium malléable comme étant un « *objet transitionnel du processus de représentation* »¹⁰. Celui-ci permet à l'enfant d'accéder à la fonction de représentation permettant l'intégration de la réalité extérieure en tenant compte de

⁹ *ibid.* p54.

¹⁰ ROUSSILLON as cited in POTEL, 1999, p. 56.

sa réalité interne. Pour cela, René Roussillon énonce cinq caractéristiques définissant le médium malléable : indestructibilité, extrême sensibilité, indéfinie transformation, inconditionnelle disponibilité et animation propre. Toutes ces caractéristiques présentes dans l'eau permettent à l'enfant de se construire une représentation de son environnement.

3. Mon vécu avec l'eau

Au-delà de mes connaissances sur la médiation aquatique, ma propre histoire avec l'eau sous-tendra tout au long de l'année ma manière d'entrer en relation avec les enfants et les mères participant au groupe.

Comme je l'ai dit précédemment, je suis une ancienne nageuse. Cependant mon histoire avec l'eau ne se réduit pas à cela. Avant de devenir un espace d'entraînement et de compétition, la piscine était pour moi un espace et un temps de partage avec toute ma famille. Quand j'étais enfant, mes parents nous emmenaient à la piscine, ma sœur et moi, tous les samedis. Ainsi, avant même d'apprendre à nager j'ai appris à jouer dans l'eau, à ne pas craindre ses mouvements mais au contraire à savourer leurs effets sur ma peau. Plus tard, ce même plaisir de la sensation de l'eau sur ma peau s'est inscrit dans ma manière de nager. L'eau a été mon havre de paix pendant des années, jusqu'au jour où les douleurs causées par les entraînements et les compétitions sont devenues beaucoup trop importantes. À ce moment-là, l'eau est devenue hostile, les courants produits par les autres nageurs me désorientaient et le contact de l'eau, auparavant doux et accueillant, est peu à peu devenu froid et tourmentant. Ce sont les trois années d'études en psychomotricité qui m'ont permis de me réconcilier avec l'eau. Au fil des différents travaux dirigés, j'ai de nouveau appris à jouer, à lâcher prise et à prendre du plaisir avec mon corps. Ce n'était donc pas avec l'eau à proprement parler qu'il fallait que je me réconcilie, mais plutôt avec la part de moi qui avait fini par oublier que mon corps pouvait également être une source de plaisir. L'eau n'était que le support de réflexion de ma douleur physique. Ce n'est qu'au moment où j'ai compris cela que j'ai pu retourner nager sereinement.

J'ai également eu la chance de participer cette année à la formation *Vivre l'eau* de Catherine Potel. Cette formation m'a permis de porter un nouveau regard sur

l'eau. Dans ce cadre, mon passé de nageuse n'avait aucune importance. Au contraire, il fallait plutôt que je laisse resurgir en moi la petite fille qui allait jouer à la piscine le samedi matin avec ses parents et sa sœur. Cette redécouverte du jeu et de la détente dans l'eau, des sensations de caresses de l'eau sur ma peau et du plaisir que cela me procure ont inspiré tout au long de l'année mes propositions pour le groupe. Ainsi, toutes les expériences que j'ai pu avoir avec l'eau au cours de ma vie, bonnes ou mauvaises, nourrissent en permanence ma manière d'encadrer le groupe. Elles m'offrent également une compréhension toute particulière de ce qui peut se jouer dans l'eau. Enfin, mon aisance dans ce milieu m'autorise à faire des propositions aux groupes que je suis parfois la seule à pouvoir faire.

CHAPITRE 2 : L'ANNONCE DU HANDICAP

I. Étude de cas : Zoé et Mme B.

1. Anamnèse de Zoé

Zoé est née le 11 août 2009, elle a donc 8 ans lorsque je la rencontre. Elle vit au domicile familial avec son grand-frère âgé de 13 ans et ses parents d'origine marocaine.

Zoé est née par césarienne au terme d'une grossesse qui s'est bien déroulée. Elle présente un léger retard psychomoteur avec apparition de la marche à 18 mois. Le langage a été acquis tardivement et elle présente également un retard au niveau de l'acquisition de l'autonomie alimentaire et sphinctérienne. Ce n'est pourtant qu'à la fin de sa moyenne section de maternelle que le retard de langage, le comportement et le développement de Zoé commencent à inquiéter. Elle est alors orientée vers un CMP¹¹ en novembre 2014.

Au cours de ses premiers entretiens au CMP, Zoé est apparue comme une enfant calme, au regard « adhésif » avec des mimiques parfois inadaptées, des affects émoussés et un contact indifférencié. Son discours était marqué par une absence de réponse ou des réponses à côté, des persévérations verbales et quelques écholalies. Elle présentait également quelques bizarreries du comportement probablement sous-tendues par des angoisses de morcellement. Par moment, Zoé était malgré tout capable d'être plus ancrée dans la réalité avec un langage adapté. Tous ces éléments ont permis au CMP de poser le diagnostic d'une psychose infantile. Sentant que Mme B. était très anxieuse vis-à-vis du handicap de sa fille, le pédopsychiatre du CMP n'a pas annoncé ce terme à la famille mais celui de dysharmonie évolutive. Un suivi hebdomadaire en psychomotricité en présence de Mme B. est alors mis en place.

En février 2016, et à la suite de son maintien en grande section de maternelle, il est apparu qu'une scolarité ordinaire restait compliquée pour Zoé. Ainsi, les parents, soutenus par le CMP, ont fait une demande pour que leur fille intègre un

¹¹ Centre Médico-Psychologique

IME. Zoé a été admise à l'IME à mi-temps à la suite d'un stage de deux semaines en septembre 2016.

Au niveau de son fonctionnement psychomoteur, Zoé présente une hypotonie qui limite ses expériences corporelles. Elle n'investit pas le bas de son corps et semble présenter un clivage haut/bas et droite/gauche. Cela implique des difficultés à se construire une perception unifiée de son corps repérable dans la pauvreté de l'intégration de son schéma corporel. Zoé présente également des difficultés à se différencier des autres et à devenir sujet. Cependant, elle semble parvenir à se rassembler lorsqu'elle partage des temps de comptines. Son regard devient plus présent et ses mimiques corporelles sont cohérentes avec les paroles de la comptine.

L'indication pour cette dyade a avant toute chose été faite en lien avec les troubles de Zoé. Mme B. montre des difficultés à comprendre les besoins particuliers de sa fille et à s'y ajuster. L'idée est donc de soutenir Zoé dans son processus de subjectivation tout en soutenant Mme B. dans sa relation à sa fille.

2. Première rencontre avec Mme B.

Ma première rencontre avec Mme B. s'est déroulée au cours de l'entretien de présentation du groupe. À sa manière de poser des questions aux autres mères et à sa manière d'interroger sa potentielle place dans le groupe, Mme B. m'a tout de suite paru très demandeuse de comprendre les troubles de sa fille. Très rapidement, elle montre son intérêt pour le dispositif en demandant à ce qu'il commence le plus vite possible. Cet empressement à vouloir commencer m'est apparu comme un premier signe d'une anxiété très importante. Par ailleurs, sa posture ne trompait pas non plus. Bien qu'elle soit assez ouverte aux autres, j'ai pu observer au cours de cet entretien un état de tension très important chez cette maman. En effet, ses bras et ses jambes étaient croisés fermement dans une tentative de réassurance, ses épaules étaient tendues et sa mâchoire est restée serrée jusqu'au moment où nous avons convenu de démarrer la semaine suivante.

Une semaine après, à notre arrivée à la piscine, j'ai senti que Mme B. était très nerveuse. Elle a immédiatement interrogé le cadre du groupe : « À quelle heure pouvons-nous rentrer dans les vestiaires ? Combien de temps passerons-nous

dans l'eau ? Est-ce que notre abonnement à la piscine est annuel ? ». Maintenant que le groupe se concrétisait, toutes ces questions résonnaient en moi comme un besoin de réassurance de la part de Mme B. : allions-nous bien la soutenir tout au long de cette année ?

3. Première rencontre avec Zoé

Ma première rencontre avec Zoé ne s'est effectuée qu'au moment de la première séance. Même si j'avais déjà croisé Zoé au sein de l'IME et entendu parler d'elle en réunion, je ne savais pas vraiment à quoi m'attendre. Ma première impression face à cette petite fille a été de me dire qu'elle semblait perdue dans ses pensées. Lorsque je lui ai dit bonjour, elle m'a répondu de manière écholalique et ne regardait pas vraiment ce qu'il se passait autour d'elle. C'était comme si elle était complètement imperméable à l'agitation ambiante. Cependant, lorsque je me suis approchée d'elle, elle m'a surpris à prendre ma main et à ne plus la lâcher, comme si elle s'y agrippait. Contrairement à ce que j'avais pu imaginer en la voyant, Zoé me faisait comprendre par ce contact qu'elle était envahie par l'agitation ambiante et qu'elle avait besoin de moi pour tenir. Cependant, j'ai ressenti dans ce contact inattendu une forme d'intrusion car en s'accrochant à moi, cette petite fille, que je ne connaissais pas encore, me dévoilait déjà son besoin de l'autre pour survivre.

4. Contenu de la première séance à la piscine

Dans les vestiaires, je remarque que Zoé est très passive et que sa mère doit déployer beaucoup d'énergie pour réussir à l'habiller. En attendant que Mme B. se mette également en maillot de bain, Zoé patiente calmement et me donne de nouveau cette impression d'être totalement hermétique à son environnement. Enfin, lorsque nous nous dirigeons vers les bassins, elle suit tranquillement la marche, imperturbable. À ce moment-là, cette sagesse apparente me déroute beaucoup. Zoé me donne l'impression d'avoir pris l'habitude de subir son quotidien.

À partir du moment où nous entrons dans l'eau, je découvre une nouvelle Mme B. Très à l'aise dans l'eau, elle se montre volontaire pour créer du jeu au sein du groupe. De son côté, Zoé, toujours dans ses pensées, déambule dans le bassin

comme si elle se perdait dans l'eau. Mme B. me donne rapidement l'impression de ne pas supporter que sa fille ne se joigne pas au reste du groupe. Elle tente, tant bien que mal, de la forcer à rester avec les autres en la portant jusqu'au cercle que nous avons formé. Après de nombreuses tentatives infructueuses, nous finissons par expliquer à Mme B. que Zoé n'est pas encore en capacité de jouer avec les autres enfants. Nous insistons particulièrement sur le fait que ce n'était que la première séance et qu'il fallait aussi laisser le temps à Zoé de découvrir la piscine et les différents membres du groupe. Cela semble apaiser pendant un temps Mme B. qui finalement, se laisse aller et profite du reste de la séance pour discuter avec les autres mères.

L'approche de la fin de séance a de nouveau éveillé l'angoisse de Mme B. qui interroge une fois encore le cadre temporel du groupe. De son côté, Zoé a du mal à sortir de l'eau. Dès que nous nous approchons d'elle, elle part dans la direction opposée. Cependant, à partir du moment où j'ai réussi à la prendre dans mes bras pour lui expliquer que la séance était terminée et que nous reviendrons la semaine d'après, j'ai pu l'accompagner vers la sortie sans problème. Dans les douches, nous remarquons toutes que Zoé reste très passive et que Mme B. la savonne de manière très tonique. Je pense qu'il s'agit là d'une stratégie mise en place par Mme B. pour que sa fille tienne en place pendant les soins du quotidien. Enfin, pour que sa fille ne pleure pas dans les vestiaires en attendant qu'elle finisse de s'habiller, Mme B. donne à Zoé de quoi manger. Cela me fait immédiatement penser à ces bébés à qui on donne une tétine pour qu'il ne pleure pas.

Je retiens plusieurs choses de cette première séance. Le comportement de Mme B. nous montre déjà qu'elle souffre beaucoup des troubles de sa fille. Elle semble en difficulté pour interagir avec elle, même si elle a mis en place des stratégies pour les tâches de la vie quotidienne. De son côté, Zoé nous montre l'étendue de ses difficultés. Elle entre difficilement en relation avec les autres et réagit très peu aux différentes interpellations que nous lui proposons. Sa manière d'être en relation avec son environnement me renvoie à quelque chose de très archaïque. Enfin, la prévalence toujours active de la zone orale comme lieu d'apaisement pour Zoé indique également un fonctionnement très archaïque.

II. L'annonce du handicap

La première chose qui m'a touchée chez Mme B. a été son besoin actif de comprendre les troubles de sa fille. Son incompréhension est d'autant plus grande que les troubles de sa fille ont été repérés récemment. Pour elle, sa fille n'est pas handicapée. Cela reviendrait à admettre une chose inconcevable : sa fille ne sera jamais *normale*. De plus, Mme B. le dit très bien, ce terme est beaucoup trop lourd de sens dans la société actuelle. Il me paraît donc important de revenir sur l'histoire du terme handicap qui, rappelons-le, ne possédait pas la même signification à sa naissance.

1. Définitions et historique du handicap

Si le handicap tel que nous le concevons aujourd'hui a toujours existé, le terme handicap n'est, quant à lui, utilisé en France que depuis les années 1960. En réalité, ce terme provient d'un jeu anglo-saxon du XIV^{ème} siècle dénommé le *New Fair*. Ce jeu aux règles incompréhensibles reposait sur la mise en jeu par deux joueurs d'objets personnels dont la valeur était proposée par un arbitre. L'arbitre déposait ensuite dans un chapeau une représentation des objets mis en jeu afin que les concurrents puissent mettre leur main dedans (*hand in cap*) et en tirer l'une des représentations. En fonction de ce que le joueur tirait dans le chapeau, chaque protagoniste de la partie en cours (les deux joueurs et l'arbitre) pouvait se retrouver victorieux. En l'état, nous pouvons nous demander comment nous sommes passés de ce jeu à la notion de handicap que nous connaissons actuellement.

Pour comprendre l'évolution du *New Fair* vers la notion de handicap, il faut s'intéresser au mécanisme du *hand in cap*. Celui-ci s'appliquera deux siècles plus tard à la vente puis aux courses de chevaux. Il s'agissait alors « d'égaliser les chances des concurrents en imposant aux meilleurs de porter un poids plus grand ou de parcourir une distance plus longue »¹². Ainsi, si l'on se réfère simplement à son origine, le handicap ne constitue pas une *anormalité* ou une différence mais plutôt un moyen de compenser les écarts qu'il peut y avoir entre deux individus.

¹² KORF-SAUSSE, 1996, p86.

Un glissement s'est malgré tout opéré depuis les courses de chevaux. Il ne s'agit plus de désavantager les concurrents de « qualité supérieure » mais « d'insérer les exclus et d'intégrer les handicapés »¹³. Ce constat est d'autant plus paradoxal au vu de la définition du handicap de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Selon elle, « le handicap n'est pas simplement un problème de santé. Il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit »¹⁴. Le handicap serait-il donc une notion sociétale ? Peut-on imaginer qu'au-delà des restrictions physiques, psychiques ou sensorielles, le handicap soit devenu, avec le temps, une conséquence d'un manque d'adaptation de la société aux personnes en situation de handicap ? Il semblerait que oui.

2. Classifications du handicap

Je m'intéresserai ici aux deux classifications du handicap proposé par l'OMS. Celles-ci prennent en compte différents modèles du handicap s'opposant les uns aux autres. La première propose un modèle individuel et biomédical du handicap alors que la seconde propose un modèle social. Pourtant, abordés de manière complémentaire, ces deux classifications apportent toutes deux des éléments de compréhension et une vue d'ensemble de ce qui constitue le handicap aujourd'hui.

En 1980, l'OMS publie sa première Classification Internationale du Handicap (CIH-1). Élaborée par Philippe Wood, elle dépeint une représentation du handicap prenant en compte pour la première fois l'influence de l'environnement. Sa spécificité réside dans l'évaluation des différentes conséquences de la maladie. Pour cela, elle distingue trois dimensions :

- La déficience : altération d'une structure ou d'une fonction physiologique, psychologique ou anatomique. Il s'agit de « *l'aspect lésionnel du handicap* ».
- L'incapacité : réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité. Il s'agit de « *l'aspect fonctionnel du handicap* ».

¹³ *ibid.*

¹⁴ <http://www.who.int/topics/disabilities/fr/>

- Le désavantage : conséquence du handicap sur les conditions d'insertion sociale, scolaire ou professionnelle. Il s'agit de « *l'aspect situationnel du handicap* »¹⁵.

Bien que ces trois dimensions offrent un point de vue plus ouvert sur le handicap, la personne est systématiquement présentée comme porteuse de handicap. Ici, le handicap n'est autre que « la conséquence directe et inéluctable des caractéristiques de l'individu »¹⁶. Cette classification ne prend donc pas en compte le modèle social considérant que « le handicap est la résultante de la confrontation d'un être humain avec ses capacités, et de son environnement avec ses exigences »¹⁷.

Pour pallier cela, l'OMS soumet en 2001 une nouvelle version de sa Classification Internationale du Handicap (CIH-2). Elle propose une approche de la question du handicap dans une dynamique biopsychosociale comprenant deux parties. La première partie nommée « fonctionnement et handicap », regroupe deux composantes :

- Fonctions organiques et structures anatomiques.
- Activités et participation.

Cette partie considère que les déficiences correspondent à l'affaiblissement ou à la perte d'une fonction organique ou d'une structure anatomique. Les déficiences seront ainsi à l'origine d'une limitation dans les activités et d'une restriction de participation. Cela implique que la personne peut rencontrer des difficultés pour exécuter une tâche ou pour s'inscrire dans une situation de la vie quotidienne.

La seconde partie nommée « facteurs contextuels », regroupe également deux composantes :

- Facteurs environnementaux
- Facteurs personnels

On considère dans cette partie que les facteurs environnementaux peuvent avoir une influence positive ou négative sur les performances de la personne et sur son intégration dans la société. Les facteurs personnels représentent quant à eux le

¹⁵ CHABROL, 2006, p.17.

¹⁶ *ibid*

¹⁷ *ibid*

cadre de vie de la personne. Ces derniers peuvent également avoir une influence sur l'évolution du handicap.

Ces deux classifications montrent bien que le handicap est un phénomène beaucoup plus complexe que la simple déficience. Bien qu'une déficience puisse avoir des conséquences sur la capacité d'une personne à entrer en relation avec son environnement, la CIH-2 démontre que l'environnement peut effectivement devenir un facteur handicapant.

3. Le traumatisme de l'annonce du handicap

Les éléments présentés précédemment nous offrent un premier moyen de comprendre le désarroi que peuvent éprouver les parents au moment de l'annonce du handicap de leur enfant. Au sein de la société dans laquelle nous vivons, leur enfant ne sera pas simplement différent des autres. Il devra subir en permanence les conséquences de l'inadaptation de l'environnement dans lequel il vit. Or, les parents devront porter ce fardeau avec leur enfant, tout au long de sa vie. Bien entendu, ce constat reste réducteur et ne représente pas l'intégralité de la complexité de ce qui se joue au moment de l'annonce du handicap. Je tâcherai donc de présenter ici les mouvements psychiques que soulève l'annonce du handicap chez le parent.

Simone Korff-Sausse (1996) le dit dès la première ligne de son livre *Le miroir brisé* : « le handicap choque »¹⁸. L'annonce du handicap renvoie à quelque chose d'inconcevable psychologiquement. Le handicap est pour les autres et pourtant, il s'insinue sans prévenir au cœur des familles. L'annonce du handicap sidère et laisse le parent sans voix complètement démuni face à cette information : « Votre enfant est handicapé ». Mais qu'est ce qui est à l'origine de cette réaction ?

Le handicap renvoie aux limites de l'être humain. Simone Korff-Sausse explique que « l'enfant handicapé fait peur, car son étrangeté révèle, comme dans un miroir brisé, notre propre étrangeté, que nous voulons ignorer »¹⁹. Cela fait référence à la théorie de l'inquiétante étrangeté de Sigmund Freud (1919/1933). Il s'agit d'une angoisse très particulière, d'une frayeur qui se « rattache aux choses connues

¹⁸ KORFF-SAUSSE, 1996, p.7.

¹⁹ *ibid*, p.8.

depuis longtemps et de tout temps familières »²⁰. Dans le cas de l'annonce du handicap d'un enfant, plusieurs images se confrontent : images de l'enfance heureuse et parfaite où le parent se remémore sa propre enfance et s' imagine celle de son enfant venant de naître et images d'anormalité, de bestialité ou de monstruosité suscitées par le handicap. Le souvenir familial de l'enfance des parents est alors terni par l'avenir incertain de leur enfant.

L'annonce du handicap d'un enfant est profondément angoissante. Comme mentionné plus haut, les parents se retrouvent confrontés à un avenir incertain où le pronostic donné par le médecin résonne souvent comme une fatalité. Qu'ils soient moteurs, sensoriels ou psychiques, d'origine génétique, neurologique ou métabolique, tous les handicaps ont un point commun : ils touchent l'enfant dans son intégrité somato-psychique. Au moment de l'annonce du handicap, il est très difficile de savoir à quel point l'enfant sera entravé dans son corps, son développement, son intelligence, sa manière d'entrer en relation avec son environnement voire même sa capacité à devenir autonome en grandissant. Cela est particulièrement vrai pour tous les enfants pris en charge en IME.

4. La temporalité de l'annonce du handicap

Les éléments présentés précédemment concernent le choc traumatique de l'annonce d'un handicap découvert après la naissance. Cependant, avec les progrès de la médecine, il arrive qu'un handicap soit détecté avant la naissance. Dans ce cas, l'annonce du handicap ébranlera les parents de manière aussi intense que lorsque l'enfant vient de naître. Pourtant, contrairement à cette seconde situation, les parents se retrouveront face à un choix : demander une interruption médicale de grossesse ou garder l'enfant. Si de nombreux parents choisissent la première option, ceux qui choisiront la seconde pourront se préparer à l'arrivée de leur enfant malgré son handicap.

À l'inverse des parents apprenant le handicap de leur enfant à la naissance, ceux qui l'apprennent durant la grossesse auront le temps d'investir psychiquement leur enfant avant sa naissance. Cette différence sera déterminante dans les

²⁰ FREUD, 1919, p.3.

premiers temps de la vie de l'enfant et dans la qualité des interactions qu'il entretiendra avec ses parents.

Le handicap peut également être découvert plus tard dans l'enfance. Cependant, les démarches diagnostiques des troubles neuro-développementaux et psychiatriques de l'enfance peuvent être très longues et éreintantes. Pris dans le rythme effréné de la période du diagnostic et des évaluations pluridisciplinaires, l'annonce peut au final, constituer un réel soulagement pour les parents. Cela ne retire en rien la souffrance qu'ils peuvent éprouver dans la découverte des différences de leur enfant mais enfin, un mot est posé pour confirmer le handicap. À ce sujet, Henri-Jacques Stiker (1997) dit d'ailleurs que : « Nommer n'est pas nécessairement figer, et il est bon de savoir ce que l'on a. C'est une quête très fréquente et sans doute salutaire également »²¹.

« Non, ma fille n'est pas handicapée ». Je me souviendrai toujours de ces paroles prononcées par Mme B. alors que nous discutons à l'IME après quelques mois de travail à la piscine. Celle-ci rejette ce terme car il n'y aucune étiologie connue aux troubles de sa fille. Par ailleurs, Zoé présente un visage très harmonieux ne laissant rien présager de ces troubles. Mme B. nous explique que cela rend le poids du regard de l'autre encore plus difficile à supporter.

Plus tard, elle nous raconte son incompréhension face au diagnostic de sa fille : « Qu'est-ce que ça veut dire dysharmonie évolutive ? Qu'un jour ma fille sera normale ? Non, vraiment je ne comprends pas ». Même si elle admet qu'elle commence à percevoir l'étendue des troubles de sa fille, elle ne peut se détacher de cette incompréhension : « Avant je ne voyais pas, maintenant je vois bien qu'elle n'est pas normale ma fille. Des fois, je me dis qu'elle est folle, que ça ne va pas dans sa tête, sauf que je ne sais pas ce qu'il se passe dans sa tête ». Cela montre bien l'importance d'un travail autour de la compréhension du diagnostic. Bien que le pédopsychiatre de Zoé aborde toujours cette question avec Mme B., celle-ci ne semble pas encore être en capacité

²¹ STIKER, 1997, p.5.

d'entendre ce qu'il a à lui dire. Elle me donne l'impression d'être encore dans l'attente d'un mot qui viendra tout expliquer.

Enfin, s'ajoute à tout cela les craintes pour l'avenir de Zoé, majorées par l'apparition de signes pubertaires précoces : « Qu'est-ce qu'elle deviendra quand je ne serais plus là ? Je suis la seule à savoir m'occuper d'elle, qui s'occupera d'elle à ce moment-là ? ».

Ici, la souffrance et l'incompréhension exprimée par Mme B. face aux difficultés de sa fille semblent bien illustrer ce que peuvent éprouver des parents au moment de l'annonce du handicap de leur enfant. Ces questionnements introduisent également la problématique du travail de deuil de l'enfant imaginé que je présenterai maintenant.

III. Le deuil de l'enfant imaginé

Pendant la grossesse, les parents s'imaginent leur enfant en fonction de leurs désirs, de leurs angoisses et de leurs fantasmes. De manière générale, tout parent doit s'adapter et accepter après la naissance la réalité de son enfant qui est différente de celle qu'il a imaginé. Dans le cas d'un enfant handicapé, une fois le choc de l'annonce passé, les parents se trouveront confrontés à une phase de deuil. Mais, qu'est-ce que le deuil et peut-on réellement parler de deuil dans ce type de situation ?

1. Définition

Le Larousse définit le deuil comme un « processus psychique par lequel une personne parvient progressivement à se détacher d'un être cher qui est mort »²². Cette définition est intéressante dans le sens où elle parle du processus psychique qu'implique un deuil. Au moment de l'annonce du handicap, les parents devront effectivement se détacher de l'enfant qu'ils avaient imaginé. Cependant, contrairement à ce qu'implique la définition donnée par le Larousse en parlant de la

²² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/deuil/24893>

mort d'un être cher, l'enfant handicapé est bel et bien vivant. Cette simple définition met donc en évidence tout le paradoxe du deuil auquel se retrouvent confrontés ces parents : comment faire le deuil d'une personne qui n'a pas réellement été perdue ?

2. Le travail de deuil

Simone Korff-Sausse (1996) et Charles Gardou (1996) parlent tous deux de deuil impossible. Celui-ci est impossible dans le sens où renoncer à l'enfant imaginé implique pour les parents de renoncer à leur capacité de concevoir un enfant en bonne santé. Pourtant, le cheminement psychique suivant le choc de l'annonce du handicap s'apparente bien au travail du deuil et suit les mêmes étapes : sidération, intense douleur psychique et phase de réaménagement. Comme expliqué précédemment, la phase de sidération est inhérente à l'annonce du handicap. Au cours de cette phase « se mêle une impression d'irréalité, de chaos, d'hébétéude et de paralysie »²³.

À la suite de la phase de sidération apparaîtra la phase d'intense douleur psychique. Cette phase particulièrement durable se caractérise par un état dépressif. Ici, l'anéantissement et le sentiment d'impuissance se conjugueront avec le ressentiment vis-à-vis d'autrui. L'annonce du handicap touchera également les parents en plein cœur de leur identité et bouleversera profondément leur estime d'eux-mêmes. Un sentiment de honte les mènera à désinvestir petit à petit leurs activités antérieures jusqu'à l'isolement social. Enfin, s'ajoutera à cela un sentiment de culpabilité très important. Constamment rappelés à l'absence de l'enfant imaginaire par les difficultés de l'enfant réel, rares sont les parents qui n'ont pas été effleurés par l'idée qu'il aurait peut-être mieux valu que leur enfant soit mort : « la fin devient espoir de repos, la mort libération »²⁴.

Si cette phase de douleur psychique intense peut parfois être interminable, elle est généralement suivie d'une phase de réaménagement. A ce moment-là, les parents apprennent à apprivoiser la douleur. Même si elle est toujours présente, ils parviennent petit à petit à ne plus regarder leur enfant au travers du filtre de l'enfant qu'ils avaient imaginé. Pourtant, une fois parvenus à cette étape, les parents se

²³ GARDOU, 1996, p.15.

²⁴ *ibid*, p.16.

retrouveront régulièrement confrontés à de nouvelles interrogations venant mettre en péril le chemin parcouru jusque-là. Simone Korff-Sausse parle de « deuil toujours incomplet, toujours inachevé, remis sur le chantier à chaque échéance de la vie de l'enfant »²⁵.

L'enfant est généralement admis à l'IME de son enfance à son adolescence. Au cours de son admission, l'enfant va vivre de nombreux changements. Le psychomotricien devra donc contribuer, avec toute l'équipe de l'IME, à l'accompagnement et au soutien des parents dans chacun de ces changements. Parmi eux, il soutiendra le développement de l'enfant en offrant un regard nouveau sur les progrès et les compétences de ce dernier. Il accompagnera l'enfant dans la découverte de son corps changeant à l'adolescence et soutiendra ses parents face à ces changements. En effet, l'adolescence marque l'émergence de la sexualité et « confronte les parents à des images intolérables »²⁶. Enfin, le moment de l'orientation réveillera la question de l'avenir de l'adolescent et « l'angoisse de ce qu'il deviendra après eux »²⁷. Pour soutenir les parents, l'équipe rédigera un projet d'orientation tenant compte de ses compétences et de son évolution depuis son arrivée à l'IME. L'équipe accompagnera également les parents à chacune des étapes du processus de changement d'institution.

IV. Être parents d'un enfant handicapé

Maintenant que j'ai exposé l'impact que peut engendrer l'annonce d'un handicap sur le psychisme des parents, je vais m'intéresser de plus près au concept de parentalité et à ce qu'implique d'être parents d'un enfant handicapé.

1. La parentalité

Lorsque je me suis attelée à la recherche d'une définition de la parentalité dans les dictionnaires, je me suis aperçue qu'il n'y avait pas de définitions similaires. Pourtant, les différentes définitions que j'ai pu trouver se complètent assez bien. Pour Le Petit Robert, la parentalité correspond à la « qualité de parent, de père, de

²⁵ KORFF-SAUSSE, 1996, p.45.

²⁶ *ibid*, p.46.

²⁷ *ibid*.

mère »²⁸. Le Larousse la définit quant à lui comme la « fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel »²⁹. La parentalité serait donc quelque chose de plus complexe que le simple lien de parenté biologique. Elle constitue la manière dont les deux parents entreront en relation avec leur enfant mais aussi la manière dont ils l'inscriront dans la société en tenant compte « de leur mythologie familiale, de leur histoire propre, individuelle, culturelle, sociale »³⁰. Il me semble donc important de revenir maintenant sur la fonction maternelle et la fonction paternelle au sein du couple parental.

a. La fonction maternelle

La fonction maternelle découle du lien qui se crée entre la mère et le fœtus au cours du temps de gestation. Bien au chaud dans le ventre de sa mère, le fœtus ne connaît aucune rupture. Il mange et respire grâce au cordon ombilical le liant à sa mère. À ce moment-là, la mère et son fœtus ne font qu'un : « elle est le bébé et le bébé est elle »³¹. Cependant, au moment de la naissance, le nourrisson découvre un nouvel environnement à l'origine de nouvelles sensations qu'il ne peut assimiler seul. Entre alors en jeu la fonction maternelle.

Donald Winnicott (1988/1992) parle de préoccupation maternelle primaire. Il s'agit d'un état d'hypersensibilité de la mère se développant graduellement au cours de la grossesse et disparaissant quelques semaines après la naissance. La mère « fait alors preuve d'une étonnante capacité d'identification à son bébé, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux »³². Elle offre ainsi à son enfant un environnement sécurisé, parfaitement adapté à ses besoins et venant soutenir l'émergence de son Moi. Donald Winnicott distingue également trois fonctions maternelles venant soutenir le processus de maturation de l'enfant : *holding*, *handling* et *object-presenting*.

Le *holding* correspond au « portage, c'est-à-dire la manière dont l'enfant est tenu, porté par sa mère ou par l'adulte qui s'occupe de lui »³³. Cette notion regroupe

²⁸ Le Petit Robert, 2013, p. 1805.

²⁹ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parentalite/58145>

³⁰ BEN SOUSSAN, 2000, p.8.

³¹ WINNICOTT, 1988, p. 23.

³² *ibid*, p. 59.

³³ LEFEVRE, 2012, p. 32.

aussi bien le maintien physique que le maintien psychique. Le *holding* fait partie des besoins fondamentaux du tout-petit. Il jouera, au départ, un rôle de pare-excitation et d'intégration des sensations nouvelles induites par la naissance. Le *handling* correspond, quant à lui, à « la manière dont l'enfant est manié, manipulé »³⁴ dans les soins du quotidien. Ces soins sont primordiaux dans la construction psychocorporelle du bébé. En effet, au début de sa vie, le corps du bébé n'est pas relié à sa psyché. C'est par l'expérience de sa mère qui va le changer, le nourrir et prendre soin de lui au quotidien que le bébé va parvenir à intégrer les différentes sensations internes et externes (faim, digestion, cri, sensation de froid sur la peau) qui l'assaillent. Chaque réponse de la mère face aux besoins du bébé lui permettra de « réunir [progressivement] son corps et sa psyché »³⁵ et de devenir sujet. Enfin, l'*object-presenting* correspond au « mode de présentation de l'objet »³⁶. En anticipant les besoins de son bébé et en lui donnant le sein exactement au moment où il en a besoin, la mère donne au bébé « l'illusion qu'il a lui-même créé l'objet »³⁷. Plus tard, lorsque la mère ne répondra plus aussi rapidement aux besoins de son bébé, celui-ci pourra, dans l'attente, intégrer progressivement la réalité de l'objet.

Ainsi, grâce à ces trois fonctions maternelles, le tout petit fait l'expérience de la sécurité de base et du sentiment continu d'exister nécessaires à la constitution de son Moi.

b. La fonction paternelle

Les différents livres de psychologie distinguent le Père symbolique du père qui sera le papa. Le Père symbolique correspond à « tout ce qui représente la différence entre un enfant et sa mère »³⁸. Cette différence est nécessaire pour que la mère et son enfant sortent de l'état fusionnel dans lequel ils se trouvent dans les tous premiers temps de la vie du bébé. Ainsi, le Père constitue le tiers indispensable au processus d'individuation du tout-petit. Pour ce faire, « le père intervient de deux manières : d'une part, sous la forme d'une interaction *directe* avec le bébé, d'autre

³⁴ *ibid*, p.34.

³⁵ *ibid*

³⁶ FUNCK-BRENTANO, 2008, p. 78.

³⁷ PRÉVOTEAU, 2017, p. 12.

³⁸ ROBERT-OUVRAY, 2007, p. 135.

part sous forme *indirecte* au travers de la relation conjugale et du soutien qu'il offre à la mère »³⁹.

De nos jours, de nombreuses caractéristiques de l'interaction mère-nourrisson se retrouvent dans l'interaction père-nourrisson. Cependant, les auteurs s'accordent à dire que les interactions père-nourrisson ont un « caractère plus "physique", plus stimulant que l'interaction mère-nourrisson »⁴⁰. Cette différence de rythme entre le père et la mère permet au jeune bébé de distinguer ses parents. Par ailleurs, cette différence est fondamentale dans l'éveil psychomoteur de l'enfant ainsi que dans sa socialisation. En effet, le père « exerce une influence favorable sur les capacités du bébé et du jeune enfant à entrer en relation avec *le monde extérieur* et notamment des *personnes étrangères* à la famille et les autres jeunes enfants »⁴¹.

Dans son livre *L'enfant et sa famille*, Winnicott (1957/1971) décrit le rôle de soutien à la mère du père. Il va venir contenir l'état de fusion mère-bébé dans les tous premiers temps de la vie du bébé. De cette manière, la mère pourra s'occuper de son bébé sans se préoccuper de ce qui l'entoure. Plus tard, lorsque la dépendance entre la mère et son bébé diminue, le père sera présent pour rappeler à la mère qu'elle est aussi une femme. Enfin, le père va soutenir la mère dans sa fonction d'autorité. En donnant des limites à l'enfant, il sera « l'incarnation de la loi et de l'ordre » nécessaire à la formation de son Sur-Moi.

c. La parentalité : un apprentissage ?

« Les fonctions parentales sont de moins en moins considérées comme un "don" ; elles sont, au contraire, inscrites dans une perspective dynamique d'acquisition de compétences et d'une capacité à "être parent" »⁴². Françoise Dolto le disait d'ailleurs très bien : « on ne naît pas parents, on le devient ». Ainsi, la parentalité ne serait pas quelque chose d'inné ou d'instinctif impliquant des savoir-faire naturels mais plutôt quelque chose relevant d'un « processus qui se développe et implique des compétences à acquérir »⁴³. Ce constat est d'autant plus présent et

³⁹ MAZET & STOLERU, 1988, p. 114.

⁴⁰ *ibid*, p. 115.

⁴¹ *ibid*

⁴² BOISSON & VERJUS as cited in LAMBOY, 2009, p. 40.

⁴³ LAMBOY, 2009, p. 40.

important dans le cas de la parentalité avec un enfant handicapé. Je m'intéresserai donc maintenant aux différents mécanismes de défense que peuvent mettre en place les parents dans l'éducation de leur enfant handicapé.

2. La parentalité face au handicap

Comme je l'ai expliqué dans ma partie sur le deuil de l'enfant imaginé, l'apprentissage du handicap d'un enfant génère des émotions très fortes chez les parents, allant d'une grande tristesse à une extrême culpabilité. Pour faire face et pour élever malgré tout leur enfant, ils mettront en place des stratégies de défense. Maurice Ringler (1998) en définit cinq grands types : « le besoin de réparation, le besoin de surprotection, la projection sur l'autre, le déni du handicap et, enfin, le besoin d'expier la faute »⁴⁴.

Le besoin de réparation est sans doute la plus courante et la plus naturelle des stratégies retrouvées chez les parents d'enfants handicapés. Il s'agit d'un besoin irrépressible de comprendre la situation afin d'apporter les réponses et les solutions les plus adaptées aux difficultés de leur enfant. « Le désir de protéger, de soigner et d'aider fait partie intégrante de leurs pulsions de vie »⁴⁵.

Le besoin de surprotection est une autre stratégie de défense assez courante chez les parents d'enfants handicapés. Après l'annonce, l'enfant est perçu comme un petit être fragile nécessitant davantage de soins et d'amour. Pour éviter que l'enfant ne soit mis en difficulté ou en danger par l'environnement extérieur, les parents mettront en place « une sorte de bulle hermétique et imperméable aux apports, bons ou mauvais, venant de l'extérieur »⁴⁶. Ainsi portée à l'extrême, cette surprotection pourra mettre en péril les capacités d'exploration de l'enfant, indispensables au bon développement psychomoteur.

La projection sur l'autre est une stratégie de défense très archaïque. Il s'agit pour les parents d'« expulser leurs sentiments et leurs penchants agressifs de leur monde intérieur en les localisant sur des personnes de leur entourage »⁴⁷. De cette manière, le parent n'éprouve plus de déception ou de colère face au handicap de

⁴⁴ RINGLER, 1998, p. 93.

⁴⁵ *ibid*, p. 94.

⁴⁶ *ibid*, p. 94-95.

⁴⁷ *ibid*, p. 95.

son enfant puisque ces sentiments sont sans arrêt projetés sur quelqu'un d'autre. Cette stratégie de défense montre une très grande fragilité chez le parent.

Le déni du handicap est une des solutions les plus radicales pour se protéger émotionnellement des difficultés d'un enfant handicapé. Il s'agit pour les parents d'ignorer la réalité en faisant comme si elle n'existait pas. Cette attitude du déni de la réalité peut se présenter sous deux formes : une forme passive et une forme active. Dans la forme passive, la douleur de l'annonce du handicap est tellement immense que les parents ne peuvent faire autrement que « d'étouffer leurs émotions pour pouvoir survivre. Ils sont amenés à ne plus rien éprouver [...] : ni déception devant l'échec, ni fierté devant la réussite, ni intérêt, ni désespoir »⁴⁸. Cette anesthésie émotionnelle implique que les parents désinvestissent l'éducation de leur enfant. Dans ce cas de figure, le suivi de l'enfant sera très difficile et décousu. La forme active se situe, quant à elle, aux antipodes du désinvestissement affectif et de la surprotection. « Elle consiste à déployer une suractivité dans le but de prouver [...] que l'enfant est tout à fait normal »⁴⁹. Les parents vont ainsi faire tout leur possible pour que leur enfant ait la même vie que tout le monde. Il aura la même place et les mêmes responsabilités que ses frères et sœurs au domicile familial. Bien que cette attitude soit assez attirante de ce point de vue-là, elle laisse pourtant peu de place aux difficultés de l'enfant.

Les différents propos de Mme B. ainsi que sa manière d'être avec sa fille semblent indiquer qu'elle se trouverait dans une forme de déni du handicap de sa fille. Au cours d'une séance précédant les fêtes de fin d'année, Mme B. se confie auprès de la psychomotricienne sur ses angoisses vis-à-vis du comportement de sa fille. Elle s'inquiète des réactions que pourrait avoir sa famille face aux bizarreries de sa fille. D'ailleurs, elle dit que de manière générale le regard de l'autre pèse beaucoup sur elle à tel point qu'elle a mis en place des stratégies avec sa fille. En rigolant, elle explique à la psychomotricienne qu'elle a appris à sa fille à répondre à certaines questions qu'un inconnu pourrait lui poser dans la rue. Ainsi, pour se présenter sa fille dit : « Bonjour, je m'appelle Zoé et je suis en CE2 ».

⁴⁸ *ibid*, p. 97.

⁴⁹ *ibid*

Je remarque également au fil des séances que Mme B. semble avoir beaucoup de difficultés à accepter que sa fille ne joue pas forcément avec les autres enfants ni aux mêmes jeux qu'eux. Cela se traduit généralement par des tentatives de Mme B. pour intégrer Zoé de force aux activités des autres enfants alors que cette dernière joue tranquillement à autre chose. Un jour, alors que le toboggan avait été mis en route à la demande de l'IME avec qui nous partageons le bassin, Mme B. a montré une importante détermination à ce que sa fille le fasse avec elle en voyant les autres enfants le faire avec leur mère. Zoé ne semblait pourtant pas intéressée par le toboggan à ce moment-là. Mme B. souhaitait à tout prix partager ce moment avec sa fille et prendre du plaisir avec elle. Mme B. a donc pris Zoé par la main pour l'emmener jusqu'au départ du toboggan. Malheureusement pour Mme B., cette initiative qui partait d'une bonne intention, s'est terminée en une crise de larmes pour Zoé qui n'était pas prête à faire cette expérience.

Enfin, le besoin d'expier la faute est inhérent à un sentiment de culpabilité immense d'avoir mis au monde un enfant handicapé. « Ces parents semblent payer une faute personnelle en prenant sur eux les difficultés de leur petit garçon ou de leur petite fille, comme s'ils devaient se faire souffrir pour moins ressentir la culpabilité »⁵⁰. Cependant, le risque de cette attitude est de venir nourrir les difficultés de l'enfant en ne lui donnant pas vraiment la place de se développer harmonieusement.

Ces éléments sont, bien-entendu, à nuancer. S'ils nous donnent des éléments de compréhension des stratégies de défense mises en place par les parents face au handicap de leur enfant, ils ne représentent pas pour autant la complexité de la réalité de ce que vivent ces parents.

⁵⁰ *ibid*, p. 99.

V. Mes interrogations face au handicap

Les différentes réflexions que Mme B. a pu avoir tout au long de l'année face aux troubles de sa fille résonnent assez bien avec les difficultés que j'ai pu éprouver durant la rédaction de ce mémoire. C'est une réalité, au regard de la société, les enfants que j'ai pu accompagner pendant ces deux années de stages à l'IME sont handicapés. Si je commence à me familiariser avec ce constat, il m'est beaucoup plus difficile de nommer les enfants qui ne sont pas handicapés. En effet, comment parler des enfants handicapés sans parler de ceux qui ne le sont pas ? Et dans ce cas, comment les nommer ? Chaque livre que j'ai pu lire au sujet du handicap possédait sa propre façon de nommer les enfants qui ne sont pas handicapés. En voici quelques exemples : *enfant bien-portant*, *enfant normal*, *enfant tout-venant*. Chacun de ces exemples me questionne d'autant plus : Est-ce que l'enfant handicapé est forcément mal-portant ? Anormal ? Si oui, qu'est-ce que la normalité ? Quant à l'*enfant tout-venant*, cette dénomination me révolte tout simplement.

Malgré toutes ces questions auxquelles je ne trouve pas forcément de réponse, il me faut trouver pour la suite de ce mémoire un moyen de nommer ces enfants. Cependant chacune des dénominations que j'ai pu évoquer précédemment semble stigmatiser encore un peu plus l'enfant handicapé. Je choisis donc de continuer à les nommer par la négative en privilégiant l'appellation *enfant non-handicapé* ou *enfant non-déficient*.

VI. Accompagnement proposé à Zoé et Mme B.

Les éléments théorico-cliniques que j'ai présentés jusque-là indiquent tous une chose : le handicap d'un enfant vient bouleverser profondément les interactions avec ses parents. J'ai pu observer ce bouleversement tout au long des séances avec Zoé et Mme B. Dans le cas de cette dyade, les difficultés relationnelles se traduisent par des difficultés d'accordage entre Zoé et Mme B. Celles-ci se retrouvent à deux niveaux : tonique et relationnel. Ainsi, l'accompagnement que nous proposons à cette dyade tourne autour de cette question : comment amener Zoé et Mme B. à s'accorder et à trouver un rythme relationnel commun ?

1. Le dialogue tonique dans la relation de Zoé et Mme B.

Défini par Julian de Ajuriaguerra (1962), le dialogue tonique ou dialogue tonico-émotionnel correspond à la première forme de communication, « prélude du dialogue verbal ultérieur »⁵¹, entre la mère et son enfant. D'après Marie-Sophie Bachollet et Daniel Marcelli (2010), « le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge »⁵². Il s'agit ainsi de l'ensemble des ajustements toniques et émotionnels présents dans la relation. Or, ces ajustements nécessitent une réciprocité dans l'échange rendant l'enfant tout autant acteur de ce dialogue que la mère.

Dans le cas de Zoé et Mme B., ces ajustements sont perturbés par l'importance des troubles de Zoé. Comme j'ai pu le dire au cours de ma présentation de la dyade, Zoé présente des troubles relationnels assez importants. Par ailleurs, j'ai pu observer au fil des séances qu'à cela s'ajoute des troubles de la régulation tonique ainsi qu'une potentielle hyposensibilité.

Je remarque cela au cours d'une séance au mois de janvier. Alors que j'essaye avec elle une expérience vécue la semaine d'avant au cours de la formation *Vivre L'eau*, je parviens pour la première fois à entrer en relation avec Zoé. Au cours de cette séance, je m'approche régulièrement d'elle en faisant différents sons sous l'eau et en variant leur intensité. Cependant, la majorité de ces sons ne la font même pas réagir. Ce n'est qu'au moment où je lui propose un son fort et grave que je réussis à attirer son attention. Elle me regarde alors avec de grands yeux avides m'invitant à recommencer. Or, pour l'avoir vécu, ce type de son procure des sensations très intenses au niveau des viscères. Cela me laisse donc penser que, pour qu'elle puisse percevoir et intégrer une sensation, il faut que celle-ci soit de forte intensité.

Après un temps de familiarisation avec cette sensation, nous entrons dans un jeu jubilatoire où Zoé me maintient sous l'eau le plus près possible de son ventre. Au fur et à mesure que son excitation et sa jubilation augmentent, je sens sa tonicité

⁵¹ AJURIAGUERRA & ANGELERGUES, 1962, p. 193

⁵² BACHOLLET & MARCELLI, 2010, p. 14.

s'élever. Incapable de s'autoréguler, Zoé me donne le sentiment d'être complètement débordée par la sensation. Au bout de quelques minutes, il m'est de plus en plus difficile de sortir la tête de l'eau pour respirer. À ce moment-là, je tente de reprendre le contrôle pour contenir le plus possible son débordement. Pour cela, je diminue petit à petit l'intensité du son que je propose à Zoé jusqu'à ce qu'elle s'apaise.

Cet exemple montre bien que, même dans les moments où nous parvenons à entrer en relation avec Zoé, il reste très difficile de s'accorder à elle. Mme B. a donc dû trouver et mettre en place des stratégies pour pouvoir s'accorder dans une certaine mesure à sa fille. En effet, Mme B. semble pallier les troubles de la régulation tonique de sa fille par une tonicité élevée. Cela s'observe dans les quelques temps de portage à la piscine mais aussi pendant les temps de douche et d'habillage au cours desquels Zoé est souvent manipulée avec *force*.

2. La rencontre dans le jeu

Les difficultés d'accordage tonique dont j'ai parlé précédemment se répercutent de manière générale sur la qualité des interactions entre Zoé et Mme B. Ces répercussions s'observent dans les difficultés de Mme B. à jouer avec sa fille. Dans l'une de mes vignettes cliniques, je racontais que Mme B. supporte difficilement que sa fille ne soit pas capable de jouer avec les autres enfants ni aux mêmes jeux. Tout au long de l'année, il a donc fallu accompagner Mme B. dans l'acceptation des besoins et des différences de sa fille. Soutenu de près par la psychologue et par la psychomotricienne, cet accompagnement de Mme B. nous a permis de laisser Zoé faire ses propres expériences. En effet, après les premières séances à la piscine, nous avons remarqué que Zoé explorait très activement son environnement : elle transvase beaucoup, joue régulièrement à entrer et sortir de l'eau et montre un intérêt pour les rebords du bassin. Tous ces éléments indiquent qu'elle est actuellement en train de construire l'espace qui l'entoure ainsi que ses propres limites corporelles.

Au vu des difficultés relationnelles de Zoé, il nous a paru important de la laisser faire une majorité de ses expériences seule. En apprenant à se connaître et en découvrant activement son environnement seule, Zoé pourra, plus tard, être plus

disponible à la relation. L'accompagnement de cette dyade reposera donc en grande partie autour de l'explication des besoins de Zoé à Mme B. Pour cela, il est primordial de lui rappeler régulièrement que sa fille se trouve actuellement dans une phase de son développement qui nécessite qu'on lui laisse la liberté de faire ses propres expériences. La psychomotricienne lui explique également que sa fille a besoin de répétition pour intégrer ses différentes explorations. Cela implique que pendant un certain temps les troubles de Zoé pourront paraître plus bruyants puisque Zoé passe d'un investissement passif de son environnement à un investissement beaucoup plus actif. Il faudra donc soutenir de très près Mme B. au cours de cette période qui pourra générer en elle anxiété et incompréhension.

Grâce à cet accompagnement, nous avons pu observer quelques moments où Zoé et Mme B. ont réussi à s'accorder autour d'un jeu. Le plus marquant d'entre eux s'est déroulé au cours d'une séance au mois de novembre alors que Zoé et Mme B. étaient les seules présentes à la piscine. Comme nous étions trois thérapeutes pour une seule dyade, nous avons choisi de laisser plus d'espace à Mme B. et à Zoé pour qu'elles puissent profiter de ce moment privilégié. Petit à petit, nous observons Mme B. entrer dans l'un des jeux de transvasement de sa fille. Pendant un certain temps, elle fait exactement la même chose que Zoé en nommant ses différentes actions. Puis, en introduisant peu à peu des déplacements, des moments de portages et du nouveau matériel, Mme B. a su faire évoluer ce simple jeu de transvasement tout en respectant le rythme et les besoins de sa fille. Il s'est alors installé un véritable moment de partage et de tendresse suspendu dans le temps entre Zoé et sa mère.

3. Mise en perspective

Les moments de partage entre Zoé et Mme B., comme celui dont je viens de parler, se mettent difficilement en place. Ils nécessitent un accompagnement et une implication quasi-constante des thérapeutes. Or, dans le cadre d'un groupe comme celui-ci, nous ne pouvons offrir ce type d'accompagnement. Le temps sera donc notre meilleur allié face à cette dyade. Il faudra prendre le temps de tâtonner, d'essayer, d'échouer parfois et surtout de bien expliquer les choses à Mme B. pour espérer parvenir à un accordage durable et généralisé.

Je note également que Mme B. pourrait se sentir envahie par cet accompagnement. Tantôt très à l'écoute et tantôt assez froide, elle peut parfois donner l'impression de mal vivre sa place différente de celles des autres mères au sein du groupe. Différente parce que Mme B. est certainement la mère la plus accompagnée du groupe. En effet, ressentant sa fragilité, il est arrivé quelque fois que ce soit les thérapeutes qui amènent la discussion avec elle sans que celle-ci n'en ait montré le besoin.

Enfin, il est important de prendre en compte l'importance des troubles de Zoé dans cet accompagnement. J'ai éprouvé tout au long de l'année de grandes difficultés à créer un lien avec elle. Sa manière d'entrer en relation sur un mode On/Off indifférencié me déroute toujours autant. Ainsi, pour toutes ces raisons, j'interviens peu auprès de Zoé et Mme B. sentant que la situation est beaucoup trop lourde pour moi.

CHAPITRE 3 : L'ÉPANOUISSEMENT DE L'ENFANT HANDICAPÉ

I. Étude de cas : Anna et Mme S.

1. Anamnèse d'Anna

Anna est née le 17 décembre 2008, elle a donc 8 ans lorsque je la rencontre. Elle est le dernier enfant d'une fratrie de trois enfants (un grand frère et une grande sœur). D'origine Kosovare, ses parents ont décidé de fuir le Kosovo pour venir vivre en France après la naissance de son frère aîné il y a 16 ans.

Anna est née au terme d'une grossesse qui s'est bien déroulée. Les différentes échographies ne présentaient aucune anomalie hormis un orteil supplémentaire au pied gauche. Cet orteil a été retiré chirurgicalement lorsqu'Anna avait 6 mois. En parallèle, le médecin de la PMI a remarqué qu'Anna ne possédait pas d'iris. Il a donc demandé à ce qu'un bilan organique soit fait. C'est à ce moment-là que le Syndrome de WAGR a été détecté. Il s'agit d'une pathologie d'origine génétique très rare dont les quatre lettres représentent les principaux symptômes qui le caractérisent :

- Tumeur de Wilms ou Néphroblastome : tumeur maligne au niveau du rein très fréquente chez l'enfant.
- Aniridie ou absence d'iris pouvant s'associer à une cataracte et/ou un glaucome.
- Malformations Uro-Génitales.
- Retard mental (modéré à sévère) se manifestant par un trouble envahissant du développement ainsi qu'une hyperactivité.

Une fois ce syndrome diagnostiqué, Anna a immédiatement été prise en charge dans un service d'oncopédiatrie. Elle a commencé la chimiothérapie pour diminuer la taille de sa tumeur en septembre 2009. Elle n'avait alors que neuf mois. La chimiothérapie n'ayant pas eu l'effet escompté, Anna a dû subir une ablation de son

rein gauche en janvier 2010. Le traitement chimiothérapique et la radiothérapie se sont poursuivis jusqu'en 2011.

Ces hospitalisations à répétition n'ont pas été sans conséquences sur le développement psychomoteur d'Anna. Elle n'a marché qu'à 24 mois et a également présenté un retard de langage. En effet, au cours de ses diverses hospitalisations, Anna s'est beaucoup réfugiée sur sa tablette avec laquelle elle regardait des vidéos. Ce qu'elle entendait et voyait lui a permis d'apprendre quelques mots, mais son langage était machinal et non communicant. Ces troubles du langage ont constitué la première demande de prise en charge des parents. Anna a ainsi été admise au sein d'un SESSAD⁵³ en 2014. Le SESSAD s'est alors aperçu qu'il était primordial de proposer un travail relationnel à Anna afin de l'aider à mettre en place un vrai langage communicant. Elle a ainsi pu bénéficier de suivis en psychomotricité mais aussi en psychologie, en orthophonie et en orthoptie.

Malgré ses nombreux progrès, il est apparu que le milieu scolaire ordinaire n'était pas adapté aux difficultés d'Anna. Les parents, soutenus par le SESSAD, ont ainsi formulé une demande d'admission en IME. Anna a intégré l'établissement à la suite d'un stage de deux semaines en octobre 2015.

Au niveau de son fonctionnement psychomoteur, Anna présente une hypertonie ainsi qu'une hypersensibilité tactile. Elle vit très mal le contact corporel si elle n'en est pas l'instigatrice et peut présenter des mouvements de fuite par rapport à celui-ci. Sa motricité manque de fluidité, elle se déplace toujours à vive allure et d'un bloc. Par ailleurs, elle présente des difficultés à trouver des appuis dos. Cela, couplé à sa déficience visuelle et ses difficultés motrices, entraîne une inclinaison du buste vers l'avant pouvant faire chuter Anna.

Le groupe a été proposé à Mme S. et à Anna parce que l'éducatrice spécialisée du groupe dans lequel se trouve Anna a remarqué dans le discours de Mme S. une différence entre le comportement d'Anna à l'IME et à la maison. À l'IME, celle-ci est assez autonome en ce qui concerne les tâches quotidiennes. Elle est capable de se changer et de prendre sa douche seule lorsqu'elle est à la piscine. Pourtant, la mère raconte qu'à la maison Anna est très dépendante d'elle pour toutes les tâches

⁵³ Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

du quotidien. Elle raconte également qu'Anna est très collée à elle et que dès qu'elle s'éloigne, Anna angoisse.

2. Première rencontre avec Mme S.

Au cours de l'entretien de présentation du groupe avec les mères, Mme S. m'apparaît comme une femme assez discrète. Très attentive à tout ce qui se dit, elle intervient peu mais toujours de manière pertinente. Elle semble avoir une assez bonne conscience des difficultés qu'elle peut avoir avec sa fille. Elle exprime avoir toujours peur pour Anna : peur qu'elle se cogne quelque part parce qu'elle n'aurait pas vu un obstacle, peur qu'elle tombe parce qu'elle bouge beaucoup et peur qu'elle se fasse mal par la même occasion. Cette hypervigilance constante semble d'ailleurs la fatiguer : ses traits sont tirés et sa posture est en enroulement.

Lorsque nous demandons si l'idée du groupe l'intéresse, elle nous explique qu'elle n'est pas forcément très à l'aise avec l'eau. Elle semble malgré tout contente de pouvoir participer à ce groupe car il lui permettra de passer plus de temps avec Anna mais aussi de se familiariser avec l'eau. En rigolant, elle nous raconte qu'en vacances elle ne peut jamais se baigner et profiter de l'eau avec son mari et ses enfants car elle en a peur. À ce moment-là, elle se projette déjà aux prochaines vacances d'été où elle pourra impressionner toute sa famille en allant se baigner avec eux.

À notre arrivée à la piscine la semaine suivante, Mme S. discute tranquillement avec les autres mères du groupe. Elle semble assez contente de nous retrouver et de démarrer le groupe. En voyant arriver les enfants du club de natation à l'accueil, elle interroge le cadre en me demandant s'il n'y aura pas trop de monde avec nous dans la piscine. Je lui explique alors qu'il y a deux bassins au sein de cette piscine et que, *a priori*, le bassin ludique n'est, pour le moment, occupé que par nous. Au cours de ce temps d'attente avant d'entrer dans les vestiaires, j'observe que Mme S. ne quitte jamais Anna des yeux. Bien que cela soit un signe de son hypervigilance face à sa fille, je remarque que le regard que pose Mme S. sur sa fille est assez doux et contenant. Elle parle à sa fille de manière très posée et lui explique les choses au fur et à mesure.

3. Première rencontre avec Anna

Ma première rencontre avec Anna s'est déroulée l'année dernière au cours d'une séance à la piscine avec l'éducateur sportif. Elle m'apparaît alors comme une petite fille joyeuse et pleine de vie. Bien qu'elle n'ait pas l'habitude de me voir à ce moment-là, elle entre très facilement en relation avec moi et joue de bon cœur à tout ce que je peux lui proposer. Dans les vestiaires, Anna est autonome, elle s'habille seule et se douche seule même si je remarque qu'elle n'apprécie pas particulièrement le jet de la douche.

Lorsque je la retrouve à l'accueil de la piscine pour la première séance du groupe, Anna me donne la même impression qu'à notre première rencontre. À l'aise avec tout le monde, elle circule entre les différents adultes et dit bonjour à chacune d'entre nous en se présentant aux mères qu'elle ne connaît pas encore. En attendant que nous ayons réglé les derniers détails concernant notre abonnement à la piscine, j'observe qu'elle discute joyeusement avec Eliott. Faisant partie du même groupe éducatif, Anna et Eliott semblent d'ailleurs bons camarades.

4. Contenu de la première séance

Une fois dans les vestiaires, le temps d'habillage se passe bien. Je remarque malgré tout qu'Anna ne se déshabille pas seule et que sa mère lui enfle son maillot de bain. Cela contraste déjà avec le souvenir de ma séance à la piscine avec elle. Une fois en maillot de bain, Anna montre qu'elle est heureuse d'être avec nous et me dit qu'elle est pressée d'aller dans l'eau. Pourtant, au moment d'aller sous les douches, Anna dévoile un nouveau visage, elle semble terrorisée par l'idée d'aller sous le jet de la douche et hurle dès que sa mère essaye de l'y forcer. La sensation du jet de la douche semble même être douloureuse pour elle. Une fois ce mauvais moment passé, elle me surprend à reprendre contenance assez vite. Elle retrouve alors son aspect jovial et entre dans la piscine avec entrain.

Une fois dans l'eau, Anna se montre toujours aussi à l'aise dans la relation avec les autres. Elle navigue d'un adulte et d'un enfant à l'autre faisant du lien entre chaque membre du groupe. Elle joue joyeusement et mets tous les participants à l'aise avec son entrain contagieux. Comme Anna ne voit pas bien sans ses lunettes

de vue, elle appelle régulièrement sa mère pour se repérer et la situer dans l'espace de la piscine. Déjà, ses capacités de compensation m'impressionnent. De son côté, Mme S. reste discrète. Dans un premier temps, elle observe avec attention tous les déplacements de sa fille. Je remarque tout de même qu'elle se détend au fur et à mesure de la séance. Plus tard, elle entre même dans une forme de jeu avec Mme D., Eliott et Anna. Comme les deux enfants ne supportent pas de voir leurs mères jouer avec un autre enfant qu'eux, Mme S. taquine sa fille en sur-jouant son interaction avec Eliott. Rieuses, Mme S. et Mme D. disent à leurs enfants qu'ils ont échangé leurs mamans. De cette manière, Anna et Eliott entrent dans le jeu et parviennent à accepter que leurs mères puissent jouer avec d'autres enfants qu'eux. Au moment de la fin de la séance, lorsqu'il a fallu sortir de l'eau, Anna a été la moins coopérative et la plus difficile à faire sortir. Elle refusait catégoriquement de sortir de l'eau malgré les nombreuses explications de sa mère et de la psychologue. Finalement, après une longue négociation avec la psychologue et en voyant que sa mère partait dans les douches avec le reste du groupe, Anna a accepté de sortir.

Une fois de retour sous les douches, je me suis demandée si maintenant qu'Anna était mouillée elle parviendrait à aller sans crainte sous le jet d'eau. La réponse est non. Le temps de douche s'est déroulé avec les mêmes hurlements incessants d'Anna qui ne supportait pas le contact du jet d'eau sur peau. Contrairement au début de la séance, Anna a cette fois-ci eu beaucoup plus de mal à reprendre contenance et a eu besoin de sa mère pour se rhabiller. Je remarque tout de même qu'elle manque de souplesse au cours du temps d'habillage, son corps assez rigide rend l'enfilage de ses vêtements assez compliqué à réaliser pour sa mère.

Je retiens plusieurs choses de cette première séance à la piscine. Tout d'abord, bien qu'Anna montre une facilité apparente à entrer en relation avec les différents membres du groupe, elle semble dans une relation assez fusionnelle avec sa mère. Il faudra donc veiller à amener régulièrement du tiers au sein de cette dyade. Ensuite, les difficultés que manifeste Anna à aller sous le jet de la douche peuvent être mises en lien avec une potentielle irritabilité tactile liée à son passé très médicalisé. Constamment en mouvement et refusant la détente, Anna me donne l'impression de s'être construite une carapace tonique dans le mouvement. Enfin,

concernant Mme S., je remarque au cours de cette séance l'ampleur de son hypervigilance. Ce groupe nous permettra donc de faire comprendre à Mme S. que, malgré les circonstances des premières années de vie d'Anna, sa petite fille ne s'est pas si mal construite que cela.

II. Le développement de l'enfant handicapé

Comme je l'ai dit, Anna est une petite fille pleine de ressources qui, malgré les circonstances de ses premières années de vie et la réalité de son syndrome, est parvenue à se construire assez bien. Au cours de mes deux années de stage à l'IME, j'ai pu remarquer qu'Anna n'était pas la seule dans cette situation. Je m'interroge donc sur le développement de l'enfant handicapé : Comment ces enfants se développent-ils ? A quel rythme ? Y a-t-il une limite à leur développement ? Comme l'IME dans lequel je fais mon stage reçoit une majorité d'enfants déficients intellectuels, je m'intéresserai ici à leur développement.

1. Déficience intellectuelle : définition et classification

Selon l'OMS, « on entend par déficiences intellectuelles la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement »⁵⁴.

Le DSM-5⁵⁵ définit, quant à lui, la déficience intellectuelle comme « un trouble débutant pendant la période de développement, fait de déficits tant intellectuels qu'adaptatifs dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques »⁵⁶. Il distingue également quatre niveaux de sévérité selon le QI⁵⁷ évalué par des tests standardisés : légère, modéré, grave et profonde.

⁵⁴ <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

⁵⁵ Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux

⁵⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2016, p. 17.

⁵⁷ Quotient Intellectuel

La déficience intellectuelle légère correspond à un QI entre 50 et 70. Elle se caractérise par un développement plus lent dans les premières années de la vie. Les étapes du développement seront franchies mais en décalage. L'apprentissage de la lecture et de l'écriture est possible avec une pédagogie adaptée à la capacité attentionnelle réduite. Il existe également une importante fatigabilité pouvant se caractériser par une instabilité ou une inhibition psychomotrice. Le langage et la communication restent immatures tout comme la perception de ce qui les entoure. Cela peut entraîner des difficultés pour gérer leurs émotions. Enfin, un certain niveau d'autonomie est possible tout comme une insertion socioprofessionnelle.

La déficience intellectuelle modérée correspond à un QI entre 40 et 50. Ici, on commence à observer un retard au niveau du développement se caractérisant par les difficultés apparaissant au moment des apprentissages scolaires. L'apprentissage de la lecture est en effet impossible. Il n'y a pas d'anomalie sévère du langage. Cependant, celui-ci est pauvre et présente un vocabulaire restreint. Enfin, l'accès à un degré d'autonomie est plus limité. L'insertion socioprofessionnelle est possible dans le cadre d'ateliers protégés.

La déficience intellectuelle grave correspond à un QI entre 25 et 40. Ici, le retard psychomoteur et d'acquisition du langage est observable dès la petite enfance. La communication verbale est peu, voire pas du tout développée. Certains mots simples peuvent malgré tout être connus. À l'âge adulte, l'accès à l'autonomie et à une insertion socioprofessionnelle n'est malheureusement pas possible.

La déficience intellectuelle profonde correspond à un QI inférieur à 25. Ce niveau de déficience extrême perturbe les fonctions sensorimotrices et le développement psychomoteur. La motricité est rudimentaire et la propreté n'est généralement pas acquise. La conscience de soi et de l'environnement est perturbée ce qui entraîne des difficultés relationnelles massives. Du fait de l'altération des communications verbale et non-verbale, l'accès au langage ne sera pas possible. Enfin, la dépendance est majeure et nécessite une structure institutionnelle.

Ces différentes définitions et la classification des différents degrés de sévérité de déficience intellectuelle répondent déjà en partie à mes interrogations. Il semblerait ainsi que le développement des enfants déficients intellectuels soit assez hétérogène puisqu'il dépend du degré de déficience. Notons malgré tout que dans

les cas de déficiences les plus légères, les acquisitions se feront sur un rythme plus lent que celui du développement psychomoteur classique.

2. Le développement de l'enfant déficient intellectuel

Pour comprendre le développement de l'enfant déficient intellectuel il est important de comprendre la notion d'hétérochronie du développement. Venant du grec *hétéros* (autre) et *chronos* (temps), cette notion illustre les différences de rythmes caractérisant le développement de l'enfant déficient intellectuel. Cette différence de rythme se retrouve à deux niveaux. D'une part, au sein du développement propre de l'enfant. René Zazzo a été le premier à constater que l'enfant déficient intellectuel « se développe à des vitesses différentes selon les différents secteurs du développement psycho-biologique »⁵⁸. D'autre part, cette différence se retrouve dans le rythme des acquisitions de l'enfant déficient intellectuel par rapport à celui de l'enfant non-déficient.

a. Développement cognitif

La différence de rythme des acquisitions entre l'enfant déficient intellectuel et l'enfant non-déficient est repérable dans le développement cognitif. Selon Bärbel Inhelder⁵⁹, collaboratrice de Jean Piaget, le développement cognitif de l'enfant déficient intellectuel se fait de façon similaire à celui des enfants non-déficients. Il suit la succession des stades décrit par Jean Piaget mais de manière plus lente et plus limitée.

Pour rappel, Jean Piaget (1966) base sa théorie du développement cognitif sur le principe que « tous les sujets construisent les mêmes structures, selon les mêmes processus et dans le même ordre »⁶⁰. Il a ainsi défini trois grands stades du développement cognitif se succédant toujours dans le même ordre de la naissance à la fin de l'adolescence :

- Le stade de l'intelligence sensorimotrice du nourrisson (0-2 ans) correspond à « l'étape de la construction progressive d'une intelligence avant le langage.

⁵⁸ ZAZZO as cited in GUIDETTI & TOURETTE, 2014, p. 130.

⁵⁹ As cited in GUIDETTI & TOURETTE, 2014.

⁶⁰ MAKANGA, 2015, p. 60.

Il s'agit d'une intelligence essentiellement pratique, basée sur l'action »⁶¹. Au fil de ses expériences motrices, le bébé se construit une perception de son corps et de son environnement. De cette manière, il se crée une intelligence pratique et enrichit son répertoire de schèmes d'actions.

- Le stade de l'intelligence opératoire concrète (2-12 ans) correspond au « passage d'une intelligence proprement sensori-motrice à l'intelligence représentative, appelée fonction symbolique »⁶². Ce stade est assez long car il nécessite que toutes les connaissances acquises au cours du premier stade poursuivent leur développement et soient remaniées afin que l'enfant acquière une connaissance concrète de son environnement. Au cours de la sous-période dite « pré-opératoire » (2-7 ans), l'enfant acquerra une meilleure connaissance des différentes parties de son corps et ses postures deviendront plus efficaces. Enfin, au cours de la sous-période dite « des opérations concrètes » l'enfant parviendra à une représentation des objets plus élaborée du fait de la prise de conscience de leurs propriétés comme le poids et le volume.
- Le stade de l'intelligence opératoire formelle (12-16 ans) se caractérise par l'émergence de raisonnements hypothético-déductifs. L'adolescent se libère de la pensée concrète pour raisonner de manière plus abstraite. Sa réflexion « ne porte plus directement sur les réalités perçues, mais sur des énoncés hypothétiques »⁶³. L'adolescent pourra de cette manière échafauder des projets pour son avenir et se créer de nouveaux idéaux pour révolutionner son environnement.

En ce qui concerne l'enfant déficient intellectuel, le degré de déficience déterminera la limite du stade de développement que l'enfant pourra atteindre. L'enfant présentant une déficience profonde restera fixé au stade de l'intelligence sensori-motrice. Celui qui présentera une déficience modérée ne pourra pas dépasser la période pré-opératoire et celui qui présentera une déficience légère restera fixé au stade des opérations concrètes. Bärbel Inhelder ajoute à cela que le développement cognitif des enfants déficients intellectuels se caractérise par deux

⁶¹ TOURRETTE as cited in MAKANGA, 2015, p. 77-78.

⁶² MAKANGA, 2015, p. 92.

⁶³ *ibid*, p. 117.

mécanismes particuliers : la fixation et la viscosité. « La fixation implique à la fois une réduction de la vitesse de développement et le maintien à un stade déterminé »⁶⁴. La viscosité peut, quant à elle, correspondre aux effets plateaux observables chez l'enfant déficient intellectuel. Ceux-ci se caractérisent par la « réapparition de schèmes antérieurs dans le fonctionnement cognitif actuel du sujet »⁶⁵. L'enfant semble alors fixé à un stade de transition entre deux périodes de développement. Enfin, il est important de noter que l'enfant pourra encore progresser sur certains domaines de nombreuses années après le moment où une acquisition est attendue.

b. Au niveau psychomoteur

Les éléments que j'ai énoncés dans la partie précédente sont également valables pour le développement psychomoteur de l'enfant déficient intellectuel. En fonction du degré et de l'étiologie de la déficience, il y aura des troubles psychomoteurs plus ou moins importants ainsi que la présence, à certains moments, d'effets plateaux. Le retard au niveau des acquisitions motrices (maintien de la tête, station assise, marche, préhension, etc) sera l'illustration la plus flagrante de ces troubles psychomoteurs. Je tâcherai donc de m'intéresser ici aux autres conséquences que peut provoquer la déficience intellectuelle sur le développement psychomoteur de l'enfant.

Tout d'abord, il y aura des troubles de la régulation tonique. Pour rappel, le tonus musculaire correspond à « l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur »⁶⁶. Il s'agit d'une contraction permanente et involontaire constituant la toile de fond des activités motrices et posturales. Le tonus musculaire est également intimement lié aux émotions du sujet : il en est à la fois le support et le vecteur. Enfin, sa régulation dépend aussi bien de la maturation neurologique que de la relation à l'environnement.

Les troubles de la régulation tonique peuvent se présenter sous deux formes. Il y aura d'une part, le versant hypotonique correspondant à un tonus musculaire

⁶⁴ GUIDETTI & TOURRETTE, 2014, p. 144.

⁶⁵ *ibid*

⁶⁶ JOVER, 2000, p. 17.

insuffisant et d'autre part, le versant hypertonique correspondant à un tonus musculaire excessivement élevé. Ces deux formes de troubles de la régulation tonique auront des répercussions sur le contrôle moteur et donc sur l'organisation motrice de l'enfant déficient intellectuel. En résulteront des troubles de la motricité globale et fine amenant l'enfant à faire moins d'expériences.

En raison de ce manque d'expériences, l'enfant investira peu l'espace. L'organisation spatiale se verra donc lésée. L'enfant aura des difficultés à s'orienter dans l'espace mais aussi à acquérir les différentes notions et relations spatiales (haut/bas, devant/derrière, dessus/dessous). Enfin, comme les notions d'espace et de temps sont intimement liées, l'enfant déficient intellectuel aura des difficultés à intégrer les notions d'ordre, de durée et de succession lui permettant de s'orienter dans le temps.

Tous ces éléments auront un impact au niveau du schéma corporel et de l'image du corps. Le schéma corporel désigne la connaissance des différentes parties du corps, de leurs relations entre elles ainsi que de leur position dans l'espace. Cette connaissance se construit grâce aux différentes expériences perceptives et motrices. L'image du corps constitue, quant à elle, l'image inconsciente que nous nous faisons de notre corps. En perpétuel mouvement, elle s'édifie en fonction de notre vécu corporel et de notre vécu relationnel, passé et présent.

L'enfant déficient intellectuel aura des difficultés à se représenter et à investir son corps dans sa globalité. Cela aura des conséquences sur sa motricité globale et entraînera une certaine forme de maladresse pouvant se répercuter sur son estime de lui. Enfin, l'enfant déficient intellectuel peut être tout à fait conscient de sa différence. Le regard que les autres porteront sur lui et les difficultés qu'il pourra rencontrer pour entrer en relation avec les autres mettront à mal son estime de lui et donc son image du corps.

III. L'enfant épanoui malgré ses difficultés

Les éléments du développement de l'enfant déficient intellectuel que j'ai présentés précédemment dressent le tableau d'un développement parsemé d'obstacles. Pourtant mes différentes rencontres avec tous les enfants de l'IME m'ont prouvé que ces enfants peuvent également s'épanouir et être heureux si l'environnement leur en donne l'occasion. Par environnement, j'entends les parents de l'enfant ainsi que les professionnels qui l'accompagnent au quotidien. Le psychomotricien aura toute sa place dans cet accompagnement. À l'IME, les prises en charge de l'enfant, en individuel ou en groupe, favoriseront la satisfaction des différents besoins de l'enfant dont je parlerai dans cette partie. Par ailleurs, le groupe piscine mère-enfant sera également l'occasion de sensibiliser les mères autour de cette question mais aussi de souligner et valoriser ce qu'elles font naturellement. Tout au long de cette partie, je me baserai sur les travaux de Maurice Ringler (2009) concernant *Le bonheur de l'enfant handicapé*.

1. Le besoin de se connaître et d'être reconnu

Comme j'ai pu le dire dans ma partie sur le développement de l'enfant handicapé, la déficience intellectuelle ne modifie en rien le déroulé du développement. À sa naissance, l'enfant handicapé, comme tous les enfants, « prend les choses spontanément et naturellement telles qu'elles lui viennent, ou telles qu'on les lui présente »⁶⁷. À ce moment-là, il n'a pas conscience d'être différent. Comme les autres, il apprend à se connaître en fonction de sa réalité et au travers des échanges avec ses parents.

Il existe cependant une différence majeure entre l'enfant non-handicapé et celui présentant un handicap. « Le handicap constitue un élément de la personne de l'enfant »⁶⁸. Or, je l'ai dit à de nombreuses reprises, ce même handicap perturbe profondément le fonctionnement familial. Ainsi, contrairement à l'enfant non-handicapé, l'enfant handicapé apprendra à se connaître dans un contexte relationnel chargé d'émotions négatives. Dès son plus jeune âge, l'image qu'il se construira de lui et la connaissance qu'il acquerra de son handicap dépendront du

⁶⁷ RINGLER, 2009, p. 24.

⁶⁸ *ibid*

regard que porteront ses parents sur lui. Ainsi, si les parents communiquent à leur enfant leur désarroi et leur mal-être face à son handicap, celui-ci ne pourra se détacher de cette mauvaise image de lui-même. L'enfant a donc besoin de se sentir reconnu par ses parents, en tant qu'individu à part entière, pour pouvoir s'épanouir.

Les parents devront, pour cela, essayer de rester « des parents *ordinaires*, c'est-à-dire une mère et un père capables de maintenir une bonne relation avec lui, en dépit de ses insuffisances, de le comprendre et de rester suffisamment sûrs d'eux-mêmes dans leur rôle de parents »⁶⁹. Leur tâche la plus compliquée sera de retrouver un semblant de sérénité après l'annonce du handicap afin de ne pas transmettre à leur enfant leurs émotions négatives face à son handicap.

2. Le besoin d'amour et de sécurité

Pour comprendre le besoin d'amour et de sécurité de l'enfant handicapé il est important de comprendre que, même si l'enfant possède un handicap, il n'est pas pour autant son handicap. Cependant, au sein de notre société, le regard que portent les gens sur les enfants handicapés diminue leur estime d'eux-mêmes et les empêche de se sentir heureux. Ce regard pourra fortement entraver leur développement si, en parallèle, ils ne ressentent pas l'amour de leur parent. Comme n'importe quel enfant, l'enfant handicapé a besoin de se sentir aimé et accepté par ses parents. L'amour parental permet à l'enfant de « trouver en lui-même le plaisir de vivre et de se réaliser »⁷⁰.

Ce sentiment d'amour parental n'est malheureusement pas si facile à atteindre et peut également être perturbé par l'annonce du handicap. Comme j'ai pu le décrire dans ma partie sur le deuil de l'enfant imaginé, suite à cette annonce, les parents éprouveront des sentiments très ambivalents et culpabilisants envers leur enfant. Ce n'est qu'une fois ces sentiments acceptés qu'ils pourront se lier positivement à leur enfant et investir de manière authentique leur relation avec lui. Avec la création de ces liens positifs, l'enfant aura un sentiment de sécurité lui permettant de gagner en confiance en lui. Cette dernière sera la condition indispensable pour qu'il puisse

⁶⁹ *ibid*, p. 48.

⁷⁰ *ibid*, p. 75.

progresser et se développer le plus harmonieusement possible au vu de ces difficultés.

3. Le besoin de relation et d'appartenance

Handicapés ou non, tous les enfants ont besoin d'entrer en relation avec leurs pairs. Ils ont également besoin de se sentir appartenir à un groupe en dehors de leur famille. Ces deux besoins fondamentaux permettent à l'enfant de s'épanouir et de trouver sa place au sein de la société.

La famille constitue « la première niche sociale de l'enfant »⁷¹. C'est d'abord dans la relation que l'enfant entretient avec ses parents, puis avec les autres membres de sa famille (frères, sœurs, grands-parents), qu'il va prendre goût à échanger et à communiquer. La famille est donc le terreau indispensable à la formation des habiletés sociales de l'enfant et de son sentiment d'appartenance. Plus tard, au moment de l'entrée à l'école maternelle, l'enfant apprend à interagir avec ses pairs et développe ses habiletés sociales. Néanmoins, ce parcours n'est pas aussi simple pour l'enfant handicapé.

Il n'existe pas de structures spécialisées pour l'accueil des jeunes enfants porteurs de handicap. Ceux-ci sont donc admis à l'école maternelle et se retrouvent confrontés à un environnement qui n'est pas forcément adapté à leur besoin. Les enseignants et les auxiliaires de vie scolaire, qui les accompagnent, manquent de formation et peuvent s'impatience face à leurs troubles. Par voie de conséquence, leur place à l'école devient différente de celle des autres enfants et vient déranger les interactions de l'enfant handicapé avec ses pairs. Ainsi, lorsque l'enfant est admis en institution spécialisée, son parcours est déjà jalonné d'incompréhensions et de frustrations.

L'institution spécialisée viendra redonner à l'enfant un sentiment de sécurité en lui offrant des soins et un enseignement adapté. Les enfants peuvent alors entrer en relation en toute confiance avec leurs pairs qu'ils considèrent comme leurs égaux face au handicap. Petit à petit, l'enfant va se forger un sentiment d'appartenance au sein d'un nouveau groupe lui permettant de s'épanouir. Il faudra toutefois veiller

⁷¹ *ibid*, p. 130

à ce que cette admission en institution spécialisée n'isole pas l'enfant de ses parents ni de la société.

IV. Accompagnement proposé à Anna et Mme S.

Les éléments que je viens de présenter indiquent tous que l'enfant handicapé peut s'épanouir et qu'une déficience intellectuelle n'est pas une fatalité. Dans le cas d'Anna, nous avons pu observer à l'IME qu'elle était une petite fille tout à fait épanouie. Cependant, comme j'ai pu le dire précédemment, Anna dépend beaucoup de sa mère au domicile et reste très collée à elle. À la piscine, nous pouvons observer un mélange entre ces deux cas de figure. Se pose alors la question de l'accompagnement que nous pouvons proposer à Anna et Mme S. Une question s'impose : Comment amener cette dyade à se détacher pour qu'Anna puisse s'épanouir sous le regard de sa mère ?

1. Anna le rayon de soleil

Au cours des premières séances à la piscine, Anna est un véritable petit rayon de soleil. Elle joue joyeusement avec sa mère et participe activement aux différentes propositions que nous pouvons faire. Elle investit beaucoup les jeux de transvasement et semble apprécier tout particulièrement de vider les récipients qu'elle utilise (seau et arrosoir) sur les différents membres du groupe. Je fais rapidement le lien entre cette forme de transvasement et ses difficultés à aller sous la douche. Je suppose alors que, par ce biais, Anna rejoue le caractère violent et intrusif de la douche en prenant du contrôle sur lui. Ces transvasements portent d'ailleurs leurs fruits puisqu'Anna parvient à prendre sa douche sereinement et sans hurler au bout de quatre séances.

Elle montre également un intérêt pour les tapis flottants. Ayant des difficultés à s'organiser pour monter dessus, je lui propose, pour l'aider, une stimulation de ses appuis plantaires ainsi qu'un accompagnement verbal. Une fois bien installée dessus, elle décide de sauter joyeusement dans les bras de sa mère. Nous répétons plusieurs fois cette opération jusqu'à ce que mes accompagnements verbaux ne soient plus nécessaires. Elle parvient alors à se hisser sur le tapis uniquement à

l'aide des appuis plantaires que je lui offre. Puis, au bout de quelques séances, j'observe que Mme S. se saisit de l'accompagnement que j'ai proposé à Anna pour en faire de même. À jouer de la sorte, mère et fille font plaisir à voir. Lorsqu'une véritable coopération s'opère entre elles, nous décidons toutes les trois d'essayer d'aller encore plus loin autour de l'exploration des tapis. Je propose alors à Anna d'essayer de se mettre debout sur celui-ci. Au départ très craintive, cette opération a nécessité pour Anna beaucoup d'encouragement venant de Mme S. ainsi qu'une importante guidance verbale et corporelle de ma part. Cependant, quelle joie se fut pour Mme S. et pour Anna lorsque cette dernière est enfin parvenue à s'ériger de toute sa hauteur sur le tapis. Ainsi, au-delà du plaisir partagé autour de ces expériences, tout ce travail autour des tapis a permis à Anna de gagner en aisance dans ses mouvements et en confiance en elle.

Après ces premières séances, un sentiment m'envahit : bien plus que de voir Anna s'épanouir, c'est de voir Anna et Mme S. s'épanouir à l'unisson sous nos yeux qui fait chaud au cœur.

2. Quand une mauvaise nouvelle remet tout en question

À la mi-octobre, alors que nous sommes à l'IME pour faire la première séance de retour de ce qu'il se passe à la piscine, Mme S. nous apprend une mauvaise nouvelle : Anna risque de perdre la vue. Elle nous explique que cette nouvelle l'a complètement sidérée. Incapable de faire quoique ce soit après coup, Mme S. s'est de nouveau sentie submergée par ses angoisses. Les craintes que sa fille ne se cogne quelque part, tombe ou se fasse mal à cause de quelque chose qu'elle n'aurait pas vu se sont vues décuplées. Cependant, ce qui la sidère le plus c'est que cette possible cécité viendra s'ajouter au handicap de sa fille déjà assez conséquent.

Cette annonce d'un possible sur-handicap⁷² constitue un nouveau choc traumatique pour cette famille qui se voit confrontée à une réactualisation de son travail de deuil. Or, comme j'ai pu le dire tout au long du chapitre sur l'annonce du handicap, le choc traumatique lié à l'annonce d'un handicap ainsi que la

⁷² Déficit venant s'ajouter à un autre et étant la conséquence de ce premier

réactualisation du deuil bouleversent les relations parents-enfants. Ainsi, lorsque nous retrouvons Anna et Mme S., après un mois d'interruption en raison de rendez-vous médicaux, nous observons une dyade qui s'est refermée sur elle-même.

Anna, beaucoup plus anxieuse que d'habitude, passe plus de temps qu'avant dans les bras de sa mère. Ayant très bien compris les fonctions de chacune des thérapeutes, elle refuse que sa mère parle avec la psychologue. Comme si elle essayait d'épargner de la douleur à sa mère. Les événements récents semblent donc les avoir replacées dans une relation d'interdépendance, chacune jouant un rôle de pare-excitation pour l'autre. Plus que jamais, il devient primordial d'amener du tiers au sein de cette dyade. Heureusement, Anna m'accepte toujours comme sa partenaire de jeux. Au fil de nos tentatives respectives pour essayer de séparer cette dyade, j'ai découvert un jeu qui nous permet de redynamiser leurs interactions et de rouvrir Anna vers les autres. Ce jeu consiste à lui donner des appuis et de l'élan pour qu'elle puisse plonger de sa mère à moi et vice-versa. À chaque répétition, Anna se décroche un petit plus de sa mère pour s'ouvrir aux autres. Cela lui permet de reprendre progressivement ses explorations et de retrouver peu à peu la joie de vivre qui la caractérise tant. Ces moments durant lesquels Anna est séparée de sa mère permettent à la psychologue et à la psychomotricienne de prendre le temps de discuter avec Mme S. afin de la soutenir dans cette période compliquée.

3. Valorisation des compétences d'Anna et de Mme S. dans sa fonction maternelle

Pour accompagner Mme S. et Anna dans cette épreuve, il ne suffira pas de simplement amener du tiers au sein de leur relation. Il sera primordial de souligner et valoriser les compétences d'Anna pour que Mme S. puisse la voir telle qu'elle est. Il faudra également valoriser et soutenir Mme S. dans sa fonction maternelle.

Comme je l'ai expliqué précédemment, Mme S. se trouve dans une angoisse perpétuelle que sa fille ne se blesse à cause de quelque chose qu'elle n'aurait pas vu. Or, cette crainte était déjà présente avant que Mme S. n'apprenne que sa fille risquait de perdre la vue. Anna a, en effet, toujours eu une déficience visuelle assez importante. Si cette crainte était justifiée lorsqu'Anna était plus jeune, il nous semble

important de souligner qu'elle a, depuis, mis en place des stratégies de compensation assez efficaces. La psychomotricienne et moi-même essayons de mettre le plus possible en évidence ces compétences lorsqu'Anna est dans l'eau. Dans ces moments-là, elle ne peut porter ses lunettes de vue. Sa vision est donc très restreinte. Pourtant, au cours de cette année, elle nous a montré qu'elle s'appuyait beaucoup sur le son pour se repérer dans l'espace. Elle appelle régulièrement sa mère ainsi que les différents membres du groupe pour s'orienter par rapport à eux. Dans les vestiaires, elle repère les endroits glissants au son. Par exemple, une fois elle a failli tomber à cause d'une plaque d'évacuation d'eau. Ces plaques étant en métal, Anna s'est mise à taper du pied dessus et sur le carrelage l'entourant pour intégrer la différence de son entre ces deux matériaux.

Nous remarquons également qu'elle se repère assez bien dans l'espace de la piscine. Les différences de profondeur ainsi que les différences de contraste dans le carrelage du bassin semblent beaucoup l'aider. Lorsqu'elle ne parvient pas à se repérer par rapport à un son, nous pouvons observer Anna emprunter régulièrement le même chemin pour retourner dans un endroit du bassin qu'elle connaît bien. L'observation de tous ces éléments nous permet de rassurer Mme S. tout en valorisant les compétences de sa fille. Petit à petit, elle admet qu'elle commence à observer d'elle-même ces stratégies de compensation à la piscine mais aussi au domicile.

En parallèle de tout cela, nous observons depuis peu qu'Anna s'affirme de plus en plus et qu'elle entre dans une relation assez ambivalente avec sa mère. Elle oscille entre des moments de collage et des moments de rejet : « Tu n'es plus ma copine maman ! ». Dans ces moments-là, il est primordial de soutenir Mme S. dans sa figure d'autorité parentale. Oui, Mme S. n'est pas la copine d'Anna, elle est sa mère. Or, même dans les moments où Anna ne sera pas d'accord avec elle, Mme S. sera toujours présente pour elle. Nous soulignons tout de même auprès de Mme S. que ces mouvements ambivalents à son encontre sont une bonne chose. Ils signifient qu'Anna se détache peu à peu d'elle pour se créer sa propre personnalité.

CHAPITRE 4 : ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

I. Étude de cas : Eliott et Mme D.

1. Anamnèse d'Eliott

Eliott est né le 3 juin 2009, il a donc 8 ans lorsque je le rencontre. Il est le dernier enfant d'une fratrie de cinq enfants (deux sœurs et deux frères). Ses parents sont Haïtiens et se sont installés en métropole en 2006 après avoir vécu 11 ans en Guyane Française.

La maman, Mme D., a beaucoup hésité à maintenir cette dernière grossesse parce qu'elle était victime de violences conjugales de la part du père des enfants. La grossesse a été difficile et l'accouchement a eu lieu prématurément par césarienne d'urgence en raison d'une hypertension artérielle maternelle. Eliott pesait alors 2,40 kilogrammes. Les échographies n'ayant pas permis de déceler d'anomalies, le diagnostic de trisomie 21 a été annoncé aux parents deux jours après la naissance d'Eliott. Par ailleurs, un bilan cardiologique a révélé une petite malformation cardiaque, maintenant complètement résorbée.

Après sa naissance, Eliott a d'abord été suivi en PMI⁷³ puis a été orienté en CAMSP à ses 9 mois. Au début de sa prise en charge en CAMSP, Eliott est décrit comme un petit garçon vif et curieux, très proche de sa mère. Mme D. était très protectrice vis-à-vis de lui et montrait le désir de l'aider à surmonter les difficultés liées à sa trisomie et de le protéger de la violence de son époux. Eliott entretenait alors une relation très chaleureuse et adaptée avec sa mère. Cependant, les conflits conjugaux ont rapidement pesé sur Eliott. Son comportement a changé à mesure que le contexte familial se détériorait : agitation, gestes hétéro-agressifs le plus souvent adressés à sa mère, plaintes exprimées par des cris, des pleurs ... Par conséquent, à la suite de nombreuses démarches judiciaires démarrées en 2010, tous les enfants ont été placés en 2012. Après avoir été diagnostiqué paranoïaque, le père a dû quitter la maison sous le coup d'une mesure d'éloignement et d'injonction de soins.

⁷³ Centre de Protection Maternelle Infantile

Malgré de nombreux progrès, le CAMSP formule une demande de prise en charge en IME en avril 2013. Dans l'attente d'une place, Eliott a continué son suivi en CAMSP jusqu'à son admission à l'IME en juillet 2014.

Au niveau de son fonctionnement psychomoteur, Eliott présente un tableau assez typique de la trisomie 21. Son hypotonie ainsi que son hyperlaxité ligamentaire entraînent d'importants retards dans son développement psychomoteur. Par ailleurs, Eliott est un petit garçon envahi par sa peur et sa colère. Malgré ses capacités limitées d'expression, il parvient à exprimer ses émotions au travers de ses jeux. Cependant, son insécurité est telle qu'Eliott est incapable de laisser une trace ni d'accéder aux apprentissages.

L'indication d'Eliott et de Mme B. pour ce groupe part d'un double constat. Tout d'abord, le climat de graves violences dans lequel est né Eliott ainsi que son placement semblent avoir causé d'importantes carences affectives et éducatives. Par ailleurs, au cours des entretiens avec la psychologue référente, Mme D. montre une volonté de bien faire avec son fils. Néanmoins, celle-ci est en très grande difficulté pour comprendre et percevoir les besoins particuliers de son fils. Son discours montre également une certaine discontinuité psychique pouvant empêcher Eliott de se sentir en sécurité. Il s'agit donc de recréer du lien au sein de cette dyade meurtrie par son passé.

2. Première rencontre avec Mme D.

Contrairement aux autres mères participant au groupe, j'avais déjà eu l'occasion d'entendre parler de Mme D. au cours de réunions de synthèse l'année dernière. Elle avait alors été décrite comme une femme dépassée dans sa fonction maternelle, vivant seule avec ses cinq enfants. La première chose qui me frappe au moment où je la rencontre est sa poignée de main peu énergique et peu engageante. Pourtant, son visage m'apparaît comme doux, souriant et accueillant. Ce premier contraste dans sa manière de se présenter à l'autre me donne déjà l'impression que Mme D. s'est construite une façade pour faire bonne figure face au regard extérieur.

Au début de l'entretien, Mme D. semble assez lucide quant aux raisons de sa présence. C'est d'ailleurs elle qui nous demande si nous leur proposons ce groupe

parce qu'elles sont les mères les plus en difficulté avec leur enfant. Par la suite, malgré un discours décousu et peu compréhensible, je redécouvre la façade que s'est créée Mme D. Elle nous explique régulièrement qu'elle a plus de difficultés avec ses deux aînés, qui lui causent des soucis, qu'avec Eliott : « avec lui c'est différent, je fais avec ce que Dieu m'a donné ».

Lorsque nous lui demandons si l'idée du groupe l'intéresse, elle ne me donne pas l'impression d'être particulièrement transportée par l'idée d'aller à la piscine une fois par semaine. Elle nous raconte qu'elle a eu une mésaventure dans l'eau quand elle était jeune et que depuis elle n'est vraiment pas à l'aise dans l'eau. Elle nous dit cependant qu'elle est prête à faire cet effort pour passer un peu plus de temps avec Eliott. Une semaine plus tard, je la retrouve toujours aussi souriante mais chargée et encombrée de trois énormes sacs. Elle semble avoir prévu de quoi parer à toute éventualité pour cette première séance à la piscine.

3. Première rencontre avec Eliott

Eliott est l'enfant que j'ai eu l'occasion de voir le plus avant de démarrer le groupe piscine mère-enfant. Comme Anna, je l'ai rencontré au cours d'une séance à la piscine avec l'éducateur sportif, mais après cela j'ai également partagé quelques séances d'équitation avec lui.

Ce que je remarque en premier lieu chez Eliott est sa taille, petite pour son âge. En le voyant et ne connaissant pas encore son âge, je pensais qu'il avait 5 ans. Je fus donc surprise d'apprendre qu'il en avait huit. Au cours des différents moments partagés avec Eliott, j'observe qu'il est assez autonome. Il se change seul à la piscine et est capable d'aller chercher le matériel pour son poney sans qu'on ait à le lui rappeler. Au niveau relationnel, Eliott a le contact assez facile. À la piscine, il semble à l'aise dans l'eau et joue facilement avec moi. Je note tout de même que la violence revient régulièrement dans ses jeux.

Lorsque je le retrouve pour la première séance, Eliott semble ravi d'aller à la piscine avec sa mère. Pendant que nous attendons de pouvoir rentrer dans les vestiaires, il se montre impatient et demande régulièrement à sa mère et à la psychologue si nous allons bien à la piscine. C'est donc avec un grand sourire aux lèvres qu'il entre dans les vestiaires.

4. Première séance à la piscine

Dans les vestiaires, Mme D. est soucieuse de préserver l'intimité de son fils lorsque celui-ci se change. Elle le dissimule du regard des autres membres du groupes avec une grande serviette. Pourtant, elle ne se garde qu'une toute petite serviette pour se changer. Cette simple observation me fait réaliser que Mme D. fait tout son possible pour montrer qu'elle fait les choses bien avec son fils.

Une fois arrivée au bord du bassin, je ressens le besoin d'accompagner Eliott et sa mère pour entrer dans l'eau. Je tente de mettre une ceinture à Eliott qui ne semble pas ravi. Cependant, grâce à mon accompagnement verbal et au soutien de Mme D., je parviens finalement à lui mettre. Lorsque nous commençons à aller dans l'eau, Mme D. se plaint immédiatement de la température. La mère et le fils me donnent alors l'impression d'être complètement figés, incapables de rentrer dans l'eau. Je leur propose donc de s'asseoir sur les marches pour commencer à nous familiariser avec l'eau en la caressant et en nous mouillant différentes parties du corps. Très rapidement, Eliott retrouve la vigueur que je lui connaissais en se jetant à l'eau sans prévenir. Sauf qu'il ne parvient pas encore à sortir la tête seul de l'eau. Il se débat jusqu'à ce que je vienne l'aider et s'agrippe alors à moi.

Nous commençons à jouer tous les deux en encourageant régulièrement Mme D. qui parvient progressivement à rentrer dans l'eau. J'observe que celle-ci n'est vraiment pas à l'aise dans l'eau. Elle se referme sur elle-même, les bras croisés autour de sa poitrine, et bouge très peu. Eliott, qui parvient petit à petit à se décrocher de moi, fait des allers-retours entre sa mère et moi. De temps à autres, il se jette de nouveau à l'eau et montre systématiquement les mêmes difficultés pour remonter de lui-même à la surface. À chaque fois, le voir se débattre de la sorte dans l'eau fait émerger en moi des angoisses de noyades pour lui. Au bout d'un certain temps, j'essaye de ne plus me ruer vers lui aussi rapidement pour laisser une chance à Mme D. d'aller aider son fils. Cependant, celle-ci semble trop prise par ses propres angoisses dans l'eau pour pouvoir l'aider.

Plus tard dans la séance, j'observe qu'Eliott peut présenter des mouvements de rejet assez virulents envers sa mère. Il jure beaucoup, fait mine de la taper et certains de ses gestes miment un pistolet. Pourtant, à d'autres moments, il montre une grande joie de partager du temps avec elle. Ce comportement ambivalent à

l'égard de sa mère, montre bien la présence de difficultés relationnelles bien ancrées au sein de cette dyade. À ce moment-là, je ne le sais pas encore mais cette première séance marquera le début de mon investissement particulier avec Eliott et sa mère.

Comme pour les autres enfants participant au groupe, la sortie de l'eau a été très compliquée pour Eliott. Mais, contrairement à Anna et Zoé, il n'est pas possible de raisonner avec Eliott à ce moment-là. Tétanisé par l'idée de sortir de l'eau et par le froid, il est impossible de le faire bouger. Il a donc fallu le porter jusqu'à la douche, emmitoufflé dans sa serviette pour qu'il puisse se réchauffer. Sous la douche, il savoure la sensation de l'eau chaude sur sa peau et se montre autonome. Il en va de même pour le rhabillage puisqu'Eliott est capable de s'habiller en grande partie seul.

Je retiens plusieurs choses de cette première séance. Tout d'abord, Mme D. montre qu'elle fait beaucoup d'effort pour faire les choses bien avec son fils. Néanmoins, ces efforts contrastent avec les difficultés relationnelles que j'ai pu observer tout au long de cette séance. Je note un autre élément qui me paraît également très important pour la suite de l'année : Mme D. semble avoir peur de l'eau. Il faudra donc l'accompagner dans cette découverte de l'eau et la rassurer pour qu'elle puisse entrer sereinement en relation avec son fils. La présence d'un tiers au sein de cette dyade sera donc primordiale tout au long de l'année.

II. Construction d'une alliance thérapeutique

La construction d'une relation de confiance au sein d'un groupe mère-enfant comme celui-ci est primordiale pour le bon déroulé des séances. Les enfants constituant l'objet du soin, il sera nécessaire de construire une alliance thérapeutique avec eux. Cependant, je montrerai ici que la création de cette alliance thérapeutique est tout aussi importante avec les mères participant au groupe. Pour définir ce qu'est l'alliance thérapeutique, il me faudra d'abord m'intéresser aux notions de transfert et de contre-transfert sous-tendant toute relation thérapeutique. J'explorerai ensuite les conditions nécessaires à l'établissement d'une alliance thérapeutique avec les mères participant au groupe.

1. Transfert et contre-transfert

Le transfert et le contre-transfert sont deux notions provenant du domaine de la psychanalyse. Il me semble pourtant intéressant de décrire ici les mécanismes que ces deux notions mettent en jeu au sein de la relation thérapeutique. J'essaierai également de décrire comment se joue cette dynamique transféro-contre-transférentielle en psychomotricité.

Le transfert désigne « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique »⁷⁴. Au sein de la cure analytique, le transfert permet la projection des émotions inconscientes vis-à-vis du vécu de la petite enfance sur l'analysant. Cependant, en s'étendant à diverses pratiques, cette notion s'est modulée. Christian Ballouard (2003) en donne ainsi une autre définition distinguant deux transferts : un transfert de base et un transfert secondaire. Selon lui, le transfert de base est immédiat et correspond à « l'investissement, la relation qui répond à l'appel d'une rencontre »⁷⁵. À l'inverse, le transfert secondaire nécessite un temps d'installation. Il implique une « construction, avec cette double valence d'être moteur et résistance, et d'autant plus moteur que l'on s'attache à travailler dessus, sur ce qu'il incarne de résistance »⁷⁶. Cette dernière forme de transfert constitue donc la base du travail thérapeutique et de la construction de l'alliance thérapeutique.

De son côté, le contre-transfert désigne l' « ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement du transfert de celui-ci ». Autrement dit, le contre-transfert correspond à tout ce que fera éprouver le patient au thérapeute dans sa relation avec lui mais aussi ce que le thérapeute renverra au patient face à ses propres éprouvés. Cependant, ce contre-transfert ne se jouera pas de la même manière entre une psychothérapie où la parole passe par le langage oral et une thérapie psychomotrice où la parole passe majoritairement par le corps. Catherine Potel (2015), parle dans ce second cas, de « contre-transfert corporel ». Selon elle, « le contre-transfert corporel associe, aux éprouvés "empathiques" émotionnels, les éprouvés sensoriels, vécus et transmis

⁷⁴ LAPLANCHE & PONTALIS, 1967, p. 492.

⁷⁵ BALLOUARD, 2003, p. 201.

⁷⁶ *ibid*

presque parfois par contagion dans le corps du thérapeute, qui y accorde toute son attention pour les penser et les transformer en représentation, d'abord pour lui-même et ensuite pour son patient ».

2. L'alliance thérapeutique

Les notions de transfert et de contre-transfert que j'ai présentées précédemment donnent de bons éléments de compréhension sur ce qui peut se jouer au sein de la dynamique relationnelle entre le thérapeute et son patient. Pourtant, seules, elles ne permettent pas de créer une relation de confiance propice au travail. Selon Catherine Potel (2010), c'est « la qualité du lien entre le thérapeute et le patient [qui] va constituer le socle du travail »⁷⁷. Dans cette simple phrase, elle énonce l'importance de l'alliance thérapeutique.

De manière générale, le terme d'alliance désigne une « union contractée par engagement mutuel »⁷⁸. En appliquant cette définition au domaine thérapeutique, Charly Cungi (2009) énonce que l'alliance thérapeutique correspond à « une collaboration active, basée sur une appréciation partagée des problèmes et un accord sur les solutions possibles »⁷⁹. L'alliance thérapeutique implique donc un engagement réciproque où le patient deviendra un acteur à part entière de sa prise en charge au même titre que le thérapeute.

Enfin, comme le dit l'adage « Rome ne s'est pas faite en un jour », il en va de même pour l'alliance thérapeutique. Il s'agit d'un processus se réajustant tout au long de la prise en charge. L'alliance thérapeutique n'est donc jamais acquise. Elle peut ne jamais s'installer ou encore être tour à tour solide ou mise à mal.

Au sein du dispositif que nous proposons, les enfants constituent l'objet du soin. Il sera indispensable que l'alliance thérapeutique se construise avec eux. Cependant, comme j'ai pu le dire à de nombreuses reprises, le développement et l'épanouissement de l'enfant dépendent majoritairement de son environnement familial. Il sera donc primordial de construire une alliance thérapeutique avec les différents parents d'enfants de l'IME et encore plus avec les mères participant au

⁷⁷ POTEL, 2010, p. 317.

⁷⁸ Le Petit Robert, 2013, p. 69

⁷⁹ CUNGI, 2009, p. 34.

groupe. Je vais maintenant essayer de montrer comment la dynamique groupale a favorisé la création de cette alliance avec les mères.

3. La dynamique groupale : facilitatrice de l'alliance thérapeutique ?

La dynamique groupale permet à chaque participant de s'affirmer dans son individualité mais aussi de se laisser porter et soutenir par le groupe. Le groupe constitue ainsi « un tout, un organisme »⁸⁰ se construisant sa propre identité au fur et à mesure des séances.

La création de l'identité groupale est comparable à la création de l'alliance thérapeutique. Comme pour cette dernière, la création de l'identité groupale nécessite un engagement réciproque de la part de tous les participants. Chaque membre participera activement à la dynamique du groupe. De cette manière, au sein du groupe piscine mère-enfant, les enfants et les mères seront à la fois acteurs et moteurs de la dynamique du groupe au même titre que les thérapeutes. Les jeux entre les enfants, entre les enfants et leurs mères et ceux avec les thérapeutes viendront alors nourrir en permanence l'identité du groupe et ses bienfaits.

Par ailleurs, « les groupes thérapeutiques, par leurs fonctions de contenance, identificatoire et de transitionnalité, sont des espaces de travail psychique potentiellement riches »⁸¹. Au sein de ce groupe, les fonctions de contenance et d'identification seront particulièrement importantes, notamment pour les mères. Même si leur vécu et leur parcours ne sont pas les mêmes, ces mères ont pour point commun d'avoir un enfant handicapé. En s'entraïdant, elles se sentiront soutenues et pourront s'affranchir du regard du thérapeute sur elles pouvant être vécu comme jugeant. Or, ce n'est qu'à partir du moment où elles se seront affranchies de ce sentiment qu'une relation de confiance pourra s'instaurer entre elles et nous, les thérapeutes. *In fine*, le groupe facilitera la création d'une alliance thérapeutique avec les mères.

⁸⁰ OUCHACOFF, 2015, p. 143.

⁸¹ BILLARD & COSTANTINO, 2011, p. 56

Mme D. est le parfait exemple de cette situation. Du mois de septembre à la fin du mois de mars, il nous a été extrêmement difficile de construire quelque chose avec elle. Pas vraiment à l'aise dans l'eau, Mme D. bougeait très peu et se recroquevillait sur elle-même pour essayer de se réchauffer. Elle ne jouait pas ou très peu avec son fils même si elle semblait avoir un peu plus de facilité à jouer avec les autres enfants du groupe. Il était également très compliqué de discuter avec elle puisqu'elle avait tendance à « s'enfuir » dès que l'une de nous commençait à amorcer une discussion avec elle. Pourtant, depuis le début du mois d'avril nous observons une évolution chez Mme D. Elle a d'abord commencé par discuter un peu plus avec les autres mères puis à jouer de plus en plus spontanément avec les autres enfants. Nous remarquons également qu'elle fait beaucoup plus d'efforts pour aller vers son fils qui l'inclut désormais dans ses jeux. Elle semble également plus ouverte à la discussion et rigole avec nous. Elle nous surprend même en proposant de faire un pique-nique avec les enfants quand les beaux-jours seront revenus. Au départ très déroutante, cette métamorphose, m'a fait réaliser une chose. Mme D. s'est fait retirer ses enfants en 2012. Bien qu'elle ait récupéré leur garde depuis, elle côtoie toujours régulièrement les services d'aide sociale à l'enfance. Or, les professionnels qu'elle voit là-bas sont certes présents pour la soutenir mais aussi pour juger de ses capacités à être mère. Ainsi, je suppose qu'il lui a fallu un temps très long pour ne plus se sentir jugée à la piscine. Un temps d'observation de notre comportement avec les autres mères lui a certainement été nécessaire pour pouvoir entrer dans une relation de confiance avec nous.

III. Le psychomotricien dans l'accompagnement mère-enfant

La présentation que je viens de faire de l'alliance thérapeutique était une présentation générale valable pour les différentes thérapeutes participant au groupe : psychologue et psychomotriciennes. Je tâcherai donc désormais de développer les spécificités du psychomotricien dans cet accompagnement des enfants et de leur mère.

De manière générale, les fonctions du psychomotricien sont multiples et peuvent être comparables aux fonctions parentales que j'ai présentées précédemment. Tout d'abord, le psychomotricien est garant du cadre qu'il propose. Pour cela, il viendra contenir corporellement, par sa présence et par ses actions, « ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction »⁸². Cette fonction de contenance s'apparente à la fonction maternelle. Comme la mère, le psychomotricien va accueillir le vécu et les besoins de son patient pour y mettre du sens.

Cependant, dans le développement de l'enfant, la fonction maternelle ne suffit pas à elle seule pour que l'enfant s'épanouisse et s'ouvre vers son environnement. C'est à ce moment-là qu'entre en jeu la fonction paternelle, faisant du tiers entre la mère et l'enfant, et introduisant les premières limites à l'enfant. Le psychomotricien endossera également cette fonction. Cela se traduit principalement dans la création de son cadre de travail. Pour que le patient puisse explorer son environnement en toute sécurité et en toute sérénité, le psychomotricien fera « appel aux règles ainsi qu'aux repères de temps et d'espace »⁸³. À ce cadre physique s'ajoutera la disponibilité psychique du psychomotricien nécessaire pour accueillir tout ce qui se joue en séance. En donnant du sens au vécu de son patient, le psychomotricien permet une mise à distance des épreuves nécessaire à l'individuation. Le psychomotricien jouera donc de cette manière le rôle de tiers paternel.

Cette fonction paternelle du psychomotricien s'illustre d'une manière flagrante au sein du groupe piscine mère-enfant. Tout au long de l'année, j'ai remarqué que les interactions entre ma maître de stage, moi-même et les différentes dyades venaient faire du tiers au sein de la relation mère-enfant. Par ailleurs, au fil de mes

⁸² POTEL, 2010, p. 324.

⁸³ *ibid*, p. 330.

propres interactions avec les enfants et notamment avec Eliott, j'ai pu remarquer que le psychomotricien pouvait endosser un autre aspect de la fonction paternelle tout aussi important : celui des interactions plus physiques permettant à l'enfant de s'ouvrir vers l'extérieur.

Alors que je joue avec Eliott à faire des plongeurs en partant des marches, je m'aperçois qu'il fait beaucoup d'efforts pour essayer de nager. Je lui propose alors de mettre une frite sous nos bras pour que nous puissions nous déplacer ensemble. Voilà que nous partageons une grande frite et que nous nous déplaçons à l'unisson d'un bout à l'autre du bassin pour aller voir un à un chaque membre du groupe. Puis, au bout d'un certain temps, je laisse la frite à Eliott et me déplace toujours à côté de lui pour le suivre où il veut aller. Heureux de pouvoir se déplacer, Eliott poursuit sur sa lancée et retourne voir les différents membres du groupe. À chaque fois qu'il retourne vers sa mère, il explose de joie et se jette dans ses bras. Celle-ci semble alors heureuse de voir son fils s'épanouir de la sorte dans l'eau et l'encourage à continuer son jeu en lui disant de retourner voir telle ou telle personne. C'est ainsi que petit-à-petit, tout le monde accompagne Eliott dans son jeu en l'appelant, tour à tour, avec enthousiasme pour qu'il vienne les voir : un petit peu comme lorsqu'un bébé fait ses premiers pas.

Par le biais de la proposition que je lui ai faite, Eliott a pu s'ouvrir au reste du groupe et profiter de moments de complicité avec sa mère. Ainsi, dans le cadre d'un accompagnement mère-enfant, en endossant une fonction plus paternelle, le psychomotricien dynamise les interactions au sein du groupe et étaye les mères dans leurs fonctions maternelles. En effet, le psychomotricien ne se substitue en rien au rôle de la mère.

Enfin, notre rôle en tant que psychomotricienne et stagiaire psychomotricienne au sein du groupe est d'apporter un nouveau regard ainsi qu'une nouvelle compréhension sur le développement de chaque enfant. En effet, la spécificité de la psychomotricité est d'appréhender le sujet dans sa globalité. Il sera donc intéressant et important de partager avec les mères cette vision globale de l'enfant

ainsi que nos connaissances sur son développement afin de replacer leur enfant au sein d'une perspective développementale. Cela permettra aux mères de se détacher, dans la mesure du possible, des troubles les plus bruyants de leur enfant pour pouvoir porter, elle-même, un nouveau regard sur celui-ci.

IV. Accompagnement proposé à Eliott et Mme D.

Les différents éléments cliniques que j'ai présentés jusque-là ne montrent qu'une partie du chemin parcouru cette année avec Eliott et Mme D. En réalité, ce chemin a été jalonné de remises en question face à ce que nous pouvions apporter à cette dyade. Les difficultés relationnelles entre Eliott et Mme D. sont tellement importantes qu'il nous a été difficile de trouver comment les accompagner. Finalement, à ce stade de l'année, une question se pose : notre simple présence a-t-elle suffi à réunir cette dyade ?

1. Les bénéfices du groupe pour Eliott

Il me semble important de souligner ici les bénéfices qu'a pu avoir le groupe sur Eliott. Comme j'ai pu le dire précédemment, Eliott est un petit garçon envahi par la colère et par la peur. À l'IME, il répète continuellement les mêmes jeux sans pouvoir s'en sortir. Le groupe piscine n'a donc pas fait exception. Cependant, au fil de l'année, nous avons pu observer que ces mêmes jeux gagnaient peu à peu en richesse. Eliott est finalement parvenu à amorcer un travail d'élaboration de ces violences et de ces peurs autour du jeu dans l'eau et du jeu symbolique.

Les propriétés de médium malléable de l'eau ont été particulièrement bénéfiques pour Eliott. Avant de pouvoir construire des jeux symboliques, Eliott s'est beaucoup battu avec l'eau. Il l'a malmenée, l'a frappée et s'est jeté à corps perdu en elle. Toutes ces expériences lui ont permis de tester le caractère indestructible et permanent de son environnement. Puis, en faisant ces mêmes expériences avec les différentes thérapeutes encadrant le groupe, Eliott a pu se rassurer. Nous aussi nous étions là pour lui, indestructibles malgré ses nombreuses attaques et toujours à ses côtés.

Plus récemment, ces jeux se sont transformés en jeu symbolique. Les frites se sont peu à peu métamorphosées en serpents venant menacer le groupe et un jouet en forme de pingouin est devenu une personne qu'il faut punir pour avoir éclaboussé les autres. Au travers de ces jeux, Eliott met en jeu plusieurs choses. En tuant avec acharnement les serpents avec la psychologue, Eliott se place en protecteur du groupe, prêt à tout pour protéger les autres membres. Puis, en punissant le pingouin de bien des manières, Eliott rejoue les différentes situations dans lesquelles il a lui-même été puni. Par ce biais, il intègre également les différentes règles régissant notre société.

Enfin, le groupe a également permis à Eliott de faire de nouvelles expériences corporelles. Il se déplace de mieux en mieux dans l'eau et n'a presque plus besoin de matériel pour cela. Il plonge maintenant avec joie et remonte à la surface sans aide. Il donne l'image d'un petit garçon qui s'épanouit de plus en plus dans sa motricité mais également dans la relation à l'autre.

2. Quand on touche aux limites du dispositif

Malgré les aboutissements que nous avons pu atteindre avec Eliott, un constat nous a particulièrement posé question : peu importe ce que nous proposons à Eliott et Mme D., il nous a longtemps semblé impossible de réunir cette dyade.

Comme j'ai pu le dire précédemment, Mme D. était très passive durant les premiers mois du groupe. Dans l'eau, elle se tétanise si personne ne vient vers elle. Au cours de quelques séances, elle parvient malgré tout à partager de rares moments de plaisir dans le jeu. Sauf que ces jeux ne se font pas avec son fils. En dépit de nos efforts, les moments de plaisir partagés entre Eliott et Mme D. se font très rares. Puis vient l'hiver, Eliott et Mme D. ratent alors de nombreuses séances. Certaines de ces absences sont justifiées par la fragilité d'Eliott, tombant facilement malade en raison de sa trisomie. Cependant, d'autres ne le sont pas du tout. Ne sachant plus quoi leur proposer pour que Mme D. puisse investir cet espace, nous avons fini par douter de la place de cette dyade au sein du groupe.

Puis, un jour nous lâchons prise : la fragilité psychique de Mme D. ne lui permet peut-être pas de pouvoir se saisir de ce dispositif de la manière dont nous l'avions espérée. Si nous ne remettons plus en cause sa place au sein du groupe, nous

réévaluons tout de même nos objectifs. C'était sans compter tout le cheminement silencieux que Mme D. avait pu faire jusque-là sans que nous nous en rendions compte. Finalement, tous nos efforts n'ont peut-être pas été vains. Voilà que Mme D. reprend consistance sous nos yeux.

Elle qui était si passive jusque-là joue maintenant joyeusement avec les autres membres du groupe mais aussi avec son fils. Elle s'investit d'ailleurs beaucoup plus auprès de lui. À notre grande surprise, elle commence même à nous parler de son histoire. Elle témoigne de plus en plus des violences qu'elle a pu vivre au cours de sa vie : celles vécues avec son mari mais aussi celles vécues alors qu'elle était enfant. Elle fait également des liens entre l'éducation qu'elle a reçue en Haïti et celle qu'elle offre à ses enfants. Elle nous explique alors qu'il est difficile pour elle de comprendre les besoins de son fils étant donné que le handicap n'est pas du tout pris en considération là-bas. Par ailleurs, ce mouvement d'ouverture vers nous n'est pas isolé. Elle se rend depuis peu au groupe de parole pour les parents de l'IME.

Ainsi, l'hypothèse que j'ai formulée précédemment sur les difficultés qu'a pu avoir Mme D. à créer une alliance thérapeutique avec nous peut être nuancée. Comme je l'ai dit, le fait d'avoir vécu le placement de ses enfants a très certainement créé une méfiance à l'égard des professionnels pouvant l'entourer. Cependant, nous pouvons également faire l'hypothèse que la fragilité psychique de Mme D. ainsi que ses propres carences ont impliqué qu'elle ait besoin de plus de temps pour se sentir en sécurité avec nous. La contenance du milieu aquatique et du groupe lui aurait donc permis d'acquérir les assises nécessaires pour pouvoir enfin soutenir son fils et jouer avec lui.

3. Ma place particulière au sein de cette dyade

De manière générale, l'accompagnement de cette dyade a éveillé beaucoup de question en nous. Cependant, ces questionnements étaient, pour moi, d'autant plus importants que, dès le départ, je me suis beaucoup investie avec Eliott et Mme D. Quel est mon rôle face à cette dyade ? À quelle distance dois-je me placer ? Et, comment soutenir Eliott et Mme D. dans leur relation sans être envahissante ou encore une menace pour Mme D. ? Certaines de ces questions sont encore sans réponse. Je tâcherai pourtant de décrire ici le chemin que j'ai parcouru avec cette

dyade tout au long de l'année. Chemin qui m'a rapprochée un peu plus près de la psychomotricienne que je serais bientôt.

Tout d'abord, il y a une évidence : ma relation avec Eliott. Depuis ma première rencontre avec lui, je ressens un lien particulier entre nous. Eliott me touche. Avant même de connaître son histoire, je perçois une grande fragilité chez ce petit garçon. Pour ces raisons, j'éprouve le besoin de les accompagner, sa mère et lui, tout au long de la première séance à la piscine. Au cours des premières séances, Eliott s'agrippe à moi avec force. Il me donne l'impression d'avoir peur que je ne le lâche. Pourtant, avec le temps, je sens que nous parvenons à nous accorder. Eliott ne s'agrippe plus autant à moi, il parvient à se détendre, rendant les moments de portage plus harmonieux et réciproques. Une chose étrange se produit alors : Eliott, qui semble si insécure, me fait peu à peu ressentir qu'il m'accorde sa confiance.

Nous entrons alors dans une deuxième phase de notre relation et devenons de véritables partenaires de jeux. Ensemble, nous explorons l'espace de la piscine en allant voir les différents membres du groupe. Au cours de chacun de ces jeux, j'introduis le plus possible Mme D. qui observe Eliott de loin. Il arrive parfois que je puisse être témoin de véritables moments de complicité entre eux. Je m'accroche donc le plus possible à ces moments pour accompagner Eliott et Mme D. à en créer de nouveau. Jusqu'au jour où Eliott décide de lui-même d'introduire sa mère dans l'un de nos jeux. Depuis ce jour, la relation entre Eliott et Mme D. s'apaise. Une alliance se crée peu à peu entre Mme D. et moi. Mme D. étant beaucoup plus enjouée et moins sur la défensive, une complicité s'installe également dans le jeu.

Ma place au sein de cette dyade prend ainsi tout son sens. C'était donc ça mon rôle, être simplement présente pour Eliott et Mme D. Ma présence a permis à Eliott de se sentir suffisamment en sécurité pour explorer son environnement, pour aller vers les autres mais aussi vers sa mère. Or, ce mouvement vers sa mère constitue pour moi l'aboutissement le plus important pour cette dyade.

CONCLUSION

Tout au long de ce mémoire, j'ai essayé de présenter le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement et le soutien de parents d'enfants handicapés admis en IME.

Pour cela, il m'a d'abord fallu poser un constat. L'annonce du handicap d'un enfant bouleverse profondément le fonctionnement familial. Pris dans le deuil impossible d'un enfant bien vivant, les parents doivent apprendre à vivre avec la réalité de son handicap. Les parents entrent alors dans un parcours semé d'embûches, rythmé par les différentes prises en charge de l'enfant, par les petits bonheurs liés à ses progrès mais aussi par le combat constant qu'implique son handicap.

Lorsque l'enfant est orienté en IME, les parents se retrouvent de nouveau confrontés à une réalité froide : leur enfant n'aura jamais le parcours scolaire classique qu'ils avaient tant espéré pour lui. Cette orientation marque encore plus la différence et l'écart qui se creusent entre leur enfant et un enfant non-handicapé. Cependant, comme je l'ai dit, ce handicap n'empêche en rien la capacité de l'enfant à s'épanouir si l'environnement lui en donne l'occasion. C'est donc là qu'intervient le psychomotricien.

La spécificité du psychomotricien est de prendre en compte le sujet dans sa globalité. Il viendra soutenir l'enfant dans son développement psychomoteur mais aussi dans son développement psycho-affectif. Cet accompagnement est d'autant plus important qu'il permet à l'enfant de se découvrir dans le jeu et dans le plaisir à un moment où ses parents se concentrent principalement sur ses compétences et ses apprentissages. Ainsi, au travers de la présentation du groupe piscine mère-enfant et des études de cas des dyades y participant j'ai pu exposer les différentes manières dont le psychomotricien pouvait soutenir les relations mère-enfant.

J'ai montré que, par sa compréhension du développement psychomoteur de l'enfant, le psychomotricien peut expliquer aux parents les besoins de leur enfant tout en le replaçant dans une perspective développementale. Du fait de la singularité du regard qu'il porte sur l'enfant, le psychomotricien souligne et valorise

ses compétences pour aider les parents à poser petit à petit un nouveau regard sur lui. Le psychomotricien soutient également les parents dans leurs fonctions parentales sans jamais les juger ni prendre leur place. Enfin, le rôle le plus important du psychomotricien est, selon moi, d'être simplement présent à la relation. La présence du psychomotricien fera du tiers au sein de relations pouvant être compliquées. Par son implication corporelle et par le jeu, il amènera parents et enfants à entrer en relation différemment et à créer de nouveaux souvenirs teintés par le plaisir de partager ensemble un moment privilégié.

Néanmoins, le psychomotricien en IME n'est pas seul face aux parents, il s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire du soutien à la parentalité. La spécificité et la complémentarité des différents regards portés sur l'enfant offriront aux parents une compréhension globale de ses capacités.

Ce mémoire constitue l'aboutissement d'une année de partage, de questionnements et de recherches. Il constitue également l'aboutissement de deux années de stages et de trois années de formation. Entre moments de joies et moments de doutes, cette année passée aux côtés des mères et des enfants participant au groupe aura sans aucun doute forgé la psychomotricienne que je serai bientôt. Elle me laisse en tout cas avec une certitude : il est vain de travailler avec les enfants sans inclure leurs parents. Je terminerai donc ce mémoire en reprenant à ma manière les mots de Donald Winnicott : peu importe son âge, un enfant ne peut pas exister tout seul ; il fait essentiellement partie d'une relation.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

Ajuriaguerra, J. de & Angelergues, R. (1962). De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre de Henri Wallon. In F. Joly & G. Labès (Eds). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Volume 1 : corps, tonus et psychomotricité* (pp. 185-196). Montreuil : Éditions du papyrus, 2008.

American Psychaitric Association (2016). *Mini DSM-5* (M-A. Crocq & J-D. Guelfi, trad.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Ballouard, C. (2003). *Le travail du psychomotricien*. Paris : Dunod, 2006.

Ben Soussan, P. (2000). Faites des pères, faites des mères In P. Ben Soussan (Eds). *La parentalité exposée* (pp. 7-23). Toulouse : Érès, 2012.

Chabrol, B. (2006). C'est quoi le handicap ? In P. Ben Soussan (Eds). *L'annonce du handicap autour de la naissance en douze questions* (pp. 15-27). Toulouse : Érès.

Freud, S. (1919). *Essais de psychanalyse appliquée* (M. Bonaparte & E. Marty, trad.). Paris : Gallimard, 1933.

Funck-Brentano, I. (2008). Donald W. Winnicott. In B. Golse (Eds). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant* (pp. 75-89). Issy-les-Moulineaux : Masson.

Gardou, C. (1996). Vivre malgré et avec le handicap de son enfant. In C. Gardou (Eds). *Parents d'enfant handicapé*. Toulouse : Érès, 2000.

Grim, O. (2000). *Du monstre à l'enfant : Anthropologie et psychanalyse de l'infirmité*. Paris : CTNERHI.

Jover, M. (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. In J. Rivière (Eds). *Le développement psychomoteur du jeune enfant : idées neuves et approches actuelles* (pp. 17-52). Marseille : Solal éditeur.

Korff-Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris : Fayard, 2016.

Laplanche, J. & Pontalis J.-B. (1967). *Vocabulaire de psychanalyse*. Paris : PUF, 2009.

Lefèvre, A. (2012). *100 % Winnicott*. Paris : Eyrolles.

Le Petit Robert. (2013). Paris : Dictionnaires Le Robert.

Luigi-Duggan, A. (2015). *Les médiations aquatiques : Un ailleurs de soi ... Animer, accompagner, soigner*. Barretali : Luigi-Duggan.

Makanga, J. B. (2015). *Jean Piaget : simplement expliqué aux étudiants*. Paris : L'Harmattan.

Mazet, P. & Stoléru, S. (1988). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant : Développement et interactions précoces*. Paris : Masson, 2003.

Ouchacoff, L. (2015). Modalités de prise en charge : prise en charge en groupe. In Giromini, F., Albaret J.-M. & Scialom, P. (Eds). *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tome 2* (pp. 137-154). Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur, 2017.

Piaget, J. & Inhelder, B. (1966). *La psychologie de l'enfant*. Paris : PUF, 2012.

Potel, C. (1999). *Le corps et l'eau : Une médiation en psychomotricité*. Toulouse : Erès, 2017.

Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Erès, 2015.

Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel : une clinique psychothérapique du corps*. Toulouse : Erès.

Ringler, M. (1998). *L'enfant différent : Accepter un enfant handicapé*. Paris : Dunod, 2001.

Ringler, M. (2009). *Le bonheur de l'enfant handicapé*. Paris : Dunod.

Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris : Desclée de Brouwer.

Stiker, H-J. (1997). *Corps infirmes et sociétés : Essais d'anthropologie historique*. Paris : Dunod, 2013.

Winnicott, D. W. (1957). *L'enfant et sa famille : les premières relations*. (A. Stronck-Robert, trad). Paris : Éditions Payot, 2017.

Winnicott, D. W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur : Le développement des relations*. (A. Stronck-Robert, trad). Paris : Éditions Payot, 1995.

Winnicott, D. W. (1988). *Le bébé et sa mère* (M. Michelin & L. Rosaz, trad). Paris : Éditions Payot, 1992.

ARTICLES

Bachollet, M.-S. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19. doi : 10.3917/ep.049.0014

Billard, M. & Costantino, C. (2011). Fonction contenante, groupes et institution soignante. *Cliniques*, 1, 54-76. doi : 10.3917/clini.001.0054

Cungi, C. (2009). L'alliance thérapeutique. *Les grands dossiers des sciences humaines*, 15, 34-35.

Etchart, P., Guenego, P., Santène-Chevalier, A. & Sanchou, P. (2016). Les IME : Enjeux et perspectives. Introduction. *EMPAN – Prendre la mesure de l'humain*, 104, 9-12.

Lamboy, B. (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. *Devenir*, 21, 31-60. doi : 10.3917/dev.091.0031

PrévotEAU, C. (2017). La mère suffisamment bonne : ni trop, ni pas assez. *Santé mentale*, 220, 12.

MÉMOIRES

Pouts, P. (2016). *Je ressens donc je suis. La représentation de soi altérée par la déficience intellectuelle : le choix des médiations sensorielles*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

Quesne, A. (2010). *Le corps et sa danse : parcours psychocorporel d'un groupe d'adolescentes déficientes intellectuelles en psychomotricité*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

Siffert, R. (2014). *Psychomotricien / Enfant / Parents : chacun sa place, chacun son espace. Réflexion sur la dimension relationnelle en psychomotricité*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

Tiznel-Saïdani, S. (2017). *Le préjugé est enfant de l'ignorance : quand les ressentis du psychomotricien s'immiscent dans l'instauration de l'alliance thérapeutique avec les parents*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

SITOGRAPHIE

Site source définition du handicap : Site de l'OMS
<http://www.who.int/topics/disabilities/fr/> consulté le 26/02/218.

Site source définition du deuil : Dictionnaire de français Larousse
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/deuil/24893> consulté le 20/03/2018.

Site source définition de la parentalité : Dictionnaire de français Larousse
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parentalité/58145> consulté le 05/04/2018.

Site source définition de la définition de la déficience intellectuelle : Site de l'OMS
<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability> consulté le 17/04/2018.

RÉSUMÉ

L'annonce du handicap à la naissance bouleverse profondément un fonctionnement familial. Admis de tous, ce constat implique de plus en plus que les parents soient accompagnés précocement dans la découverte et l'acceptation du handicap de leur enfant. Mais qu'en est-il lorsque celui-ci grandit ? Partant d'un désir de soutenir et d'accompagner au plus près les parents d'enfants handicapés, l'IME dans lequel j'ai fait mon stage a innové. Ce mémoire retrace donc la création d'un groupe piscine mère-enfant. Au travers de l'étude de cas des trois dyades mère-enfant y participant je tâcherai d'exposer le rôle du psychomotricien dans ce type d'accompagnement. De l'annonce du handicap à l'épanouissement de l'enfant, je m'intéresserai ici aux conséquences du handicap sur la dynamique familiale.

Mots Clés : Psychomotricité – Handicap – Déficience intellectuelle – Parentalité – Médiation aquatique – Alliance thérapeutique

ABSTRACT

Learning after birth about a child's handicap can profoundly change a family dynamic. Acknowledged by all, this statement implies that parents are more and more supported in the discovery and the acceptance of their child's handicap. But what about when the child is growing ? Starting from a desire to support and accompany the handicapped child parent's, the IME in which I did my internship innovated. This essay will tell the story of the creation of a swimming pool group for mother and child. Through the study of my encounter with three mother and child dyads, I will try to expose the psychomotor therapist role in that kind of support. From the handicap announcement to the child's fulfillment, my focus here will be the handicap's consequences on the family dynamic.

Keywords : Psychomotricity – Handicap – Intellectual disability – Parenthood – Aquatic mediation – Therapeutic alliance