



HAL
open science

“ Cette chanson douce je veux la chanter aussi ” : le psychomotricien dans l’alliance du soin de l’enfant en situation de handicap et du soutien à la parentalité

Élise Marquet

► **To cite this version:**

Élise Marquet. “ Cette chanson douce je veux la chanter aussi ” : le psychomotricien dans l’alliance du soin de l’enfant en situation de handicap et du soutien à la parentalité. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02939441

HAL Id: dumas-02939441

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939441>

Submitted on 15 Sep 2020

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.

« Cette chanson douce je veux la chanter aussi »* :
le psychomotricien dans l'alliance du soin de l'enfant
en situation de handicap et du soutien à la parentalité

*Parole issue de la chanson *Le Loup, la Biche et le Chevalier*, écrite par Maurice Pon en 1950.

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricien
Session de juin 2020

Référents de mémoire :
Agnès Boucris
Olivier Grim

Nom de l'étudiant :
Elise Marquet

« En dépit des mathématiques, Moi et l'autre nous sommes un, habillé de peau et palpitant de muscles, surface et profondeur, corps qui questionne et qui répond. Nous sommes notre reflet et notre double, redoublement et unité, Moi et l'autre, fusion et distance, *alter* et *ego*. »

Ajuriaguerra, 1985, p.319.

Remerciements

Aux personnes avec qui la vie est si fertile,
Maîtres de stage, Professeurs, Maîtres de mémoire, Professionnel.le.s du soin,
Patient.e.s, Artistes,
Famille et Ami.e.s,
,

Je vous remercie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
PARTIE 1. LA DIFFICULTE D'ETRE ENSEMBLE	11
I. PRESENTATION DU CADRE D'OBSERVATION ET D'INTERVENTION.....	12
1. <i>Présentation de mon terrain de stage</i>	12
2. <i>La place de la psychomotricité au sein de la Direction de l'Enfance et de la Famille</i>	13
(a) Les missions de la psychomotricienne	13
(b) La psychomotricité au sein de la PMI	13
II. FAJAR ET SON ENFANT ZEPHYR	15
1. <i>La naissance de Zéphyr : l'aube d'une rencontre</i>	16
2. <i>Le parcours de la dyade : entre PMI de secteur et examens</i>	17
III. CLINIQUE DES INTERACTIONS ENTRE UNE MERE ET SON BEBE : QUELLE PLACE POUR LE HANDICAP ?	18
1. <i>Ma première rencontre avec la dyade</i>	19
2. <i>Les compétences de l'enfant</i>	22
(a) L'impact de la paralysie cérébrale au sein des relations parents-enfant.	22
(b) Le tonus : support de l'évolution motrice et des émotions	23
(c) Les fonctions de l'hypertonie et de l'hypotonie au sein de la motricité primaire : du tonus aux représentations.....	24
(d) L'agrippement visuel de Zéphyr et son rôle dans la régulation tonique ..	25
3. <i>La « matrescence » – naissance d'une mère</i>	26
(a) Un phénomène biologique	27
• La plasticité neuronale chez la mère	28
• L'accouchement	29
(b) Un phénomène psychique	29
• La transparence psychique maternelle	30
• La préoccupation maternelle primaire	31
(c) Un phénomène social	32
4. <i>Les différents types d'interactions mère-bébé</i>	33
(a) Les interactions comportementales	33

• Les interactions corporelles.....	33
• Les interactions visuelles	35
• Les interactions vocales	35
(b) Les interactions affectives	36
(c) Les interactions fantasmatiques	38
PARTIE 2. DE L'ANNONCE DU HANDICAP A L'ENFANT REEL.....	40
I. CLINIQUE DE L'APPREHENSION DU HANDICAP : LA DIFFICULTE DE SE VIVRE COMME PARENT DANS LA SITUATION DE HANDICAP DE SON ENFANT	41
1. <i>Des mots sur le diagnostic</i>	41
2. <i>Zéphyr, réveille-toi pour maman</i>	42
II. HANDICAP ET PARENTALITE	44
1. <i>L'annonce du handicap</i>	44
2. <i>L'identité dans le handicap : l'autre analogue de soi ?</i>	46
(a) La place du corps dans la notion de handicap.....	47
(b) Le handicap, une situation d'entre-deux	48
(c) Identité VS situation : du corps défaillant au corps social	49
3. <i>L'écart impardonnable avec la norme</i>	50
(a) La difficulté de penser, la difficulté de s'identifier.....	50
(b) Le deuil de l'enfant imaginaire ?	52
(c) Entre culpabilité et responsabilité	52
III. DE LA PARENTE A LA PARENTALITE	53
1. <i>La parenté</i>	54
(a) La filiation.....	54
(b) L'exogamie et la prohibition de l'inceste	54
2. <i>La parentalité</i>	55
(a) La naissance du concept : l'approche sociologique.....	55
(b) Trois principes	56
IV. LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LE PROCESSUS DE PENSER LE HANDICAP	57
1. <i>La lecture psychomotrice</i>	58
2. <i>Le psychomotricien, fonction alpha de la dyade</i>	59

PARTIE 3. LE POSITIONNEMENT DU PSYCHOMOTRICIEN AU SEIN DES ENJEUX RELATIONNELS PARENT-ENFANT	62
I. LA QUESTION DE LA DISTANCE AU SEIN DE LA DYADE	63
II. LA COMMUNICATION INFRA-VERBALE	65
1. <i>Le dialogue tonico-émotionnel</i>	66
2. <i>L'étayage psychomoteur</i>	67
3. <i>Entre ajustement et rupture : la place du psychomotricien dans la rythmicité des échanges</i>	69
(a) L'ajustement du psychomotricien, au risque de la confusion ?.....	69
(b) Le dialogue tonique, étai des processus de synchronie et de différenciation	71
III. LA PLACE DU TRANSFERT ET DU CONTRE-TRANSFERT DANS LE CADRE THERAPEUTIQUE	73
1. <i>Quel cadre thérapeutique au sein de la PMI ?</i>	74
2. <i>La distanciation entre le rôle maternel et celui du thérapeute</i>	76
(a) De l'empathie au contre-transfert corporel.....	77
(b) Le soutien du développement de l'enfant et la séparation des rôles	79
CONCLUSION	82
BIBLIOGRAPHIE	84

Introduction

L'arrivée au monde d'un enfant m'a toujours fascinée. J'ai navigué dans le parcours supérieur entre études d'Histoire et formation de comédienne, entre « boulots » d'animatrice périscolaire et d'Accompagnante d'Elèves en Situation de Handicap. Les histoires individuelles et collectives m'ont passionnées et me passionnent encore. La psychomotricité m'offre un nouveau point de vue. Dans cette histoire, le bébé relie les temps : du passé à la projection du futur en passant par le présent, réunissant le rêve et le vécu. La circularité de son développement – entre équipement biologique, structurel et fonctionnel, expériences au sein de l'environnement, et sécurité affective (Devanne & Pavot-Lemoine, 2017, p.123) – me mène à penser l'être psychomoteur de manière interactive.

La Protection Maternelle Infantile¹ (PMI) est un terreau de ces histoires... fruit d'une politique commune et d'histoires relevant de l'intime. Dans le cadre de la Protection de l'Enfance, l'enfant est reçu avec une partie de son environnement relationnel. C'est dans ce cadre que se situe l'objet de mon mémoire, dans la rencontre singulière d'une mère et de son enfant présentant un retard global de développement. La dyade² consulte en psychomotricité suite à l'indication de la médecin-pédiatre d'une PMI de la circonscription. Si l'objet de la rencontre est le retard global de l'enfant, rapidement, la place de la jeune femme au sein de la séance me questionne sur les possibilités d'interactions du psychomotricien avec l'enfant. Les temps de silence se font rares, ils sont emplis de mots et de paroles de la mère concernant le développement de son

¹ Les missions de la PMI sont la prévention et la surveillance sanitaire des femmes et des enfants âgés de zéro à six ans, la planification familiale et le suivi des modes d'accueil collectifs et individuels du tout-petit. Parmi les professionnels présents, certains font de la prévention seulement auprès des femmes : ils sont alors dits « de PM » pour Protection Maternelle. C'est le cas du médecin gynécologue qui assure la planification familiale (maîtrise de la fécondité, éducation à la sexualité, suivi gynécologique) et des sages-femmes qui accompagnent le suivi de la femme en prénatal et post-natal. Les professionnels destinés à la Protection Infantile (PI) sont les médecins-pédiatres (suivi pédiatrique, conseils, prescriptions), les puéricultrices (conseils, visites à domicile, suivi médical) et les auxiliaires puéricultrices (conseils, pesées, mesures, gestion administrative). Les psychologues et psychomotriciennes interviennent auprès des deux publics, que ce soit en individuel (seulement la mère ou l'enfant) ou à plusieurs – faisant alors intervenir la dyade, parfois le père, la fratrie, ou la famille élargie (informations issues d'un entretien oral individuel avec la directrice-puéricultrice du Centre de PMI auquel je suis accueillie).

² Selon le dictionnaire le Grand Robert (2005), le mot « dyade » désigne selon l'usage général la réunion de deux éléments formant alors une unité. Ici, elle se réfère au couple mère-bébé.

enfant, entre espoirs et inquiétudes. Aussi, elle affirme régulièrement son rôle de mère courageuse.

L'indication première de soutien au développement de l'enfant se teinte alors de soutien à la parentalité. Se pose pour moi la question de la coexistence de ces deux mandats. Le psychomotricien peut-il soutenir la parentalité en même temps que le développement de l'enfant ?

Ces objectifs m'ont parfois paru s'opposer, entre l'urgence du soutien précoce de l'enfant et la patience nécessaire à l'accompagnement de cette jeune mère dans ce devenir. La démarche soignante du psychomotricien s'appuie sur certains concepts issus de l'étude du soin maternel, tel que le dialogue tonique³, le *holding*, le *handling*⁴ ou encore la fonction alpa-isante et la rêverie maternelle⁵. En ce sens, les limites entre le soin maternel et psychomoteur me sont apparues parfois incertaines. Ce manque de discernement me paraît être une faille dans l'exercice du soutien à la parentalité, entraînant possiblement une rivalité entre le parent et le soignant... mais peut-être aussi une source d'identification. Parallèlement, il me semble difficile et stérile de ne pas considérer le parent comme premier maillon du soutien au développement du tout-petit... davantage encore dans le cadre du handicap⁶ de l'enfant, lorsque la parentalité est fragilisée.

J'ai conscience que ma démarche d'élaboration clinique s'intègre à travers mon point de vue, relatif. Je souhaite ainsi situer mon mémoire au sein d'une démarche relevant du relativisme méthodologique⁷ :

« Le constat de départ est que, en fonction de la focale ou de l'échelle d'observation choisie, la réalité observée change, les points de repère se transforment, la question de la rationalité évolue et les variables qui paraissaient indépendantes pour un

³ Cf. *infra*, « Le dialogue tonico-émotionnel », p.66.

⁴ Cf. *infra*, « Les interactions corporelles », p.33.

⁵ Cf. *infra*, « Le psychomotricien, fonction alpha de la dyade », p.59.

⁶ Cf. *infra*, « Handicap et parentalité », p.44.

⁷ Méthode trans- et interdisciplinaire, prenant en compte la variété des points de vue et de ses niveaux dans l'appréhension de la réalité. Dominique Desjeux, anthropologue social, dit à ce propos : « Chaque échelle me sert de contexte vis-à-vis des autres. [...] la méthode des échelles me montre que l'observation de la réalité est discontinue, sauf aux points de contact entre deux échelles, ces points n'existant pas dans l'absolu mais en fonction des découpages de la réalité. » (Desjeux, 2004, p.13-14).

économiste, par exemple, peuvent devenir dépendantes pour un psychologue à son échelle d'observation et *vice versa*. » (Desjeux, 2004, p.5).

J'ai alors souhaité cerner au mieux mes questionnements à travers la description d'aperçus cliniques auprès du couple mère-enfant, pour en éclairer certains enjeux selon des focales différentes. Mon mémoire s'inscrit ainsi dans une perspective clinico-théorique.

Afin de comprendre comment le psychomotricien peut associer le soutien à la parentalité à celui du développement de l'enfant, je ferai part dans un premier temps de mes observations auprès de l'enfant et de sa mère au niveau individuel, puis les relierai à la place qu'occupent les protagonistes au sein des interactions. Dans un deuxième temps, je situerai certaines conséquences de l'annonce du handicap au sein de la parentalité. J'en dégagerai alors la place du psychomotricien dans ces enjeux. Dans une dernière partie, je développerai l'engagement relationnel spécifique du psychomotricien auprès de la dyade.

Partie 1. La difficulté d'être ensemble

I. Présentation du cadre d'observation et d'intervention

Depuis septembre 2019, je suis accueillie en tant que stagiaire au sein d'un Centre de PMI. Ce type de structure appartient au service de la Direction de l'Enfance et de la Famille, lui-même affilié au Conseil Départemental. La politique départementale détermine à ce titre la façon dont sont menées les missions des PMI du territoire.

1. Présentation de mon terrain de stage

La PMI dans laquelle je suis accueillie se situe à proximité de divers moyens de transports en commun (bus, tramway, RER), ce qui facilite l'accès au centre pour les usagers de ces services.

Le bâtiment est agencé sur trois étages. Le rez-de-chaussée constitue un hall d'accueil vierge où s'entreposent les poussettes. On accède aux étages supérieurs grâce à l'ascenseur ou aux escaliers. Au premier étage se situe la salle d'attente, sorte de rond-point entre l'accueil administratif, la salle des pesées, la salle de consultation pédiatrique, la salle de consultation gynécologique et les sanitaires. Les étages supérieurs – deuxième et troisième étages – ne sont accessibles aux usagers qu'avec l'accompagnement d'un professionnel de la structure. Les salles du deuxième étage sont disposées de part et d'autre d'un couloir. S'y trouvent la salle de la psychologue, le bureau de la directrice-puéricultrice, la salle de la psychomotricienne, la salle de repos du personnel, et les sanitaires. Au troisième étage se situent d'anciens bureaux auparavant destinés à la secrétaire de circonscription et à la secrétaire des assistantes maternelles, ainsi qu'une grande salle de réunion.

La PMI regroupe actuellement une directrice-puéricultrice, trois auxiliaires de puériculture, deux médecins-généralistes, une psychologue, une psychomotricienne, une gynécologue, une sage-femme, une éducatrice de jeunes enfants, une secrétaire de circonscription et une secrétaire chargée de la gestion des assistantes maternelles.

2. La place de la psychomotricité au sein de la Direction de l'Enfance et de la Famille

La psychomotricienne de la PMI est employée par le Conseil Départemental et est rattachée au service d'une de ses circonscriptions. Son travail est encadré par deux personnes : la responsable de la circonscription administre l'encadrement fonctionnel de la psychomotricienne, tandis que la responsable du bureau de Protection Infantile gère l'encadrement technique.

(a) Les missions de la psychomotricienne

Les missions de la professionnelle s'élaborent sur différentes structures : les PMI et les crèches départementales rattachées à sa circonscription.

Au sein de ces dernières, la psychomotricienne apporte des conseils techniques aux agents de l'Accueil Collectif (activités psychomotrices, aménagements de l'espace, conseils liés au portage, etc.). Elle soutient les assistantes maternelles lors de l'accompagnement d'un enfant en situation de handicap.

Au sein des PMI de la circonscription, elle contribue à la prévention et au dépistage des troubles psychomoteurs chez l'enfant de moins de six ans. Lorsqu'un trouble est dépisté, elle participe à l'orientation de l'enfant dans un centre spécialisé. Les listes d'attente au sein de ces structures étant de plusieurs mois, la professionnelle assure lors du délai d'attente un accompagnement psychomoteur.

Elle assure en plus des actions de formation spécifiques auprès du réseau de professionnels de la Direction de l'Enfance et de la Famille – comprenant le Service de l'Aide Sociale à l'Enfance, le Service de Protection Maternelle et Infantile, et le Service des Crèches.

(b) La psychomotricité au sein de la PMI

La psychomotricienne est présente une journée par semaine à la PMI où j'effectue mon stage. Cette journée est consacrée aux consultations qui ont lieu au sein d'une salle à l'étage où est affiché le terme « motricité ». Cette salle d'environ 12 m² peut être utilisée par la psychologue les autres jours de la semaine : la psychomotricienne

bénéficie en effet de la plus grande salle. Pour l'équipe, sa venue représente un repère temporel. Si sa présence semble bien identifiée, je me questionne sur les représentations des professionnels à propos de la psychomotricité et sur ce que les patients en comprennent, l'affiche « motricité » sur le front de la porte prêtant à confusion.

Les indications en psychomotricité sont posées par les médecins-pédiatres, la puéricultrice-directrice de la PMI, la psychologue et la sage-femme. Les motifs sont variés. Ils impliquent la prévention primaire⁸ dans le suivi de la prématurité ou de complications obstétricales, l'accompagnement à la parentalité dans des situations de précarité psycho-sociale, le soutien à la mise en place des premiers liens parent-enfant, ou bien la préparation à l'accouchement notamment grâce à des techniques de relaxation et conscience corporelle. La psychomotricité est également indiquée dans des situations de prévention secondaire⁹, lorsqu'est repéré un retard psychomoteur chez l'enfant. Au sein de sa mission en PMI, la psychomotricienne peut alors indiquer des lieux de soins pour l'enfant, toutefois le temps d'attente étant particulièrement élevé pour les familles (quinze mois environ), la professionnelle effectue des suivis réguliers pour certains enfants. La psychomotricienne se situe alors dans une approche soignante, et non plus seulement préventive. Le délai d'attente questionne en effet l'intérêt de la prévention en l'absence d'une continuité dans le soin. L'attention portée aux mille premiers jours de l'enfant¹⁰ – dans le cadre du « parcours 1000 jours »¹¹ à l'initiative du secrétaire d'Etat chargé de la protection de l'enfance, Adrien Taquet – révèle par ailleurs la nécessité du soin précoce. L'attente entre les mesures préventives en PMI et le soin en structure spécialisée sont dans cette perspective un non-sens. C'est dans ce cadre clinique de soin que je m'interroge sur

⁸ Ensemble d'actions préventives visant à éviter l'apparition d'une maladie ou d'une déficience. L'action se situe donc en amont de la maladie (https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention, consulté le 10/01/20).

⁹ Actions préventives telles que les dépistages, accomplies lors de l'apparition de la maladie ou de la déficience (*Ibid.*).

¹⁰Période correspondant aux quatre premiers mois de grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant.

¹¹<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/reinventer-l-accompagnement-des-parents-durant-les-1000-premiers-jours-de-leur>, consulté le 16.03.20

la place du psychomotricien au sein de la dyade. Enfin, le surhandicap¹² doit être prévenu dans le cadre de la prévention tertiaire¹³. Prévention et soin se côtoient alors.

La psychomotricienne accueille souvent la mère et son enfant ensemble lors de séances de trente minutes. Cette durée est déterminée par la professionnelle qui souhaite accueillir le plus grand nombre de personnes afin de recevoir les demandes. La régularité des rendez-vous dépend des disponibilités de la professionnelle et des parents. Selon l'âge de l'enfant, la sévérité du trouble et/ou l'urgence devant les difficultés interactionnelles dans la relation parent-enfant, la psychomotricienne propose des séances de manière hebdomadaire, bimensuelle, mensuelle, trimestrielle, etc.

C'est dans ce cadre institutionnel que j'ai fait la rencontre de Fajar et de son enfant Zéphyr. Je fais le choix d'anonymiser les personnes en les nommant selon des références de la mythologie grecque. Fajar, « Aurore » en arabe, désigne la déesse Eos. Elle est la sœur d'Hélios – le Soleil – et lui ouvre les portes au matin pour l'accompagner dans sa course. Elle précède le jour. La déesse engendre des enfants, personnifications de différents vents : Borée, Notos et Zéphyr – vent doux d'ouest. En nommant l'enfant Zéphyr, je souhaite évoquer le mouvement qu'il fait naître.

II. Fajar et son enfant Zéphyr

Je rencontre Zéphyr – alors âgé de quinze mois – et sa mère la première fois en septembre 2019 à la PMI. Leur parcours en psychomotricité a commencé sept mois auparavant. L'endroit constitue un lieu de rencontre entre les familles, les femmes surtout. On y vient pour peser son enfant, pour demander une contraception, pour le suivi d'une grossesse... pour l'accompagnement de son tout-petit.

¹² Le surhandicap « [...] correspond à une aggravation d'une déficience physique ou psychique. » (Jaeger, 2017, p.221). Cette dénomination se situe dans le champ des handicaps associés, comprenant le polyhandicap, le plurihandicap et le surhandicap (*ibid.*).

¹³ Actions visant à éviter l'apparition des complications ou des récives (https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention, consulté le 10/01/20).

1. La naissance de Zéphyr : l'aube d'une rencontre

Le parcours de la dyade m'est connu à travers les paroles décousues de la mère, me perdant parfois dans l'espace-temps de son histoire. Parallèlement, j'ai pu consulter le dossier médical de l'enfant au sein du centre de PMI où la famille est accueillie. Le suivi en PMI de la famille étant rattaché au lieu d'habitation du couple, Fajar et Zéphyr sont accompagnés au sein d'une PMI dans laquelle la psychomotricienne n'intervient pas. Le parcours de soin est alors segmenté, pouvant mettre en péril la continuité des soins de la dyade. J'essaye ici de rassembler les éléments de vie de Fajar et de son enfant.

Zéphyr, de sexe masculin, naît à trente-six semaines d'aménorrhée d'un accouchement par voie basse avec présentation par le sommet. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Zéphyr a une « prématurité moyenne, voire tardive »¹⁴. Il pèse 2,680 kg, arpente 46,5 cm de la tête aux pieds et mesure 34 cm de périmètre crânien. Son score APGAR¹⁵ est de dix à chaque fois. La naissance est décrite par la mère comme traumatique, avec l'utilisation de forceps – à laquelle elle imputera d'ailleurs lors d'une séance en psychomotricité la cause des difficultés de son enfant. Zéphyr a un ictère nécessitant une photothérapie intensive entre son deuxième et quatrième jour de vie. Il reprend du poids à partir du cinquième jour avec une courbe pondérale en dents de scie.

Il est issu d'un couple d'origine tunisienne ayant entre eux un lien de parenté au deuxième degré, les parents de l'enfant étant cousins germains. Les parents de Zéphyr sont nés en France et y ont grandi. Le père a arrêté ses études après le baccalauréat pour se diriger vers le commerce. Il est actuellement boucher. Fajar a obtenu un Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP) en Carrières sanitaires et sociales et a travaillé dans une boulangerie en tant que vendeuse. Je découvre à travers son dossier en PMI la présence chez la jeune femme d'un léger déficit moteur à la main droite suite à la section d'un nerf. La jeune femme a une sœur de quelques années sa

¹⁴ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>, consulté le 28.11.19.

¹⁵ Score de vitalité du nouveau-né calculé selon la fréquence cardiaque, la coloration de la peau, la respiration, la réaction aux stimulations et le tonus musculaire – ceci à 1, 5 puis 10 minutes de vie. Le score est compris entre 0 et 10 (<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-nouveau-ne/depistage-neonatal-suivi-mere-bebe>, consulté le 21.04.20)

cadette, porteuse de la Trisomie 21. Elle a vingt-six ans lorsqu'elle accouche de Zéphyr. Avant lui, elle a fait une fausse couche.

2. Le parcours de la dyade : entre PMI de secteur et examens

Dans le cadre du suivi pédiatrique ayant lieu ici en PMI, cinq mois après la naissance de Zéphyr, la médecin de la Protection Infantile de secteur s'inquiète : l'enfant n'attrape pas les objets tendus et ne se redresse pas lorsqu'il est en décubitus ventral, son tonus est bas. Aux sept mois de Zéphyr, Fajar remarque une pâleur anormale de son enfant sans perte de conscience : elle appelle les pompiers qui essayent de la rassurer. La médecin de PMI enverra le lendemain l'enfant aux urgences pour cause de déshydratation. Il est alors hospitalisé 24h. Suite à cet épisode, la médecin fait la demande d'un bilan neurologique et note une hypotonie axiale. Elle conseille à Fajar de contacter un psychomotricien ou un kinésithérapeute en libéral.

Suite au début d'une prise en charge en kinésithérapie, la psychomotricienne de la circonscription rencontre les parents et l'enfant aux huit mois de ce dernier, adressé par la pédiatre de la PMI. Le père sera présent pour la seule et unique fois en séance de psychomotricité. Il a des difficultés à s'exprimer en français, sa conjointe traduit. Les rôles parentaux semblent répartis : lui veille à l'enfant mais ne change pas les couches. Ce n'est pas son rôle selon lui. Sans emploi actuellement, elle s'occupe de l'enfant lorsque son mari travaille. Elle a en plus la charge de la gestion administrative. La professionnelle rencontre un enfant hypotonique, les mouvements sont globaux et involontaires. Zéphyr est régulièrement placé dans un youpala par ses parents afin de stimuler sa motricité. La psychomotricienne apporte alors quelques conseils, elle s'interroge en plus sur l'existence ou non de troubles d'origine neurologiques. A neuf mois et demi, la pédiatre rapporte : Zéphyr conserve son hypotonie axiale, ne s'assied pas seul, ne se redresse pas. Elle rapporte ce que dit Fajar : son enfant attrape les objets, se retourne, a un langage bisyllabique et se déplace un peu sur le ventre. La seconde séance avec la psychomotricienne a lieu aux onze mois de l'enfant. Il présente cette fois-ci une hypertonie postérieure, les bras sont en chandelier. Lorsqu'il est placé assis il se projette en arrière. Les manipulations manuelles sont quasi-absentes : lorsqu'il prend les objets, il les lâche ensuite. Un mois plus tard, la

psychomotricienne s'inquiète du manque d'évolution de Zéphyr : elle interpelle alors la pédiatre de la PMI de secteur. Une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est programmée le mois suivant. Un dossier est adressé à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) afin d'obtenir l'accès à des aides et des services dans le cadre de la reconnaissance de la situation de handicap de l'enfant. Il sera par ailleurs inscrit sur liste d'attente au Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) à ses treize mois. Parallèlement à l'attente de l'examen, la mère commencera alors à montrer des vidéos de son fils au domicile familiale. Ces vidéos susciteront souvent la perplexité de la professionnelle et de moi-même, nous interrogeant sur les réactions comportementales de la mère lors du visionnage des vidéos filmées au domicile.

L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) cérébrale effectuée aux treize mois de l'enfant révèle des atrophies cortico-sous-corticales avec quelques hypersignaux T2 de la partie interne du gyrus post-central bilatéral prédominant à droite, stigmates de souffrances néonatales. A ses quinze mois, le bilan neurologique¹⁶ rapporte un retard global des acquisitions avec présence d'un stridor¹⁷, d'une hypotonie axiale avec tenue assise encore instable associée à une hypertonie postérieure, d'une attitude en chandelier aux membres supérieurs et en batracien aux membres inférieurs, et une absence de signes d'irritation pyramidale. Les examinateurs demandent alors un électroneurogramme ainsi qu'une consultation génétique qui révèle un caryotype normal. Le bilan auditif ne décèle pas de difficultés à ce niveau.

III. Clinique des interactions entre une mère et son bébé : quelle place pour le handicap ?

Depuis ma première rencontre avec la dyade, je me suis interrogée sur la place de chacun dans les interactions mère-enfant.

¹⁶ Examen comportant un entretien où sont exposés les symptômes, un examen clinique pour vérifier les hypothèses posées d'après l'entretien (<https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/examen-neurologique>, consulté le 17.01.2020).

¹⁷ Bruit anormal plus ou moins aigu produit lors de la respiration, corrélé à une obstruction incomplète du larynx ou la trachée. (<https://www.cnrtl.fr/definition/stridor>, consulté le 21.04.2020).

1. Ma première rencontre avec la dyade

Le temps semble figé, crispé... comme le sourire de cette maman, de cette femme qui s'appelle Fajar. Son corps est composé de rondeurs et de raideurs. Sa posture semble se maintenir de fragiles immobilités, à la hauteur de son tonus élevé. Les régions corporelles particulièrement impactées semblent être à ce moment-là la région lombaire et cervicale, se manifestant par la suite à travers une gestuelle globale avec peu de dissociation entre le tronc et les autres parties du corps. Ses yeux restent grands ouverts, les sourcils relevés. Elle semble être en permanence les yeux écarquillés sur le monde, comme si tout était parfaite stupéfaction.

A côté d'elle se trouve Zéphyr. Il a quinze mois. Le visage de l'enfant – surmonté de bouclettes châtaines – est d'une douceur inouïe : de forme ovale, avec des lèvres charnues, un nez légèrement arrondi, des joues rebondies. Son regard semble également figé dans l'attente. Ses yeux sont ronds et fixent la pupille de celui qui s'adresse à lui. Son hypertonie globale m'évoque un corps de fer, vêtu d'un pyjama à pieds en velours.

En retrait près de l'ascenseur, j'observe Fajar assise sur une chaise, le dos redressé, les pieds au sol prête à bondir. Zéphyr est assis sur un tapis au sol sur sa gauche. Il est dos à elle, les membres inférieurs en extension. Elle se relève, attrape son enfant par le dessous des aisselles, le retourne face à elle et le plaque contre l'un de ses flancs, le maintenant entre sa crête iliaque et son bras gauche. Une main de la jeune femme offre un appui au niveau d'une cuisse de l'enfant. Elle empoigne son sac cabas de son autre main. Les mouvements de la femme sont amples et désorganisés, la motricité est segmentée entre le tronc et les membres, l'équilibre semble précaire. La psychomotricienne me présente et demande au duo s'ils acceptent ma présence : la mère acquiesce d'une voix haute. La psychomotricienne et moi-même sommes rapidement prises à partie dans l'énumération des bienfaits du voyage en Tunisie pour l'ensemble de la famille. Entre temps, l'enfant a été déposé assis sur le tapis, la mère s'est déchaussée et a sorti de son sac cabas les jouets ramenés du domicile. Ceux-ci sont placés auprès de l'enfant afin qu'il se sente au mieux pour nous montrer ce qu'il sait faire. Fajar appuie frénétiquement sur une balle sonore à une dizaine de centimètres du torse du petit. Le bruit est fort et répété de manière discontinue. Je n'ose plus regarder Zéphyr, effrayée par ce que peut provoquer cette stimulation chez

lui. Les mots se terrent au fond de moi, j'aimerais pouvoir dire à cette mère que la stimulation est trop importante, mais j'ai peur de la blesser. Je me raidis alors dans l'ensemble de mon corps, l'amplitude de ma respiration se réduit à la région thoracique qui semble se rétrécir. Ma vision s'élargit, me rendant encore plus sensible à l'environnement qui m'engloutit. L'enfant se maintient assis, en équilibre entre la force gravitaire, et sa tonicité qui l'en extrait. Les membres inférieurs sont regroupés en extension. La psychomotricienne intervient et lui demande de nous raconter ses vacances en Tunisie. La mère s'adosse alors au mur et nous raconte d'une voix haute et d'un rythme discontinu : la Tunisie leur a fait beaucoup de bien, Zéphyr a pu s'amuser avec d'autres enfants de son âge, ce qui l'a stimulé. Depuis il va mieux, beaucoup mieux. Elle se dit alors soulagée de voir les progrès de son enfant. Elle a pu se reposer, voir sa famille. Avant c'était difficile, mais elle sent que le plus dur est passé.

Fajar, la psychomotricienne et moi sommes assises autour de Zéphyr qui est positionné en décubitus dorsal. Ses jambes pédalent à une vitesse effrénée, elles ne semblent plus pouvoir s'arrêter. Y sont associés des bruits de bouche, de ceux qui rappellent les mobylettes. Le rythme et la hauteur du son produit ne varient pas sauf lors de l'inspiration. J'observe chez Zéphyr une tonicité élevée dans l'ensemble du corps, prévalente dans sa partie supérieure. La mobilité au niveau de la ceinture pelvienne me permet de penser que Zéphyr présente davantage de variations toniques à ce niveau dans le plan sagittal. Pendant que Fajar me raconte que ça va mieux, la psychomotricienne parle calmement à Zéphyr, d'une voix douce et mélodieuse. Le regard de l'enfant s'agrippe à celui de la professionnelle. Des gestes venant contacter l'enfant s'ensuivent, regroupant alors les membres inférieurs près du torse du petit. L'enroulement au niveau de la colonne vertébrale est léger. Le tonus semble alors s'abaisser légèrement, mais rester important au niveau de l'axe... en lien probablement avec l'agrippement visuel.

La psychomotricienne explique alors qu'elle va proposer des séances plus régulières – hebdomadaires – dans l'attente d'une prise en charge au CAMSP. Le ton de la psychomotricienne est monocorde et appuyé : le retard de l'enfant est préoccupant. La mère semble à peine entendre le discours de la professionnelle et cherche son téléphone pour nous montrer des vidéos de son fils. Elle les commente et interprète les moindres mouvements de son enfant. Sur les vidéos, celui-ci est dans son lit à

barreaux, sur le dos. Il lui arrive de pédaler à toute vitesse, de mettre son index près de la bouche et de le retirer vivement plusieurs fois. Les mouvements de Zéphyr en vidéo sont semblables à ceux observés en séance. Ils ne donnent toutefois pas lieu aux mêmes interprétations de la maman. Lors des visionnages, elle décrit un enfant qui attrape un jouet lorsqu'elle lui met directement dans la main, un enfant qui se retourne sur le côté lorsque les mouvements de pédalo induisent un changement de posture. Elle décrit des intentions que nous ne percevons pas avec la psychomotricienne. Elle ne semble pas être dans la même réalité que nous. En revanche, en séance de psychomotricité, la mère s'agite beaucoup afin de stimuler son enfant, et n'attend pas les réponses de ce dernier. Les stimulations sont majoritairement d'ordre auditives à travers la voix et des jeux bruyant. Alors que Fajar prend le temps de regarder et de penser son enfant lors du visionnage, je n'observe plus ce type de comportement chez elle avec l'enfant de chair présent devant elle. L'enfant virtuel et l'enfant réel ne suscitent pas les mêmes réactions chez Fajar. Sa posture en témoigne, lors du visionnage, son tonus s'abaisse, sa voix est moins haute, ses gestes sont moins amples et plus précis. Comment se projette-t-elle avec son bébé tel qu'il est ? Les interactions réelles avec Zéphyr lui permettent-elles de se sentir mère ? Le visionnage de l'enfant semble faire ici office d'interface indirecte, lui permettant d'éprouver son bébé dans ses mouvements et dans ses intentions. Au contraire, le rapport direct avec Zéphyr entraîne un comportement interactif bruyant et dystimulant.

Lorsque la psychomotricienne annonce la fin de la séance, Fajar nous informe des examens complémentaires qui auront lieu la semaine d'après et ajoute qu'elle va mieux depuis ses vacances en Tunisie. Avant de quitter la salle avec l'enfant, elle demandera à la psychomotricienne d'une voix enfantine et basse : « Est-ce que j'ai bien fait de ramener ses jeux ? » - question à laquelle la professionnelle répondra que tout ce qu'elle fait est très bien.

De mon côté, je me sens bousculée entre l'intention de me protéger de l'oppression que je ressens en présence de cette femme, et la quête de sens dans ce qui se joue à travers les interactions mère-enfant. La mère et l'enfant étant sur un même registre tonique, je me questionne sur les difficultés de Zéphyr : sont-elles uniquement liées à une origine d'ordre somatique ? Comment cette mère appréhende son rôle

maternel auprès de son enfant ? Quelles en sont les répercussions au sein des interactions mère-enfant ?

2. Les compétences de l'enfant

Les compétences de l'enfant déterminent en partie la qualité des interactions au sein de la dyade. Les compétences sensorielles et les caractéristiques toniques de l'enfant permettent à la mère d'entrer en relation avec lui de manière singulière. Les interactions évoluent au fil des acquisitions posturo-motrices de l'enfant, lui conférant une autonomie grandissante. Je m'intéresserai ici particulièrement à la fonction tonique comme support de relation, celle-ci étant impactée par les lésions cortico-sous-corticales chez Zéphyr.

(a) L'impact de la paralysie cérébrale au sein des relations parents-enfant

Zéphyr a une atteinte cortico-sous-corticale liée à des souffrances néo-natales. Dans ce cadre, certaines des compétences de l'enfant sont entravées et peuvent impacter la relation : « L'expression corporelle de l'enfant met en jeu le retour de l'inconscient maternel dans le présent de l'interaction ; et c'est ce que la mère reçoit et perçoit en présence de son bébé. » (Gauberti, 1993, p.29). L'hypotonie de base de Zéphyr induit une certaine passivité dans les échanges corporels avec sa mère. Par ailleurs, son hypertonie réactionnelle aux stimulations trop importantes, associées à des décharges motrices globales peuvent provoquer une impression d'étrangeté selon Michèle Gauberti¹⁸ (*ibid.*). L'auteure rajoute que dans ce cadre, la mère peut élaborer :

« [...] une représentation de son enfant toute réduite au handicap, le perçoit agressif et mauvais, le déshumanise par la rigidité des seuls soins corporels ; les accès dépressifs sont fréquents et révèlent l'ampleur de la perte et la souffrance. Pour le nourrisson, aux entraves du handicap s'ajoute l'impossibilité de se repérer dans son corps et dans le désir de la mère. » (*ibid.*, p.27).

Lors d'une fin de séance en psychomotricité, Fajar nous raconte que son mari et elle-même perçoivent l'enfant comme ayant des intentions agressives envers eux. Celui-ci

¹⁸ Diplômée de psychosociologie, psychomotricienne.

leur tire les cheveux, leur donne des coups. Lorsqu'elle nous raconte ces pensées, elle rhabille son enfant. Il est alors rigide, s'agrippant aux cheveux de la mère, les membres inférieurs pédalant dans le vide. La psychomotricienne explique alors que ces comportements ne sont pas dus à de l'agressivité envers eux, mais à une motricité involontaire en lien avec les lésions cérébrales. Les parents de Zéphyr attribuent une valeur expressive à sa motricité, à prendre en compte dans les échanges parents-enfants.

(b) Le tonus : support de l'évolution motrice et des émotions

Le tonus musculaire est l'état de tension isométrique, involontaire et permanent des muscles, issu d'une stimulation réflexe continue. On distingue le tonus de fond, le tonus postural et le tonus actif. Le premier est l'état de tension présent *a minima*, le second soutient la posture, tandis que le troisième est à la base du mouvement (Carric & Soufir, 2014). Chez le fœtus :

« Le tonus de ses muscles n'apparaît que vers le septième mois de la vie intra-utérine. [...] Il se répartit alors inégalement dans les muscles : il est plus important dans les muscles fléchisseurs des jambes et des bras que dans les muscles extenseurs. Par contre il s'installe faiblement mais de façon équilibrée dans les muscles de la colonne vertébrale. » (Robert-Ouvray, 2007b, p.38)

Il est alors issu du système sous-corticospinal et se diffuse selon la loi caudo-céphalique. Elle entraîne la mise en œuvre de la motricité primaire. Celle-ci est réflexe, globale et involontaire. Elle confère une forme au corps à travers son organisation d'enroulement et d'extension. En plus de la répartition tonique non-équilibrée, la motricité de l'enfant de zéro à six mois est entravée par des réponses motrices réflexes. Dans ce cadre, l'immaturité neurologique du cerveau ne permet pas à l'enfant l'inhibition de ces réponses. La myélinisation du système cortico-spinal se développe à partir de la trente-deuxième semaine d'aménorrhée jusqu'aux deux ans de l'enfant. Elle permet la mise en place de la motricité volontaire et l'ajustement tonique au sein du couple agoniste-antagoniste. Le contrôle volontaire du mouvement suit la loi céphalo-caudale et proximo-distale. « Selon la loi céphalo-caudale, un enfant cérébro-lésé qui ne tient pas sa tête ne pourra ni s'asseoir, ni marcher. Selon la loi proximo-

distale, ce même enfant aura des troubles du tonus toujours plus importants dans les extrémités du corps, les mains et les pieds, qu'au niveau des racines. » (*ibid.*, p.41).

(c) Les fonctions de l'hypertonie et de l'hypotonie au sein de la motricité primaire : du tonus aux représentations

La motricité et l'hypertonie secondaire que j'observe chez Zéphyr me questionne : l'enfant ne semble pas investir l'environnement, ne serait-ce qu'avec le regard, tout en manifestant une vigilance accrue. Les stimulations de Fajar auprès de Zéphyr entraînent une hausse tonique encore plus importante de son enfant, le figeant davantage alors qu'elle souhaite au contraire le mobiliser. Quel impact a l'hypertonie dans le retard de l'enfant dans son rapport au monde extérieur ?

Selon Suzanne Robert-Ouvray, l'hypertonie assure, à l'aube de la vie du petit d'Homme, une fonction de vigilance, lui conférant alors une grande réceptivité aux stimuli extérieurs. Elle a également fonction d'autoconservation grâce à un mouvement global centripète qu'elle entraîne grâce aux fléchisseurs – schème d'enroulement porteur de retour au centre corporel – et un mouvement centrifuge des tensions refoulées à la périphérie. Elle est particulièrement sollicitée dans les moments d'alerte et de vigilance lorsque des stimuli internes et/ou externes nécessitent la mise en place d'un système de pare-excitation afin de faire face au stress. Les modulations de l'environnement ne pouvant porter l'enfant vers un apaisement, l'enveloppe tonique se tend alors, pouvant mener à une paroi tonique. Cet état est à relier à celui de sidération (*ibid.*). Chez Zéphyr, les lésions cortico-sous-corticales engendrent probablement des difficultés de régulation tonique, accentuant les manifestations de vigilance, voire de sidération.

La difficulté de régulation tonique présente chez Zéphyr engendre des difficultés à abaisser son tonus. Suzanne Robert-Ouvray présente l'hypotonie – localisée principalement au niveau du rachis lors de la toute petite enfance – comme source d'intégration des sensations qui y sont liées, à savoir la douceur et la mollesse. Cette dernière peut être associée à un affect de satisfaction qui peut être mis en mot par une figure empathique proche de l'enfant. Elle suscite alors des représentations. Suzanne

Robert-Ouvray¹⁹ reprend ici les travaux de Geneviève Haag²⁰ : le dos et son contact est un lieu d'intégration d'une sécurité interne psychique (*ibid.*). L'hypotonie est complémentaire à l'hypertonie. Dans le cas de Zéphyr, la rigidité, sans nuance vers un abaissement tonique, ne lui permet pas d'accéder à des sensations, des affects et des représentations différenciées. L'environnement, dans sa vigilance permanente, est omniprésent.

(d) L'agrippement visuel de Zéphyr et son rôle dans la régulation tonique

Le regard de Zéphyr me semble souvent figé dans celui des adultes en interactions avec lui. Cette vision focale, poursuivant la pupille du partenaire, me paraît associée au maintien de la posture assise, posture dans laquelle il a été placé. J'observe par ailleurs que la fixation de son regard est associée à un recrutement tonique, lorsqu'il est mobilisé passivement²¹. D'ailleurs, lorsque la psychomotricienne lui présente des objets afin de susciter son envie d'explorer, l'enfant ne semble pas intéressé par celui-ci. Il le balaie rapidement du regard, puis fixe à nouveau les yeux de son interlocutrice sans chercher à l'attraper.

Si le tonus module les interactions avec l'environnement, il peut également être régulé par les expériences sensorielles. « Les flux visuels jouent un rôle important dans la régulation tonico-posturale, les mises en forme et l'orientation du corps. Ils permettent aussi de comprendre le corps comme pouvant être un mobile dans l'espace (Bullinger, 1998). » (Bullinger, 2008a, p.78). Les flux visuels sont perçus à travers deux structures qui se coordonnent : le système visuel périphérique et le système visuel focal. Le premier permet la détection des mouvements, alertant alors le sujet en provoquant une hausse tonique, ce qui suscite l'orientation vers la source du stimulus à travers une réaction posturale. Le système visuel focal est lui à l'origine des mouvements oculaires saccadés, à la poursuite du stimulus visuel (Bullinger, 2008b). En effet, grâce aux pouvoirs séparateurs élevés des récepteurs rétiniens de la vision focale, la précision de la perception lumineuse suscite la mobilité oculaire. La coordination de la vision

¹⁹Docteur en Psychologie Clinique, Psychomotricienne et Psychothérapeute.

²⁰Psychiatre et psychanalyste, co-fondatrice et secrétaire générale de la CIPPA (Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes s'occupant des Personnes avec Autisme).

²¹ Cf. *infra*, « L'ajustement du psychomotricien, au risque de la confusion ? », p.69.

focale à la vision périphérique permet l'exploration visuelle de l'environnement, entre détection d'un stimulus, orientation et mobilisation posturale au sein d'un projet spatial. Ainsi, si le tonus de l'individu est influencé par les flux visuels, l'exploration s'appuie elle-aussi sur les possibilités toniques et posturo-locomotrices de l'individu. Or,

« Les enfants porteurs d'une infirmité motrice cérébrale rencontrent dans ce domaine deux sortes de difficultés : d'une part, ils ont souvent un besoin accru d'un appui sur les flux visuels périphériques et, d'autre part, la mobilisation synergique nécessaire au déverrouillage postural mobilise le système oculomoteur. Ce système est alors indisponible pour s'engager dans une activité d'exploration. » (Bullinger, 2008c, p.133).

L'impact des flux visuels, porteurs d'interactions avec l'environnement, sera questionné par la suite.

3. La « matrescence » – naissance d'une mère

Au cours du suivi en psychomotricité de la dyade, Fajar annonce son attente d'un nouvel enfant. Sa grossesse va provoquer des réaménagements en séance de psychomotricité. Par ailleurs, Fajar rapporte souvent qu'elle est une bonne mère, qu'aucune autre mère ne ferait ce qu'elle fait pour son enfant Zéphyr. J'entends ses mots comme un appel à la reconnaissance et à la réassurance maternelle. Ne se pose-t-elle pas la question : est-ce que je suis une bonne mère ? C'est en ce sens que je me questionne sur l'impact des suggestions sociales fortes concernant la maternité. Fajar est née en France et est d'origine Tunisienne. Les normes sont en partie différentes dans ces deux cultures et le but ici n'est pas de déterminer leur impact sur la façon dont Fajar investit son rôle de mère. Je souhaite en revanche comprendre les enjeux de la matrescence afin de l'accompagner dans son parcours. L'attente d'un nouvel enfant est ici l'occasion de comprendre les bouleversements qui s'opèrent chez Fajar.

L'anthropologue médicale américaine Dana Raphaël invente au début des années 70 le terme de « matrescence »²², formé de la contraction des termes « maternité » et « adolescence ». Le processus est comparé à un bouleversement identitaire, comme celui qui se produit à l'adolescence. Le terme donne sens au processus maturatif propre au fait de devenir mère. La matrescence est un phénomène bio-psycho-social. Selon ce point de vue, être mère ne serait pas un état fini, mais un phénomène évolutif mobile dans l'espace-temps. La conception de bonne mère, figeant le processus, est en ce sens à déconstruire.

(a) Un phénomène biologique

Depuis l'augmentation du volume de son abdomen et de ses douleurs lombaires, Fajar mentionne souvent la difficulté pour elle de porter Zéphyr. La marche de Zéphyr permettra de la libérer de son poids. La femme enceinte vit en effet des bouleversements physiologiques et anatomiques pendant sa grossesse, tels l'augmentation de la taille et la vascularisation des organes sexuels primaires et secondaires, sans oublier les douleurs qui peuvent y être liées. Le schéma corporel de celle-ci, en perpétuel remaniement au cours de la vie, subit un remaniement plus intense en quelques mois de vie. La femme doit alors s'adapter à de nouveaux repères corporels. L'adaptation nécessite alors un retour à soi à travers la conscience corporelle. Dans le cas de Fajar, le retard psychomoteur important de Zéphyr la porte dans une ambivalence : entre le retour à soi et la dépendance de son enfant.

La conception de l'être est une transformation incroyable, passant d'une rencontre entre deux gamètes à un amas de cellules dont l'organisation donne lieu petit à petit à ce qui semble être un petit d'Homme. La fusion des noyaux des cellules mâles et femelles permet la formation d'une cellule unique – le zygote – qui, de divisions en divisions, se différencie et se multiplie lors de la phase embryonnaire jusqu'au stade de fœtus, identifiable à l'espèce humaine (Ferrera & Caro, 2007). Quels sont les critères d'appartenance à l'espèce humaine ? Le but ici n'est pas d'y répondre, mais

²² J'ai découvert ce terme en écoutant *La Matrescence*, podcast créé par la journaliste Clémentine Sarlat, et dont le premier épisode est apparu le 13 mars 2019. Ce terme ne semble pas employé dans la littérature scientifique française. En 2017, une spécialiste de la reproduction aux Etats-Unis, Alexandra Sacks développe le concept (https://www.lexpress.fr/styles/enfant/la-matrescence-ou-pourquoi-il-faut-parler-de-la-naissance-des-meres_2100211.html, consulté le 02.05.20).

de prendre en compte l'avènement de cette question chez la femme lors de la grossesse. Chez Fajar, la fausse-couche précédant la naissance de Zéphyr, celle lui succédant, et le retard psychomoteur de Zéphyr entraînent probablement plus d'appréhension pour la jeune mère dans sa grossesse actuelle. La veille permanente de celle-ci grâce aux technologies obstétricales, permet d'observer et même de prévenir les différentes malformations... de quoi questionner la mère sur le devenir humain de son enfant et sa possible monstruosité (Missonnier, 2006). Le présent de la grossesse réactualise l'origine des difficultés psychomotrices de Zéphyr, je le préciserai ultérieurement²³.

- *La plasticité neuronale chez la mère*

Au cours de l'accompagnement de la dyade, j'observe de légères modifications comportementales chez Fajar. Le regard de la jeune femme semble se poser plus longuement sur Zéphyr, et son tonus diminue en sa présence. Ces modifications sont à considérer dans le contexte de sa grossesse, des modifications du cadre des séances de psychomotricité, et du travail de conscience corporelle²⁴.

Le chamboulement hormonal lors de la grossesse entraîne des modifications structurelles et fonctionnelles du système nerveux central. L'œstrogène et la progestérone, hormones stéroïdiennes produites en abondance par les ovaires lors de la grossesse, provoqueraient une augmentation du volume des corps cellulaires dans l'aire médiane pré-optique de l'hypothalamus. S'ajoute à celles-ci l'ocytocine²⁵ qui entraînent l'augmentation des ramifications neuronales au niveau de l'hippocampe. Ces modifications cérébrales soutiennent au niveau comportemental les interactions entre la mère et son enfant. Il a par ailleurs été observé par Imagerie par Résonance Magnétique cérébrale fonctionnelle (IRMf) qu'une mère qui entend son enfant pleurer ou voit sa photo, active les régions sus-citées, ainsi que les régions pré-frontales et orbito-frontales (Teissiere & Suarez, 2008). Ces régions cérébrales sont impliquées dans la régulation du comportement. Les modifications structurelles et fonctionnelles

²³ Cf. *infra*, « L'écart impardonnable avec la norme », p.50.

²⁴ Cf. *infra*, « La question de la distance au sein de la dyade », p.63.

²⁵ Hormone produite par l'hypothalamus et la glande hypophysaire, déclenchant les contractions utérines autour de l'accouchement.

du système nerveux soutiennent l'adaptation de la mère à l'enfant lorsque l'environnement est suffisamment bon.

Ainsi les données environnementales provoquent des variations aux niveaux biologique, structurel, fonctionnel et comportemental, ceux-ci étant eux-mêmes sources de remaniements à travers les interactions. La grossesse actuelle de Fajar est une période où potentialités et vulnérabilités s'entremêlent. Le cadre thérapeutique doit veiller à le prendre en compte.

- *L'accouchement*

La naissance de Zéphyr est racontée comme un traumatisme par Fajar, à cause de la prématurité tardive de son enfant et plus particulièrement de l'utilisation d'instruments obstétricaux. Lors des examens neurologiques révélant l'atrophie cortico-sous-corticale de l'enfant, les examinateurs imputeront aux événements de la naissance de Zéphyr, les causes de ses lésions neurologiques.

Lors de la naissance de l'enfant, la pression exercée par l'utérus sur l'enfant malmène son cerveau. L'ocytocine joue ici un rôle important : « elle exerce une action neuroprotectrice sur les neurones fœtaux au cours de l'accouchement. » (Teissiere & Suarez, 2008, p.45) et permet la diminution du stress chez la parturiente. Le neuropeptide a par ailleurs un effet anxiolytique sur le bébé à naître grâce à son action inhibitrice sur l'amygdale, réduisant alors sa sensibilité au stress. L'ocytocine est par ailleurs impliquée dans les comportements d'attachement entre la mère et l'enfant, et soutient ainsi l'identification au bébé et les interactions précoces (Saive & Guédeney, 2010).

(b) Un phénomène psychique

La parentalité est un phénomène progressif. « Ces devenirs mère et père correspondent à de longues évolutions spécifiques en pelure d'oignon qui traversent l'enfance et l'adolescence et se poursuivront toute la vie durant (notamment avec l'éventuel devenir grand-parent). » (Missonnier, 2015, p.119). Il s'agit d'un phénomène atteignant la sphère psychocorporelle du sujet, le soma et l'esprit étant les expressions d'une même unité.

- *La transparence psychique maternelle*

Au sein de la notion de transparence psychique maternelle, Monique Bydlowski²⁶ compare la période de l'adolescence à la grossesse chez la femme :

« Autant dire que, à l'instar de l'adolescence, la période de grossesse est, de façon essentielle, une période de conflictualité exagérée, une période de crise maturative. [...] la crise maturative – de l'adolescence ou de la grossesse – est à comprendre comme une crise qui se traverse en mobilisant de l'énergie, en réveillant de l'anxiété et des conflits latents, mais qui se présente aussi comme un engagement dans de nouvelles virtualités. Cette crise contient sa propre capacité évolutive et contribue au processus de formation d'une identité nouvelle. » (Bydlowski, 2008, p.93)

Lors de la grossesse, la femme peut osciller entre une recherche relationnelle importante, et son retrait dans son monde interne. Des éléments refoulés resurgissent, laissant advenir certains souvenirs et fantasmes antérieurs. Selon Sylvain Missonnier²⁷, la gestation s'apparente dans les premiers mois à une « *extension corporelle maternelle* » (Missonnier, 2015, p.120). L'enfant à naître est alors investi sur une modalité narcissique. La maternité expose les assises narcissiques de la future mère dans un mouvement indifférencié entre elle et le fœtus. Cette identification peut alors être soutenue par des mouvements régressifs, questionnant alors le lien de la future mère à sa propre mère. Ainsi, dans un double mouvement, la mère en devenir s'identifie à la mère – qu'elle a eu et qu'elle sera – et à l'enfant – qu'elle fut et qu'elle éduquera. La régression permet le retour à des formes antérieures de stades libidinaux, de relations objectales et d'identification (Laplanche & Pontalis, 1967). Elle s'appuie sur un endroit seuil : la fixation. Celle-ci est un investissement libidinal qui sera un jalon lors des mouvements régressifs. Il s'agirait alors pour ces femmes de revenir à des points charnières de leur développement pouvant « donner lieu à un renforcement narcissique préalable à la reprise du processus dynamique d'investissement objectal » (Golse, 2015, p.29).

Progressivement, la femme perçoit les interactions avec un fœtus autre qu'elle-même, à travers des impressions tactiles et proprioceptives notamment. Cette différenciation

²⁶ Directrice honoraire de recherche à l'INSERM, responsable du Laboratoire de Recherche de la Maternité Cochin-Port Royal et neuropsychiatre d'orientation et de pratique psychanalytique.

²⁷ Professeur de Psychologie Clinique à l'Université Paris Descartes et psychanalyste.

progressive des corps soutient l'objectalisation de l'enfant, donnant alors naissance à de l'empathie pour l'être à venir (Missonnier, 2015). Toutefois, selon Monique Bydlowski cet investissement reste en grande partie narcissique, le fœtus étant considéré comme se rapportant à la mère en devenir. Suite à la rupture biologique que constitue la naissance, « doit succéder une symbiose psychologique à partir des échanges affectifs, des anticipations créatrices de la mère et des réponses du bébé » (Solis-Ponton, 2002, p.34). Le corps est le premier lieu d'inscription psychique de ces échanges. L'illusion de toute-puissance de l'enfant issue du comportement maternel soutient chez lui l'identification à l'objet maternel. Cette identification permet à la mère en retour de se sentir investie en tant que telle (Solis-Ponton, 2002).

En ce sens, la mort survenant pendant la période anténatale est vécue différemment en fonction du type d'investissement parental, mélange intime d'histoires et de présents individuels et intersubjectifs. Le parcours de Fajar en tant que mère est ponctuée d'une fausse couche précoce²⁸ précédant la naissance de Zéphyr. La relation dyadique à laquelle Zéphyr appartient est probablement affectée des investissements parentaux antérieurs.

- *La préoccupation maternelle primaire*

La préoccupation maternelle primaire est un concept pensé par Donald W. Winnicott²⁹ (1956) comme étant l'état psychique traversé par la mère autour de la naissance de l'enfant. Cet état transitoire permet à la jeune mère de s'identifier à son bébé. La préoccupation maternelle primaire se caractérise par une sensibilité accrue de la mère envers le fœtus à la fin de la grossesse, ceci jusqu'aux premières semaines de vie du nourrisson. La mère couvre alors les besoins de son enfant dans un ajustement optimal. La mère n'a d'intérêt que pour l'enfant. Cet état est considéré comme normal si la mère est auparavant en bonne santé et qu'elle peut en sortir. En revanche, la prolongation de cette sensibilité peut se révéler pathologique.

La préoccupation maternelle primaire n'advient pas chez l'ensemble des mères : « [...] il y a certainement des femmes qui sont de bonnes mères de n'importe quelle autre

²⁸ « Arrêt spontané de la grossesse avant le terme de (12-) 14 semaines d'aménorrhée. » (Lejeune & Carbonne, 2007, p.4).

²⁹ Pédiatre et psychanalyste britannique (1896-1971).

façon, capables d'une vie riche et pleine, tout en étant dans l'impossibilité de parvenir à cette « maladie normale », qui leur permet de s'adapter aux tout premiers besoins de l'enfant avec délicatesse et sensibilité. » (Winnicott, 1956, p.170-171). De même, si cet état est favorisé par la transparence psychique maternelle survenant lors de la grossesse, les femmes qui adoptent un enfant peuvent accéder à cet état de préoccupation spécifique grâce à leurs capacités d'identification.

L'identification me semble être au cœur du comportement d'adaptation de la mère, mais qu'en est-il lorsque l'enfant est porteur de handicap ? Dans ce cadre, les ajustements spécifiques peuvent-ils être soutenus par les capacités d'identification de la mère ?

(c) Un phénomène social

La femme est assignée plus ou moins au rôle de mère en fonction de la société dans laquelle elle vit.

Selon Elisabeth Badinter³⁰, un bouleversement social est observable lors des années soixante-dix en France. Si le maternage était auparavant vécu comme objet de l'instinct maternel, il est ensuite conçu comme un choix personnel où la diversité des désirs ou non d'enfant annihile l'idée même d'un instinct maternel universel. La légalisation de la pilule contraceptive en 1967 à la suite de l'institutionnalisation de la loi Neuwirth, et celle de la loi Veil en 1975 portant sur la légalisation de l'avortement, sont le reflet d'une mutation sociale dans la société française : l'épanouissement personnel des femmes à travers leur sexualité et la procréation leur appartient (Badinter, 2010).

Le Dictionnaire Le Grand Robert (2005) définit le terme d'instinct comme un élan naturel qui se manifeste à travers un comportement impulsif. L'instinct ne peut être conditionné au social. Toutefois, l'éducation en lien avec les croyances sociales et religieuses suggère des normes auxquelles il est rassurant de se conformer. Les pédiatres et la science promulguent des recommandations pour le bien-être de

³⁰ Philosophe, spécialiste de la pensée des Lumières et féministe.

l'enfant. Comment en tant que femme ne pas se confondre dans un rôle de mère entre évidences sociales et identité maternelle singulière ?

4. Les différents types d'interactions mère-bébé

Dans le cadre clinique, la présence de la psychomotricienne et de moi-même a un impact certain sur les interactions entre la mère et son enfant, sans pouvoir l'évaluer. Tout en le prenant en compte, je ferai état ici de mes observations cliniques sur la dyade Fajar-Zéphyr, en lien avec les éléments théoriques concernant les différents types d'interactions exposés ci-dessous.

Le terme « interaction » comprend la réciprocité et l'interdépendance entre deux personnes. Le bébé n'est pas un être passif, seulement percepteur des influences environnementales : il joue un rôle actif avec l'autre. Nous notons trois niveaux d'interaction (Bekier & Guinot, 2015) : les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques.

(a) Les interactions comportementales

Ces interactions sont directement observables entre l'enfant et le parent. Nous pouvons les décrire selon trois registres : les interactions corporelles, visuelles et vocales.

- *Les interactions corporelles*

Ces interactions sont observables à travers l'engagement corporel dans l'interaction. Je m'intéresse ici à la tonicité, à la posture et la gestuelle dans la relation entre les deux partenaires.

Au sein de la dyade Fajar – Zéphyr, les interactions corporelles sont en corrélation avec la paralysie cérébrale de l'enfant. Zéphyr se présente actuellement très tonique, mais ce n'a pas toujours été le cas. Lors des divers rendez-vous médicaux, les examinateurs observent une hypotonie globale, élément d'alerte faisant suite à une prise en charge médicalisée. Selon Mireille Gauberti :

« L'hypotonie du nourrisson peut déclencher trois modalités réactives pathogènes chez la mère : l'angoisse, la résignation, la violence. Elles s'extériorisent dans l'espace relationnel soit par une surstimulation souvent maladroite, sans soucis d'adaptation aux émotions du bébé ; soit par un abandon soumis, défaitiste, avec renforcement du « collage » dans le corps à corps ; soit par des manifestations agressives de rejet, d'exigences démesurées. » (Gauberti, 1993, p.61-62)

Ainsi, la tonicité de l'enfant engage une réponse corporelle de la figure de soin. Cette réponse environnementale organise en retour le vécu corporel de l'enfant et son interaction avec le monde. Même si l'origine du retard de Zéphyr est en partie éclairée, les manifestations corporelles de l'atrophie corticale et sous-corticale chez l'enfant sont à situer dans la dynamique interactive propre à la relation. La tonicité qu'engage Fajar avec Zéphyr est élevée et suscite elle-même des interactions spécifiques avec son enfant. Il est en ce sens important de questionner son engagement corporel avec lui, afin de les mettre en mots si l'intérêt des relations mère-enfant le nécessite. Dans le cadre de l'hypertonie de la figure maternelle,

« Non seulement le nourrisson n'est pas protégé par la mère de la surcharge d'excitations puisqu'elle-même participe à ce débordement, mais de plus n'a à sa disposition qu'une enveloppe corporelle rigide, intrusive, heurtante, contre laquelle il doit se défendre. D'où l'organisation progressive de l'hypertonie qui peut être traduite comme l'élaboration d'une fonction pare-excitation aberrante et précoce, par réaction à la distorsion de l'enveloppe maternelle qui n'assure pas les qualités contenantantes, protectrice et régulatrice. » (*ibid.*, p.66).

Lorsque Zéphyr est porté, celui-ci s'agrippe aux cheveux, aux boucles d'oreille, aux vêtements. J'observe parallèlement dans le portage une distance corporelle entre Fajar et son enfant. Elle semble même prévoir automatiquement les mouvements d'agrippement de son enfant, évitant alors le contact. Le concept de *holding* (« soutien ») – inventé par Winnicott en 1970 – se réfère au portage physique et psychique de l'enfant par la figure maternelle (Davis, 2016). Il est particulièrement important à la phase de dépendance absolue que l'auteur décrit comme un état primitif où l'enfant profite ou souffre de son environnement de manière indifférenciée de celui-ci. La notion de *handling* (« maniement ») – du même auteur – fait référence aux qualités des interactions corporelles, à la façon dont la mère prend soin de son enfant. Le « maniement », appelé aussi « personnalisation », permet à l'enfant de se sentir

être à travers une expérience corporelle où la mère prête attention aux besoins distincts et spécifiques de son bébé (*ibid.*). Ces adaptations nécessitent en effet une sensibilité accrue de la mère envers son enfant, lui permettant de s'y identifier – la préoccupation maternelle primaire³¹ (Winnicott, 1956). Le concept de dialogue tonique³² de Julian de Ajuriaguerra nous permet de nous intéresser en plus à l'interaction du tonus musculaire entre les deux partenaires formant la dyade.

- *Les interactions visuelles*

Au sein de la dyade Fajar-Zéphyr, le regard porté entre les deux partenaires ne semble pas adressé. L'accrochage visuel de Zéphyr entraîne chez moi l'impression que son regard est figé. Parallèlement, j'observe dans le regard de Fajar une alternance entre absence d'accroches visuelles, balayant alors l'espace sans s'y arrêter, et fixation dans ce qui m'apparaîtrait être du vide. L'attention à l'espace – peu présente – ne semble pas faire tiers entre les deux partenaires. Je formule alors l'hypothèse que l'accrochage visuel de Zéphyr, réduisant les possibilités d'explorer son environnement, altère par ailleurs les opportunités d'interagir avec son environnement relationnel. De même, le comportement d'évitement visuel de Fajar sur son bébé réduit considérablement les interactions avec celui-ci.

Les interactions visuelles sont issues du contact œil à œil de l'enfant avec sa mère et permet l'établissement d'un dialogue. Donald W. Winnicott considère le visage de la mère comme le premier élément réfléchissant le bébé (Winnicott, 2002). La mère perçoit l'état de son enfant, qui se reflète dans la façon dont elle le regarde. L'enfant se perçoit alors à travers le regard maternel. En ce sens, la pauvreté des interactions visuelles entre Fajar et Zéphyr nuit à la représentation que l'enfant peut élaborer de lui-même.

- *Les interactions vocales*

En séance de psychomotricité, Fajar parle très peu à son enfant. Sa voix est très présente pourtant, mais est généralement adressée à l'adulte. Dans des situations autres que celles présentées, la jeune femme a chanté des comptines d'une voix haute

³¹ Cf. *infra*, « Un phénomène psychique », p.29.

³² Cf. *infra*, « Le dialogue tonico-émotionnel », p.66.

et rythmée. Son regard était dirigé davantage vers la psychomotricienne et moi-même, les vocalises faisant office de stimulations sensorielles non-contenues dans la relation dyadique. La voix de Zéphyr est peu présente. Ses jeux de bouches signent une décharge motrice non-adressée.

En règle générale, les interactions vocales comprennent chez l'enfant les pleurs et les cris. L'enfant y manifeste et exprime alors ses besoins et tensions. La mère en interaction avec son enfant modifie sa prosodie et parle en « mamanaie », aussi appelé « *baby-talk* ». Cette modification de l'intonation et du timbre de la voix entraîne une musicalité dans le langage, riche de sens pour le bébé à travers les émotions qu'elle renvoie (Bekier & Guinot, 2015).

Les partenaires de la dyade Fajar-Zéphyr ne semblent pas partager d'émissions vocales. Les jeux de bouches de Zéphyr, même s'ils ne sont pas adressés, ne suscitent pas d'échanges avec sa mère. La pauvreté des modulations vocales de la mère – toujours dans un registre rythmé, aigu et fort – ne lui permet pas d'échanger des émotions variées sur fond de musicalité.

(b) Les interactions affectives

Dans le cadre de la dyade composée de Fajar et Zéphyr, les modalités affectives et émotionnelles me sont parfois difficilement perceptibles. Lors de ma première rencontre avec la dyade, l'enfant me semble barricadé derrière sa cuirasse tonique. Fajar mentionne son espoir lorsqu'elle évoque les bienfaits du voyage en Tunisie et sa crainte concernant le bon comportement à avoir lorsqu'elle amène les jeux de l'enfant à la PMI ³³. Elle exprime ainsi certains affects de manière verbale, mais ils ne sont jamais en partage avec son enfant dans l'espace-temps de la relation. A son contact avec son enfant, les interactions se caractérisent par des stimulations et de l'éveil. Grâce à l'interface de l'écran, la mère peut décrire son enfant selon des composantes motrices et intentionnelles. Le regard de Fajar se pose ici sur son enfant, les interprétations le concernant me permettent de penser une potentialité à l'éprouver. Par ailleurs, la notion d'affects de vitalité m'intéresse particulièrement afin de penser l'accordage affectif entre Fajar et son enfant.

³³ Cf. *supra*, « Ma première rencontre avec la dyade », p.19.

Les interactions affectives correspondent aux modalités émotionnelles et affectives présentes lors des échanges. Le parent prend soin de son enfant en fonction de ce qu'il lui attribue entre capacités, difficultés et potentialités à être en relation. Les modalités émotionnelles et affectives évoluent donc au cours du développement de l'enfant en lien avec ce qu'en perçoit le parent (Bekier & Guinot, 2015).

Lorsqu'une mère identifie un état affectif chez son enfant, et que celui-ci a conscience de cette reconnaissance, la vie sociale de l'enfant se nourrit de phénomènes intersubjectifs. La figure de soin reconnaît en l'enfant la capacité à partager des états subjectifs. Selon Daniel N. Stern (Stern, 2006), une des formes de l'intersubjectivité, se rapporte à l'accordage affectif de la mère à son enfant. Au cours des interactions, cet accordage correspond à la représentation transmodale par la mère, du comportement de l'enfant en lien avec la tonalité émotionnelle de celui-ci. Par exemple, l'expression corporelle d'un enfant associée à une émotion de tristesse pourra être communiée par la mère à travers une émission vocale, reprenant l'intensité, le temps et/ou la forme du comportement initial de l'enfant. L'expression de l'enfant est perçue chez la mère selon un canal sensoriel privilégié, canal transféré sur une autre modalité sensorielle lors de l'expression de la mère. L'enfant apparie les deux modalités sensorielles, l'expression de la mère se référant à une autre expression d'un même état affectif. En ceci, l'accordage affectif n'est pas l'imitation du comportement de l'autre, ni la reproduction de son état interne, mais l'expression d'un état affectif perçu et reconnu entre les deux partenaires de la relation. L'état interne est en ce sens un élément pouvant être reconnu par l'autre, et objet de partage. Elle est à distinguer de la contagion affective, qui correspond à la transmission d'éprouvés subjectifs non partagés dans le cadre commun de la relation. Par ailleurs, Daniel N. Stern distingue l'accordage affectif et l'empathie : cette dernière est le prolongement de l'accordage affectif à travers un processus cognitif de représentation mentale de l'état de l'autre (Stern, 2006).

Daniel N. Stern distingue deux formes d'affects, les affects discrets correspondant aux émotions primaires et à leurs composantes comportementales, et les affects de vitalité « étant ces caractères dynamiques, cinétiques des émotions, qui distinguent l'animé de l'inanimé. » (*ibid.*, p.202). Ces derniers concernent la dynamique dans laquelle la personne vit ses sensations et la façon dont elle les exprime. L'accordage affectif étant un processus continu et non spécifique à un comportement, les affects de vitalité sont

une base de cet accordage. Ceux-ci sont le véhicule de la perception des sensations internes de l'autre (*ibid.*).

Dans la vignette clinique présentée ci-dessous³⁴, lorsque Fajar initie un massage avec Zéphyr, la question du mouvement de vie chez ce dernier semble la questionner. Alors qu'il est éveillé, elle le presse à s'animer. Je perçois ici l'urgence pour la mère que son enfant bouge, se mobilise. Toutefois, la cuirasse tonique de Zéphyr réduit ses mobilisations et l'expression des affects de vitalité. L'accordage affectif advient alors difficilement, il est pris dans un cercle vicieux entre hypertonicité et difficulté à percevoir l'autre dans son unicité.

(c) Les interactions fantasmatiques

Zéphyr présente un retard psychomoteur global, ceci associé à une naissance vécue comme traumatisante, et à une fausse-couche la précédant. Qu'en-est-t-il du bébé rêvé et du rapport de la mère à la réalité de celui-ci ?

Leticia Solis-Ponton reprend les travaux de Serge Lebovici (Lebovici et al., 1989) concernant l'interaction entre la vie psychique de la mère³⁵ et celle de son bébé (Solis-Ponton, 2002). Nous considérons ici l'importance des aspects imaginaires, et inconscients dans la vie relationnelle des protagonistes. La mère peut fantasmer un bébé qui se trouve être parfois trop différent du bébé réel. Dans *L'arbre de vie* (1998), Serge Lebovici différencie cinq types de représentations du bébé par la mère autour de la naissance. Si le bébé imaginaire est représenté aux niveaux conscient et préconscient, fruit du désir maternel, le bébé fantasmatique est le produit du complexe d'Œdipe maternel et est soumis à l'inconscient. Le narcissisme de la mère engendre le bébé dit narcissique. Le bébé culturel est lui conforme à la culture maternelle. Le bébé réel concerne le bébé avec sa corporéité propre. Les différentes représentations présentées ci-dessus influencent la mère dans ses interactions avec l'enfant, « [...] *donnant lieu à une dimension imaginaire et fantasmatique des interactions.* » (*ibid.*, p.29).

³⁴ Cf. *infra*, « Zéphyr, réveille-toi pour maman », p.42.

³⁵ Cf. *supra*, « Une phénomène psychique », p.29.

Lors de la description des vidéos de son enfant par Fajar³⁶, la psychomotricienne et moi-même sommes étonnées de la différence d'élaboration psychique portée par la mère, entre le bébé de la vidéo, et celui réel. J'é mets alors ici l'hypothèse d'une difficulté pour cette mère à ajuster les différentes représentations de l'enfant à l'enfant réel.

Auprès de cette dyade, je me suis sentie parfois oppressée par Fajar, sa voix aiguë et volumineuse emplissant tout l'espace. Ses yeux grands ouverts et sa tonicité à vif de son environnement m'ont parfois donné envie de rétrécir, mes fibres se tendant alors. Il m'est venu parfois l'idée de donner à cette mère ce qu'elle a souvent demandé : que l'enfant marche, et il sera comme les autres ! La place de l'enfant m'a alors questionnée : quelle place je lui donne en accédant aux désirs de la mère ? Est-ce l'enjeu de la psychomotricité de rééduquer les fonctions de l'enfant, sans les situer dans un contexte relationnel ?

Afin de mieux comprendre la situation et la place de chacun, j'ai interrogé le concept de mère comme un processus, en lien avec les compétences de l'enfant. L'un et l'autre se définissant à travers l'autre, l'interaction des deux protagonistes me permet de mieux comprendre la place de chacun, et donc de mieux saisir la mienne et l'enjeu de la séance en psychomotricité.

La spécificité du handicap de l'enfant dans cette dyade nécessite une analyse de la notion et de ses enjeux auprès du couple parent-enfant, ceci afin de mettre en évidence la place que peut investir le psychomotricien dans ce cadre.

³⁶ Cf. *supra*, « Ma première rencontre avec la dyade », p.19.

Partie 2. De l'annonce du handicap à l'enfant réel

I. Clinique de l'appréhension du handicap : la difficulté de se vivre comme parent dans la situation de handicap de son enfant

1. Des mots sur le diagnostic

Une semaine après notre première rencontre, Fajar apporte cette fois-là un document sur lequel sont écrits les résultats de l'examen neurologique de Zéphyr. Les examinateurs ont découvert une atrophie corticale et sous-corticale droite due à un accident ischémique lors de souffrances néonatales. Suivra après cet examen un électromyogramme.

Fajar questionne la psychomotricienne : l'atrophie est-elle en lien avec une tumeur au cerveau ? Elle raconte qu'elle a peur que les résultats mentionnent une tumeur, qui entraînerait une aggravation de l'état de Zéphyr. J'observe pendant ce temps chez la jeune femme une importante tonicité, ces mouvements sont saccadés, centrifuges. D'un ton calme et bas, la professionnelle prend la parole : elle explique alors ce que signifie le jargon médical et le met en lien avec l'enfant. Un évènement autour de la naissance de l'enfant a provoqué une lésion dans l'hémisphère droit du cerveau, ce qui a provoqué un manque d'irrigation vasculaire à ce niveau : la partie du cerveau lésée est une zone où il a manqué de dioxygène. Le soupir de la jeune femme marque un certain apaisement : une certaine détente axiale s'apprécie puis elle rebondit : les explications la rassurent et elle reformule qu'alors l'état de Zéphyr ne va pas davantage se dégrader, qu'il va même s'améliorer et qu'il pourra marcher.

Lors de cette discussion, je suis avec Zéphyr qui approche de ses seize mois. Il est allongé au sol sur le dos, moi sur sa gauche à genoux. Je m'adresse à lui d'un ton lent et bas pour lui verbaliser que sa mère est à quelques mètres de lui et qu'elle discute avec la psychomotricienne. Je lui raconte qui je suis en lui donnant mon prénom et en formulant la raison de ma présence. Son regard est plongé dans le mien, les sourcils relevés. Les membres inférieurs sont en extension avec une légère rotation interne au niveau de la ceinture pelvienne. Il semble plaqué au sol tout en cherchant à résister à son attraction. Le regard est peut-être cette perche à laquelle il s'agrippe. De manière

maladroite, je le surprends avec un bruit de grelot. J'essaye d'attirer son attention afin d'observer la façon dont il peut se mouvoir pour attraper les objets. Il regarde le grelot. Je n'observe aucune autre réaction à l'égard de celui-ci. Cela me rend perplexe. Il ne semble pas s'y intéresser. Il replonge dans mon regard et fait le bruit de la mobylette. Je l'imité afin de varier le type d'interaction avec lui : que l'échange ne soit pas seulement visuel. La mobylette alors accélère : la tonicité axiale est de plus en plus importante, l'enfant commence en plus un mouvement de pédalo de plus en plus rapide avec ses membres inférieurs ! Je suis stupéfaite - la poitrine comprimée – devant l'engagement tonique et le rythme de la motricité de l'enfant. Je pose alors mes mains au niveau de sa ceinture scapulaire tout en vocalisant le mot « doucement ». Mes mains sont volontairement relâchées pour proposer une contenance à l'enfant. Je les dispose aux épaules afin de ne pas entraver le mouvement de manière trop directe. Ma voix est basse, monocorde et lente. J'impulse des balancements de faible amplitude dans le plan frontal à partir de l'arrière du bassin : un léger mouvement d'ondulation apparaît au niveau de la colonne vertébrale, signe d'un certain relâchement musculaire axial. L'ajustement tonique semble opérer.

A la suite de la discussion autour du diagnostic, Fajar et la psychomotricienne nous rejoignent au tapis. La jeune mère se place alors derrière son enfant, lui ne la voyant pas. Elle l'appelle sur une tonalité aiguë et haute. Le débit me semble rapide. Le visage de l'enfant se modifie : les yeux s'écarquillent, les sourcils se froncent et la bouche s'ouvre légèrement. Elle se retourne ensuite vers la psychomotricienne et lui dit que le retour des vacances en Tunisie est compliqué, que beaucoup d'évènements s'accumulent, qu'elle préfère s'occuper de son enfant jusqu'au moment où il marchera. Ensuite elle pourra s'occuper d'elle-même. Elle ajoute que de toute façon elle est un peu psychomotricienne et qu'elle a pensé à faire ce métier.

2. Zéphyr, réveille-toi pour maman

Nous sommes deux semaines après l'annonce du diagnostic. Juste après notre installation dans la salle, Fajar commence à redresser l'enfant debout. Le dos de la femme se redresse et son visage est marqué d'un large sourire, nous incitant vivement à regarder comme il arrive à se tenir sur ses jambes. Le maintien de l'enfant est précaire et instable : j'observe une hypertonie globale, des appuis podaux répartis sur

un polygone de sustentation restreint, un équilibre contenu à travers la poigne tonique de la mère qui le tient au niveau des membres supérieurs à bout de bras. Celle-ci lâche parfois – au rythme de gloussements nerveux – le maintien de l'enfant de manière saccadée, ce qui le fait basculer vers l'arrière à plusieurs reprises. Ma tonicité augmente pendant la scène, j'essaie de canaliser mon envie d'agir et de prendre l'enfant dans mes bras. Je suis divisée entre l'empathie pour cette mère et une autre – différente – pour l'enfant. Je suis embarrassée, partagée, ne sachant quelle posture adopter. Comment puis-je accompagner cette mère vers un ajustement avec son enfant, sans prendre un ton moralisateur ?

La psychomotricienne intervient et tend les mains vers l'enfant, mimant une scène où l'enfant ferait ses premiers pas. Attrapé, elle le place alors assis avec un appui dorsal, ce qui permet une légère diminution tonique. Elle s'adresse à Fajar, lui verbalisant ce qu'elle perçoit de Zéphyr. Elle donne voix à ce qu'elle éprouve de l'enfant, transformant les éléments de communication infra-verbaux en communication verbale. Elle dit : « maman c'est trop tôt pour moi ». Elle lui communique que ce n'est pas encore le moment pour lui de marcher, que c'est trop éprouvant, mais que Zéphyr comprend l'attente de sa mère. La professionnelle sollicite alors la face postérieure du tronc à travers des frottements, ce qui évoque chez Fajar les rituels de massages qu'elle entreprend régulièrement avec son enfant. J'essaie alors de la valoriser en lui demandant de me raconter en quoi consiste sa pratique : elle me parle de la qualité et des vertus de son huile, de son engagement auprès de l'enfant matin et soir. Son assise se densifie, son regard m'apparaît pétillant, le rythme des paroles se ralentit bien que la voix soit toujours haute et perçante. Les paroles deviennent soudainement actes : elle nous montre. Mon corps se resserre une nouvelle fois. Je suis saisie devant les quelques manipulations vigoureuses de Fajar envers l'enfant. Elle lui demande – d'une voix vibrante, suraiguë et puissante – de l'aider, de se réveiller, de nous montrer ce dont il est capable. La vulnérabilité de la jeune femme me saisit. A cet instant, Zéphyr ne répond pas à l'attente de sa mère... ou à son besoin. Au-delà des verbalisations contenues de Fajar sur les moments difficiles qu'elle peut vivre depuis quelques mois, je perçois – à travers sa gestuelle, son attitude posturale, sa tonicité et sa voix – ses difficultés grandissantes à contenir une réalité persécutante. J'entrevois également des éléments pouvant porter sa fierté maternelle, à travers le massage notamment.

La séance se terminant, la psychomotricienne annonce le prochain rendez-vous, Fajar me demandera pour la première et unique fois d'embrasser son enfant sur la joue. La question de la distance par rapport à la famille me questionne : que nous confie-t-elle à travers cette demande ? Par ailleurs, comment me positionner auprès de la dyade, entre affects et thérapeutique ?

II. Handicap et parentalité

J'ai perçu lors de l'appel de Fajar envers son enfant, lorsqu'elle lui demande avec urgence de l'aider – de se réveiller – une quête de vitalité en lui. Les manifestations corporelles de Zéphyr semblent éveiller chez sa mère des émotions fortes. Parallèlement, le document expliquant l'origine du retard global de l'enfant provoque de l'incompréhension chez Fajar. Elle comprend l'atrophie d'abord comme une tumeur mettant en jeu le pronostic vital de son enfant, puis comme un élément réparable, entre pronostic d'une aggravation de l'état de santé de Zéphyr et récupération totale de son retard. Fajar navigue dans ce discours entre deux pôles, entre mort et vie. Le handicap n'est pas envisagé.

1. L'annonce du handicap

Le document apporté par Fajar en séance de psychomotricité fait mention de l'anamnèse de l'enfant, d'observations cliniques et de l'origine du retard psychomoteur de l'enfant. Il suscite chez Fajar une interprétation, entre méconnaissance du jargon médical et fantasme³⁷. L'accompagnement de la psychomotricienne dans l'appréhension du vocable médical participe à l'annonce du diagnostic.

Le terme « annonce » revêt plusieurs colorations sémantiques. Selon le Grand Robert de la langue française (2005), l'annonce peut désigner un évènement en soi, comme un signal, un présage. Il peut également signifier les modalités employées pour faire parvenir un message, à travers un communiqué, une publication ou une proclamation

³⁷ Selon l'approche psychanalytique, le fantasme est une représentation imaginaire élaborée afin de protéger le Moi de la réalité (Laplanche & Pontalis, 2007).

par exemple. L'annonce est envisagée ici comme un évènement ponctuel, dans un intervalle de temps discriminé. L'annonce du handicap en revanche doit prendre en compte les multiples rencontres cliniques :

« [...] à la différence de ce que suggère le terme d'annonce, le dévoilement d'une anomalie ne se réduit pas à un échange de messages. [...] Si les conditions qui régissent l'annonce du diagnostic sont largement déterminées par l'incidence des mots et des attitudes, ces derniers ne sont jamais tout à fait justes, ni tout à fait appropriés. En effet, la force et la valeur du mot ne se construisent qu'immergées dans des situations [...]. » (Ebersold, 2007, p.9).

Le document qu'apporte Fajar en séance de psychomotricité, révélant les lésions cortico-sous-corticales de son enfant, porte des termes médicaux très spécifiques, ne permettant pas à la mère de se les approprier. Le jargon employé place l'examineur comme le plus à même de comprendre l'état de son enfant, les mots étant ici porteurs d'une représentation sociale de l'enfant confinée aux éléments médicaux de celui-ci, et à sa déficience. Dans le cadre de l'annonce du diagnostic, l'acte de parole permet de nommer des éléments, de les mettre en lumière au détriment des autres aspects de l'individu. Les paroles déportent les significations sociales de l'anomalie sur la personne. L'annonce du diagnostic est pensée par le personnel médical comme un acte nécessaire de vérité portant sur l'état de santé de l'enfant. Les professionnels s'attachent dans ce cadre à transmettre les données biologiques permettant d'éclairer les signes cliniques de la déficience, et son évolution (Ebersold, 2007).

Le personnel paramédical et médico-social relie le jargon médical au niveau fonctionnel, psychomoteur et social chez l'enfant, le parent reliant progressivement ces mots à la situation de vie, des mots qui ont pu enfermer et parfois séparer le parent de l'enfant. D'ailleurs, selon les parents, le handicap de l'enfant est palpable dans les situations sociales, dans l'accès à l'espace public. La différence perçue entre l'enfant en situation de handicap et l'enfant n'en présentant pas semble s'accroître au cours du temps. En comparant les enfants entre eux, les parents distinguent une norme à laquelle ils comparent leur enfant. C'est à travers elle, que la situation de handicap de leur enfant devient de plus en plus visible à leurs yeux (Ebersold, 2007).

L'annonce du diagnostic d'une déficience ou d'une maladie se vit différemment au sein du couple parental, en fonction de la ou des personnes auxquelles elle est adressée.

Le soignant a-t-il annoncé le diagnostic à une personne du couple parental, ou aux deux en même temps. Si un seul des parents est averti, celui-ci porte une double peine : celle du deuil de l'enfant idéal, et du messenger du diagnostic auprès de son partenaire. Cette dimension de l'annonce est importante à prendre en compte dans l'investissement du couple parental auprès de l'enfant : le poids de la culpabilité peut alors se porter à deux, entre présent et avenir à construire ensemble (Korff-Sausse, 2016).

2. L'identité dans le handicap : l'autre analogue de soi ?

La question du handicap interroge le statut de l'Homme à l'échelle individuelle et sociétale. Quelle place donne le groupe à la personne humaine, et en fonction de quelles caractéristiques ? Le terme de « handicap » invite à penser le statut de l'humain en lien avec la place accordée dans l'espace public. *« Il n'y a pas de « handicap », de « handicapés » en dehors de structurations sociales et culturelles précises ; il n'y a pas d'attitude vis-à-vis du handicap en dehors d'une série de références et de structures sociétales. Le handicap n'a pas toujours été vu de la même manière. »* (Stiker, 2013, p.14). Ainsi, selon Henri-Jacques Stiker³⁸, le handicap est pensé et compensé par chaque société de façon spécifique.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) élabore la Classification International du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF) en 2001 (<https://www.ehesp.fr/international/parteneriats-et-reseaux/centre-collaborateur-oms/classification-internationale-du-fonctionnement/>, consulté le 08.03.2020). Elle tente ici d'organiser un modèle descriptif de la situation de handicap. Cette classification évalue les interactions entre l'état physiologique et anatomique de la personne, sa participation dans l'espace social, et les caractéristiques environnementales et personnelles permettant ou non d'y accéder. Elle réduit en ce sens les causalités linéaires entre déficience, incapacité et handicap. Le handicap est pensé ici comme une dimension multifactorielle. Le handicap se rapporte à une situation dynamique, mais ne se confond pas avec l'identité de la personne qui la vit.

³⁸ Historien et anthropologue spécialisé dans le handicap, Directeur de recherches au laboratoire « Identités, cultures, territoire », Université Denis Diderot Paris VII.

Néanmoins, le modèle de la CIF ne permet pas de comprendre le mécanisme de rejet que suscite l'individu en situation de handicap, confondu avec sa déficience.

(a) La place du corps dans la notion de handicap

L'atrophie cortico-sous-corticale de Zéphyr a des répercussions toniques chez l'enfant, engageant sa posture, sa motricité ainsi que ses émotions et son expressivité. Son état corporel suscite parfois chez moi des interrogations sur le diagnostic ou non d'une déficience intellectuelle. Dans ce contexte, ce classement ne fixerait-il pas l'autre dans une entité figée, propre à une situation et un état corporel ?

Selon David Le Breton³⁹ (2017), l'identité de la personne est reliée dans les sociétés occidentales au corps et au regard porté dessus. Le corps-effigie y établit une frontière. Sa déformation interpelle et malmène cette limite à l'autre. La personne en situation de handicap, regardée et/ou rejetée, est une personne dont les contours de l'humanité sont questionnés. L'étude des distances relationnelles montre des conventions sociales propres à chaque type de relation : qu'adviennent ces repères avec une personne en situation de handicap ? Dans la perte d'autonomie, la personne peut faire l'objet de soins, nécessitant alors une proximité des corps avec un autre non-familier. Au contraire, les corps peuvent être mis à distance dans un mouvement de rejet : « *Le handicap frappe deux fois, atteignant le corps, il atteint les racines du sens, il déborde l'intimité pour être saisi de plein fouet dans la trame sociale* » (Le Breton, 2017, p.56). Le corps-effigie est ici un stigmaté, porteur d'une confusion entre image spéculaire et identité. Si le discours social est convenu et normalisant auprès d'une personne en situation de handicap, l'ambivalence est telle qu'en place publique elle est regardée, questionnée, suscitant peur et curiosité... Révélant toute la difficulté à accepter l'autre comme similaire à soi s'il n'entre pas dans notre conception du normal. Les valeurs sociétales façonnent, cultivent les corps à son image :

« Nos sociétés vouent un culte au corps jeune, séduisant, sain, actif, autonome, et elles font du déni de la mort ou de la fragilité de la condition humaine une pierre d'angle du lien social, n'accordant aux individus affectés d'un « handicap » qu'une place seconde. Ces derniers incarnent le retour du refoulé, une vulnérabilité les mettant en porte-à-

³⁹ Anthropologue et sociologue français, professeur à l'Université de Strasbourg et membres du Laboratoire Cultures et Sociétés en Europe au CNRS.

faux avec les rites d'effacement du corps. D'autant que l'autonomie est une valeur célébrée dans le contexte de l'individuation du sens, où chaque individu doit se mettre au monde par lui-même en permanence, mais aussi dans un contexte politique de mise à mal de la solidarité collective. » (*ibid.*, p.53).

(b) Le handicap, une situation d'entre-deux

Henri-Jacques Sticker fait état de la théorie de la liminarité élaborée par Robert M. Murphy⁴⁰ (Sticker, 2013). Selon ce dernier, la personne en situation de handicap se trouve dans une situation d'entre-deux, ni incluse ni exclue, ni dedans ni dehors, ni vivante ni morte. « *Ainsi ils ne sont ni rejetés, ni pleinement acceptés ; ni mis à l'écart, ni intégrés [...].* » (*ibid.*, p.263). Robert M. Murphy s'inspire des notions de rites de passage pour penser l'individu dans la société : pour passer d'un statut social à un autre au cours de sa vie, l'individu passe par un état transitoire, un entre-deux, une situation liminaire. A travers des rites, la société organise des temps d'isolement, d'instruction et de renaissance qui se succèdent et conduisent l'individu d'une situation infra-liminaire (qui précède le changement de statut) à post-liminaire (qui lui succède) en passant par une phase d'entre-deux – liminaire. Pour Robert M. Murphy, la personne en situation de handicap se retrouve dans une situation liminaire comparable, mais sans parvenir à accéder au stade post-liminaire de la renaissance dans la société. Ce confinement social a une influence majeure sur l'identité de l'individu. Si l'individu est situé entre deux, il n'a pas – dans la situation de handicap – la possibilité de s'identifier aux individus issus des deux groupes, infra et post-liminaire.

La pensée binaire et catégorielle trace des séparations entre les idées, les caractéristiques, les humains. Elle ne permet pas le tissage de la différence comme apport de compréhension de l'humanité et de l'autre comme humain. La difficulté de Fajar à penser le handicap de son enfant, peut trouver ici une explication. L'identité propre de Zéphyr serait difficile à penser, dans un entre-deux culturel ne permettant pas son accession dans le corps social.

⁴⁰ Anthropologue, spécialiste des populations berbères, atteint d'une tumeur à la colonne vertébrale qui le conduira à théoriser la place du handicap dans la société à partir de son vécu subjectif.

(c) Identité VS situation : du corps défaillant au corps social

A quoi correspond la notion d'identité ? Simone Korff-Sausse (2017) reprend les propos de Claude Lévi-Strauss (2007)⁴¹ : le concept est une composition et une recomposition permanente, un élément fictif et composé de multiples facettes. Elle prévient de l'aspect réducteur d'une vision exclusivement sociétale de la notion d'identité. Polymorphe, l'identité s'élabore à la fois dans l'environnement et dans la réalité interne du sujet.

Comprendre le handicap comme une situation – et non un qualificatif – évite la réduction de l'identité de l'individu à une situation. Dans la situation de handicap, le corps-organisme, une des figures de l'identité de la personne, devient stigmaté du handicap. L'identité peut s'y trouver réduite. Les figures parentales peuvent elles-mêmes être porteuses de cette difficulté à penser la personne en situation de handicap comme humaine, tout en étant enfermées – en tant que parent d'un enfant handicapé – dans cet entre-deux. Le parent se trouve alors dans une situation ambivalente, confondu entre son identité de parent, son identité propre et ses représentations. Dans la situation de handicap, la reconnaissance de l'enfant comme individu à part entière peut nécessiter un accompagnement parental. D'après Régine Scelles⁴² (2017), l'accompagnant de la personne en situation de handicap peut projeter sur elle une vie psychique, ou bien lui retirer – conférant alors à la personne le statut de corps sans humanisation. « Toute la difficulté sera alors d'introduire un entre-deux, entre soi et l'autre, pour qu'advienne l'altérité en lien avec l'ego sans confusion totale ni séparation radicale. » (Scelles, 2017, p.110). Les vécus psychocorporels des personnes en situation de handicap sont parfois difficilement identifiables pour les parents, ce qui peut altérer l'empathie envers l'enfant. Selon Mireille Gauberti :

« [...] parler du nourrisson qui en est marqué revient à parler en négatif de la pulsion de mouvement, de l'expressivité tonico-émotionnelle, de l'investissement du corps-plaisir et du corps-relationnel. [...] Le nourrisson provoque chez la mère une impression d'étrangeté, une impossibilité d'identification, car dans les déformations imprimées par

⁴¹ Selon le séminaire interdisciplinaire de 1974-1975, dirigé par Claude Lévi-Strauss sur l'Identité.

⁴² Professeur de psychopathologie à l'Université Paris Ouest-Nanterre-La défense.

le handicap elle ne peut reconnaître son propre corps sain, ni le corps magnifique du bébé espéré. » (Gauberti, 1993, p.32).

A contrario, le parent peut, grâce à ses interprétations, devenir un vecteur de communication de l'enfant avec l'environnement à tel point que la place propre du parent et celle de l'enfant se trouve indifférenciée. Le contexte de précarité sociale souvent en lien avec la situation de handicap accentue alors l'isolement de la famille et ses dynamiques.

Le retard global de Zéphyr suscite chez sa mère des interactions à visée stimulante. Le massage qu'elle initie provoque chez elle une recherche urgente d'une réponse motrice chez son fils. De même, l'instruction à la marche de son enfant – non-adaptée au niveau d'évolution motrice de celui-ci – le place dans une situation inconfortable. L'enfant n'est pas ici sujet dans la relation avec sa mère, mais réduit à un corps qu'il faut instruire selon les âges de référence d'acquisitions motrices. Le document mentionnant l'atrophie cortico-sous-corticale apporte la nouvelle de mort ou de guérison, l'entre-deux n'étant pas envisagé.

3. L'écart impardonnable avec la norme

(a) **La difficulté de penser, la difficulté de s'identifier**

Le regard de Fajar et celui de son enfant semblent souvent figés, les yeux grands ouverts, l'environnement extérieur ne semblant pas exister. J'éprouve des difficultés à rassembler les éléments de son parcours avec Zéphyr⁴³, tant les propos de la jeune femme s'égrènent dans un espace-temps indicible. Parallèlement, Fajar raconte souvent en séance de psychomotricité que tout ira bien quand Zéphyr marchera, et qu'elle voit les progrès de celui-ci. Ses propos lorsqu'elle décrit son fils en vidéo⁴⁴ marquent la difficulté pour cette mère d'observer une réalité trop présente. Fajar a une sœur cadette porteuse de la trisomie 21. Sa fausse couche précédant la naissance de Zéphyr, et d'autres éléments qui me sont inconnus, ont sans doute une importance notable sur la façon dont cette femme se représente et vit le handicap de son enfant.

⁴³ Cf. *supra*, « La naissance de Zéphyr : l'aube d'une rencontre », p.16.

⁴⁴ Cf. *supra*, « Ma première rencontre avec la dyade », p.19.

Sans entrer dans une analyse de Fajar qui n'est pas de mon ressort, je souhaite ici porter mon regard sur le respect envers la singularité et le cadre de référence de chaque famille. En séance de psychomotricité, j'observe l'importance pour Fajar que Zéphyr marche. Elle le met de ce fait dans des situations où moi, future psychomotricienne, je ressens une certaine violence de la mère portée envers son enfant, dans ce qui me semble être un non-respect des compétences de celui-ci. A cet égard, j'ai moi-même eu peur de ma propre violence envers cette mère, quand j'ai ressenti à plusieurs reprises l'envie de la contraindre physiquement, qu'elle s'arrête !⁴⁵.

L'annonce du diagnostic suscite plusieurs types de réactions parentales, entre fuite d'une réalité trop persécutante et sidération devant celle-ci (Korff-Sausse, 2016). Les interactions avec l'enfant sont de ce point de vue révélatrices de ces réactions parentales. La réaction parentale face au handicap de l'enfant traduit ainsi la difficulté à éprouver la violence de la perte de l'enfant imaginaire. Cette violence fait irruption dans le psychisme des parents, et est en ce sens traumatogène. Le traumatisme « [...] désorganise le fonctionnement [psychique] : il anéantit toutes leurs défenses habituelles et en fait apparaître d'autres, parfois beaucoup plus pathologiques. » (*ibid.*, p.36). La vie est subitement projetée en dehors du temps, l'évènement traumatique pour seul repère. Le comportement des parents – entre agressivité, déni et rejet – suscite alors des interrogations auprès des soignants. Le temps de l'élaboration psychique du vécu traumatique est à prendre en compte dans l'appréhension de ces comportements. « Le phénomène de l'après-coup » (*ibid.*, p.41) est un concept psychanalytique qui renseigne des liens qui s'opèrent dans le psychisme, entre le traumatisme et certains évènements antérieurs. Simone Korff-Sausse⁴⁶ précise :

« La notion psychanalytique de l'après-coup est un outil tout à fait indispensable pour aborder les parents d'enfants handicapés. Elle introduit l'idée essentielle que les phénomènes psychiques se jouent en plusieurs temps. Ainsi, chaque évènement étend ses ramifications dans les deux sens : vers le passé qui fait retour et se réactualise en se modifiant ; vers le futur non prévisible qui se fera en fonction du passé, mais agit en retour sur lui. » (*ibid.*, p.42-43).

⁴⁵ Cf. *supra*, « Ma première rencontre avec la dyade », p.19.

⁴⁶ Psychanalyste et Maître de Conférence à l'Université Paris-Diderot.

(b) Le deuil de l'enfant imaginaire ?

Le propos de Fajar concernant la signification d'une atrophie cortico-sous-corticale, et le lien qu'elle fait avec une tumeur et l'enjeu du pronostic vital de son enfant, me questionne sur la représentation mortifère que la jeune mère porte sur Zéphyr.

Simone Korff-Sausse (2016) parle du deuil impossible de l'enfant imaginaire. Si chaque parent doit y faire face, le bébé ne comblant jamais tout à fait les attentes parentales, la situation de handicap est un gouffre d'autant plus important. Faire le deuil de l'enfant imaginaire revient à désinvestir en partie le parent idéal qu'ils souhaitent être, et qu'ils auraient été avec l'enfant idéalisé. L'enfant, vivant mais trop différent, rappelle aux parents l'écart entre le bébé réel et le bébé imaginaire. Parler de deuil alors que l'enfant est vivant est un non-sens pour le parent. Le handicap porte l'ambivalence entre la mort et le vivant (*ibid.*).

(c) Entre culpabilité et responsabilité

Deux séances de psychomotricité après la reformulation du document médical par la psychomotricienne, Fajar annonce que le test génétique va permettre de la rassurer sur le lien ou non de consanguinité avec le retard global de son enfant. Elle justifie alors son mariage par son ignorance du lien filial qui l'unit à son mari : elle ne se serait pas mariée sinon ! La consanguinité du couple parental est-elle à l'origine de l'atrophie cortico-sous-corticale ? Son propos me semble alors incohérent, la psychomotricienne et le document concernant le diagnostic expliquent que le retard de Zéphyr est dû aux lésions cérébrales acquises lors des souffrances néonatales de l'enfant à l'accouchement. Ce raisonnement culpabilisant semble côtoyer ici celui de la pensée magique. La pensée magique désigne la croyance selon laquelle la pensée entraîne la survenue de l'évènement ou l'en empêche. Il s'agit d'un processus surgissant de la période de l'omnipotence infantile⁴⁷, qui permet en partie de combler les vides de la raison. Ici, elle permet d'émettre des liens de causalité entre la déficience de l'enfant et la responsabilité du parent (Korff-Sausse, 2016).

⁴⁷ Donald W. Winnicott rapporte l'omnipotence infantile à la période de la dépendance absolue. L'enfant, du fait de l'adaptation suffisante de la figure maternelle, s'octroie la capacité à faire en sorte que les évènements le concernant se produisent. « *Le fantasme et la réalité sont ici une seule et même chose, et l'enfant devient le créateur du monde.* » (Davis, 2016, p.48).

L'annonce du handicap de l'enfant provoque en effet de l'incompréhension auprès des parents. Il s'agit d'un non-sens. La recherche de l'origine biologique causant la déficience, mais aussi les représentations culturelles sont des voies empruntées pour combler ce vide à penser :

« Désigner une cause, c'est donner sens à l'impensable, ramener l'égarement de la nature dans la rationalité et reconduire l'absurde à l'intérieur d'une logique. C'est rétablir une continuité et réintégrer le sort universel, afin d'échapper à cette singularité douloureuse qu'introduit l'anormalité de l'enfant. L'absurde, c'est l'inhumain qui pourrait se rapprocher du monstrueux. » (*ibid.*, p.108).

La connaissance de l'origine de la déficience permet de réintroduire l'enfant dans la filiation et dans une histoire sociale. En l'absence de diagnostic précis, la provenance de l'anormalité suscite des interprétations mêlant fantasmes et angoisses. Quoi qu'il en soit, la culpabilité des parents est omniprésente. Elle suscite des comportements ambivalents, entre quête de l'étiologie – qui certifierait leur responsabilité – et fuite de celle-ci. Ici, culpabilité et responsabilité sont indissociées pour les parents.

III. De la parenté à la parentalité

D'après la présentation clinique en première partie⁴⁸, Fajar et son mari sont cousins germains. Ils sont unis selon deux types de liens : un lien d'alliance, et un lien filial de type collatéral. Comme évoqué précédemment, la mère questionne ici directement sa responsabilité, se justifiant à travers la méconnaissance de ce lien filial lors du mariage.

Lors des stimulations, j'ai observé précédemment que les interactions au sein de la dyade Fajar-Zéphyr avaient essentiellement une portée stimulatrice, avec pour objet les acquisitions motrices de l'enfant. C'est dans ce cadre que je souhaite interroger le concept de parenté et de parentalité.

⁴⁸ Cf. *supra*, « La naissance de Zéphyr : l'aube d'une rencontre », p.16.

1. La parenté

Les liens familiaux se divisent en différentes terminologies – avec certaines spécificités en fonction du groupe culturel auquel on appartient (Segalen, 2006). Les liens du sang et les liens d’alliance constituent les piliers de la théorie de la parenté. Ils établissent un type de conduite à adopter en fonction du type de relation à l’autre.

(a) La filiation

La filiation s’effectue par la reconnaissance d’un lien descendant ou ascendant entre deux individus. On distingue le lien filial direct (parents et leurs parents) du collatéral qui regroupe les personnes dont on a un seul ancêtre en commun (*ibid.*, p.39).

Les différents groupes culturels n’accordent pas la même valeur au lien filial : il peut être source de droits plus ou moins importants au sein de la société par exemple. Par ailleurs, les sociétés organisent la reconnaissance au sein de la filiation de différentes façons : elle peut être unilinéaire, bilinéaire, indifférenciée. Si dans la filiation unilinéaire un seul type d’ancêtres – maternels ou paternels – est reconnu, dans le second type de filiation, les lignes paternelles et maternelles sont admises avec des fonctions différentes. « Dans la filiation indifférenciée (dite encore cognatique), l’appartenance à un groupe de parenté n’est plus fondée sur le sexe. Tous les descendants d’un individu font partie de son groupe de parenté » (*ibid.*, p.41).

(b) L’exogamie et la prohibition de l’inceste

L’exogamie est un type d’alliance permettant la rencontre entre deux groupes de filiation distincts. Ce type de mariage applique comme règle la prohibition de l’inceste. Cet interdit est à relier au complexe d’Œdipe. L’enfant des deux protagonistes est le fruit de leur union, tout en étant exclu de la scène conjugale. Malgré l’amour porté à ses parents, l’enfant doit se conformer à certaines règles dont l’interdit de l’inceste qui entraîne le complexe d’Œdipe. Martine Segalen⁴⁹ reprend les travaux de Georges Devereux : de l’interdit naît le tabou et le désir, ces éléments étant à la base de l’appareil psychique et social (*ibid.*).

⁴⁹ Ethnologue et sociologue française, spécialiste de la famille et des questions culturelles.

Selon l'ethnologue, Claude Lévi-Strauss⁵⁰ distingue dans *Les Structures élémentaires de la parenté* (1967), les systèmes de mariage en deux catégories. Les systèmes de parenté élémentaires se déterminent par un ensemble de règles ordonnant à un individu le type de femmes qu'il peut épouser, et celles avec lesquelles le mariage leur est interdit. Au contraire, les systèmes complexes se définissent comme des sociétés où l'injonction est seulement formulée à la négative, certains types d'alliances y étant prohibés. « Nous reconnaissons là le modèle occidental où, à l'exception de l'union avec certains parents que les codes religieux ou civils refusent en mariage, le choix du conjoint est libre. » (Segalen, 2006, p. 44).

Dans le cadre clinique, la question de la filiation et de son organisation me permet de penser l'enjeu de la descendance et du handicap de l'enfant. Là encore, je ne cherche pas à étudier précisément le rôle des organisations sociétales dans l'appréhension de la filiation chez Fajar. En interrogeant la parenté, je souhaite assouplir mes représentations, et me placer moi-même dans ma pratique de psychomotricienne au sein d'un maillage socio-culturel spécifique.

2. La parentalité

Le terme « parentalité » est issu de l'ajout du suffixe « ité » au qualificatif « parental ». Ainsi la parentalité désigne la qualité d'être parent (Leticia Solis-Ponton, 2002).

(a) La naissance du concept : l'approche sociologique

Le concept de la parentalité s'élabore à travers une organisation familiale et des valeurs sociales singulières au sein d'un espace-temps donné. Alain Bouregba⁵¹ rapporte la construction en Occident d'un modèle familial démocratique à travers trois mutations dans la seconde moitié du XXe siècle. La Seconde Guerre Mondiale de 1939 à 1945 bouleverse les idéaux et remet en cause la hiérarchie au sein du système, celle-ci étant fondée sur la soumission à l'autorité : « L'après-guerre est dominé, notamment en Occident, par des valeurs axées sur le droit des personnes à l'épanouissement et au respect de leur conscience, valeurs dont les familles vont être

⁵⁰ Anthropologue français, figure majeure du Structuralisme.

⁵¹ Psychologue, psychanalyste, directeur de la Fédération des relais enfants-parents à Montrouge.

imprégnées. » (Bouregba, 2013, p.14). Certaines victoires sociales des femmes par la suite contribuent à un rôle nouveau au sein de la famille : elles jouissent des mêmes droits et devoirs que l'homme auprès de l'enfant. Enfin, le statut de ce dernier évolue. L'éducation de l'enfant devient primordiale et doit lui permettre une émancipation heureuse. Le père patriarcale, autrefois institué protecteur de la cellule familiale, fait dorénavant alliance avec la mère dans une mission éducative commune de l'enfant. Le concept de parentalité naît de cette alliance.

Selon l'approche sociologique, être parent est encadré par des devoirs auprès de l'enfant. Être se fait avoir : « [...] la parentalité se résume à l'inventaire des différentes fonctions sociales qu'un parent, le père ou la mère indifféremment, doit assumer. Il en ressort que le concept de parentalité s'insère dans une approche fonctionnaliste qui privilégie l'adaptation des conduites parentales aux besoins affectifs, cognitifs et socio-économiques de l'enfant. » (*ibid.*, p.17). La parentalité semble davantage définie par les dimensions fonctionnelles assurées par le parent, et non par sa dimension relationnelle.

(b) Trois principes

La parentalité nécessite en premier lieu la reconnaissance du lien de filiation. Par ailleurs, si l'accession à la parentalité est universelle, le concept et ses valeurs s'élaborent dans un contexte culturel. Les valeurs sociétales engendrent des normes auxquelles n'échappe pas l'exercice de la parentalité. Or « tous les parents cherchent à valider leur comportement parental en fonction des normes de pratique de la parentalité. Cette quête inconsciente, autant que consciente, d'adéquation à la normalité, peut parfois disqualifier des comportements parentaux [...] » (Bouregba, 2013, p.29). Or la migration questionne les différentes normes et peut constituer une perte de repères dans le processus. Le sujet se retrouve alors partagé dans une double situation, entre celle d'immigré et d'émigré. « Ils sont en effet pris dans une forme de *double mind* : incitation à affirmer leur autorité, mais dévalorisation par ailleurs de la forme qu'elle prend [...] » (Giraud & Moro, 2002, p.327). Dans ce contexte, privées du sceau de leur culture d'origine, certaines femmes ont des difficultés pour investir l'enfant dans leur lignée. Si l'éveil et l'écoute sont promus actuellement en Occident, qu'en est-il en Tunisie ? Comment la situation de handicap

de l'enfant malmène encore davantage Fajar, écartelée entre les rapports normatifs de la parentalité et de l'infirmité ? Enfin, devenir parent expose l'être humain à des remaniements psychiques internes dans les domaines identitaires et relationnels. Alain Bouregba rapporte l'expérience de la parentalité à un phénomène maturatif portant sur l'intersubjectivité. La mise en relation de l'individu avec l'enfant et l'autre parent nécessite des ajustements relationnels portés par des représentations conscientes et inconscientes de la parentalité, qui se heurtent avec l'autre – ce qui déstabilise l'assise narcissique de l'individu (Bouregba, 2013).

Ainsi, dans ce cadre théorique, Fajar adopte sa qualité de parent, en adaptation à la déficience motrice de son enfant. Toutefois, au sein de la vignette clinique ci-dessus⁵², Fajar associe son dévouement personnel envers son enfant, à une orientation professionnelle soignante : elle a pensé à être psychomotricienne. La posture maternelle est associée aux soins quotidiens de l'enfant. Parallèlement, le thérapeute dispense des soins dans un cadre professionnel, la relation ne relevant pas de l'intime du quotidien. L'annonce du handicap de l'enfant peut susciter une confusion des deux rôles – celui de mère et de soignant, ceux-ci étant distincts mais complémentaires. La notion de filiation, inscrivant l'enfant dans une reconnaissance propre, est un élément-clé de cette distinction. Elle introduit les concepts de narcissisme et d'affects qui y sont liés. Dans le contexte de handicap de l'enfant, la filiation est souvent questionnée.

IV. La place du psychomotricien dans le processus de penser le handicap

Au sein de la vignette clinique ci-dessus⁵³, la psychomotricienne de la PMI reformule le jargon médical afin de le rendre accessible à Fajar. Bien que cet échange ne soit pas suffisant pour que Fajar appréhende le handicap de son enfant, il permet d'amorcer un dialogue commun autour des représentations du diagnostic de Zéphyr. Au sein de la dyade, j'ai observé que les interactions initiées par Fajar étaient peu ajustées, souvent sur-stimulantes. La mère recherche activement l'acquisition de la

⁵² Cf. *supra*, « Des mots sur le diagnostic », p.41.

⁵³ *Ibid.*

marche de Zéphyr, le plaçant dans des situations telles que le tonus devient son seul rempart. Dans ces situations, il m'a semblé que la posture de la psychomotricienne relevait de l'équilibriste, dosant l'équilibre entre conseils et valorisation. Comment guider Fajar vers l'appréhension de son enfant en situation de handicap, sans malmener ses compétences maternelles ?

Comme observé précédemment⁵⁴, l'annonce du handicap s'élabore dans un espace-temps propre à chaque individu. Le personnel paramédical et médico-social accompagne les parents dans l'appréhension du handicap de leur enfant dans une temporalité continue, suivant l'évolution de l'enfant et de la famille.

1. La lecture psychomotrice

J'ai régulièrement été mal-à-l'aise devant les stimulations proposées par Fajar à son enfant, celles-ci provoquant chez Zéphyr une hausse tonique importante et un agrippement visuel. Les propositions non-ajustées de Fajar m'ont questionnée sur ses représentations de son enfant. Il m'a souvent semblé chez la jeune femme que l'écart entre la perception de l'enfant réel et celle de l'enfant imaginaire était trop importante⁵⁵, et qu'il fallait le réduire pour qu'elle accompagne au mieux le développement psychomoteur de l'enfant. Parallèlement, les paroles de Fajar m'ont interrogée quand elle a établi un lien entre son rôle de mère et le rôle de psychomotricienne. Quel est pour elle le rôle de ce professionnel ? Le risque ici serait qu'elle s'identifie en tant que mère à un professionnel de la rééducation, s'y réduisant. Il me semble donc important de soutenir Fajar à travers l'attention et les soins qu'elle peut prodiguer à son Zéphyr. Le psychomotricien peut ici encourager les stimulations psychomotrices proposées par la jeune mère dans une dimension relationnelle porteuse d'interactions avec l'enfant.

Tout au long des séances en psychomotricité, je me suis attachée à observer la tonicité de Zéphyr et sa capacité de régulation tonique, sa motricité globale et fine (coordinations, postures, Niveaux d'Évolutions Motrices – NEM), les éléments de communication verbaux et non-verbaux (modalités expressives utilisées), les réactions à l'environnement en rapport aux types de stimuli (explorations, manifestations

⁵⁴ Cf. *supra*, « L'annonce du handicap », p.44.

⁵⁵ Cf. *supra*, « Les interactions fantasmatiques », p.38.

d'intérêts, orientation corporelle), le sentiment d'unité corporelle émanant de l'attitude de l'enfant, et son niveau de vigilance.

Ces observations me permettent d'aller à la rencontre de l'enfant dans ces capacités, difficultés et potentialités interactionnelles. Je souhaite ici prendre du recul par rapport aux normes relatives au développement « normal » de l'enfant. Celles-ci, bien qu'il soit nécessaire de s'y référer dans la mise en place de soins appropriés, ne doivent pas entraver la rencontre avec la personne et l'y réduire. Si la référence dogmatique aux normes tend à fixer les éléments, situer les observations à travers un contexte relationnel permet au contraire de les mobiliser. Le parent, lui-même porté à comparer son enfant aux canons de la norme et de la réussite, peut également s'y perdre, réduisant son enfant à un fonctionnement opérant ou non. L'observation de l'expressivité de l'autre, de ses capacités interactives, permettent alors au parent de se situer comme partenaire.

2. Le psychomotricien, fonction alpha de la dyade

A partir de ces observations, la psychomotricienne verbalise des éprouvés de l'enfant, s'attribuant le « je » de Zéphyr. Elle utilise alors une voix légèrement plus aiguë et mélodique, elle articule moins, son adresse n'est pas dirigée précisément. Dans ce contexte, elle ne cherche pas à expliquer. Elle verbalise alors pour l'enfant sa difficulté à appréhender certaines situations, et sa difficulté à rejoindre les volontés maternelles. Elle parle pour lui du fait qu'il n'a pas actuellement la possibilité de marcher, que ça va prendre du temps et qu'il a besoin que sa mère l'accompagne petit à petit. Il me semble alors que la psychomotricienne tente de tisser un lien entre Fajar et son enfant, en rendant accessible à celle-ci le vécu subjectif de Zéphyr.

Mireille Fognini rapporte les apports de Wilfried R. Bion (*Aux sources de l'expérience* – 1979) sur sa théorie de l'émergence de l'appareil à penser et l'appréhension de la réalité et des frustrations. Les vécus bruts, impossibles à penser sont nommés éléments bêta. Ils se retrouvent particulièrement chez les bébés et dans les éléments de personnalité psychotique. La figure maternelle, grâce à sa capacité de rêverie et son rôle de fonction alpha-isante, intériorise en elle ces vécus bruts pour les transformer et les rendre supportables à l'enfant. La capacité de rêverie de la figure

maternelle exerce une contenance des expériences brutes de l'enfant tandis que la fonction alpha-isante les transforme. Les vécus diffus et indifférenciés sont alors métabolisables en pensées distinctes. Wilfrid R. Bion reprend la théorie de Mélanie Klein concernant la phase schizoparanoïde du bébé. Elle est associée à un mécanisme de clivage et d'identification projective. Elle résulte de la difficulté à supporter la frustration liée à la réalité. Wilfrid R. Bion ne scinde pas la personnalité névrotique de celle psychotique. Des éléments de cette dernière peuvent jaillir lors d'un évènement traumatique au sein d'une personnalité dite névrotique. Les mécanismes de la prime enfance – l'identification projective et le clivage – peuvent alors rejaillir. La pensée n'émerge pas du vécu brut (2004). Dans la clinique du handicap, le traumatisme entraîne une sidération chez les parents, ce qui entrave les processus de penser⁵⁶. La fonction alpha du parent est malmenée, l'enfant réel est vécu par ailleurs comme persécutant.

Le psychomotricien, à travers sa lecture psychomotrice peut alors accompagner le parent dans l'appréhension de son petit. Selon ce qu'il perçoit des interactions dyadiques, le professionnel peut transformer les vécus bruts de la réalité du parent en pensées.

« Nous mettons en scène certaines situations familiales décrites comme insupportables, incompréhensibles ou inquiétantes dans le tête-à-tête et le corps à corps mère-bébé, les identifications entravées et prêtons tant au bébé qu'aux parents nos propres capacités identificatoires et élaboratrices à partir d'une lecture de nos co-vécus et coéprouvés. Cette mise en travail de l'activité perceptive, grâce à la mise en mots, introduit la capacité de se penser soi-même en relation avec autrui et de penser l'autre distinct de soi. La reconnaissance de la légitimité des ressentis des uns et des autres valide l'existence de chacun et conduit à la prise en compte des besoins de l'enfant et de ses attentes : les ajustements corporels et émotionnels prennent alors forme dans la mutualité des échanges. » (Jaricot & Désarméniens-Allard, 2009, p.122)

Au sein des séances de psychomotricité, il m'a semblé qu'il était difficile pour la psychomotricienne et moi-même de trouver une place au sein de la dyade. L'écoute

⁵⁶ Cf. *supra*, « La difficulté de penser, la difficulté de s'identifier », p.50.

de Fajar a pris beaucoup de place au sein des séances, nous donnant peu accès à l'enfant. Au sein de ce dispositif, il a été tentant de réduire l'enfant dans sa globalité à sa situation de handicap, confondant les répercussions des lésions cérébrales sur le plan cognitif au déploiement de ses capacités dans l'environnement présent.

L'intérêt que j'ai porté ci-dessus envers les liens entre la parentalité et le handicap est en rapport avec la compréhension des enjeux environnementaux dans le déploiement des capacités de l'enfant. Zéphyr a semblé parfois en fusion avec cette mère-environnement, qui lui laisse peu de place pour exister. La psychomotricité peut ici permettre de soutenir l'identification du parent à son enfant à travers la lecture psychomotrice. Grâce à la capacité de rêverie du psychomotricien et à sa fonction alpha-isante, le thérapeute peut manifester ses impressions sur la relation dyadique, relayant les compétences de chacun à être ensemble. Le professionnel peut par exemple observer la détente tonique de l'enfant, révélant alors la capacité du parent à sécuriser son enfant. Le parent est alors soutenu dans son identification au rôle parental. La parentalité ne s'exerce pas ici selon des normes éducatives, mais plutôt à travers la dimension relationnelle.

Le parent est accompagné à éprouver et à penser son enfant, au-delà de sa culpabilité. En effet, la culpabilité semble générer un lien parent-enfant où les partenaires sont indifférenciés – reliés par l'impensable. L'identification au bébé réel engendre alors chez les parents une capacité à comprendre et à rendre accessible à l'enfant ce qui se passe pour lui.

Partie 3. Le positionnement du psychomotricien au sein des enjeux relationnels parent-enfant

I. La question de la distance au sein de la dyade

La carapace tonique de Zéphyr, et son absence d'interaction visuelle lors des séances de psychomotricité m'a questionnée. Fajar prenant beaucoup de place, à travers sa voix, son engagement corporel et spatial, je me suis demandée dans quelle mesure avais-je accès aux compétences de l'enfant. J'ai alors repensé le cadre de la séance de psychomotricité. Les questionnements suivants m'ont guidé : comment puis-je avoir accès à l'enfant, et comment permettre à Fajar de s'ajuster au mieux. La psychomotricienne et moi-même nous sommes accordées sur la proposition d'un nouveau dispositif de séance. Dans la même salle et durant le même intervalle de temps, la psychomotricienne accompagnera Fajar et moi Zéphyr. Notre objectif est ici d'observer les compétences de l'enfant en dehors de la présence active de sa mère, et de permettre une régulation tonico-émotionnelle de la jeune femme à travers des séances de conscience corporelle axées sur la méthode Feldenkrais et la respiration. La proposition du nouveau dispositif a eu lieu en mon absence. A mon retour, la psychomotricienne m'a annoncé la grossesse de Fajar, cet évènement étant l'occasion pour la professionnelle de proposer des séances de détente pour une grossesse sereine. Fajar est enceinte de trois mois lorsqu'elle annonce sa grossesse à la psychomotricienne. La jeune femme révélera lors de ces temps son anxiété par rapport à sa grossesse actuelle et sa fatigue. Zéphyr, lui, a dix-huit mois.

Lors de la troisième séance avec ce nouveau dispositif, je la vois pour la première fois s'asseoir lourdement avec l'enfant sur ses genoux, dans un registre moins tonique qu'à l'habitude. Elle raconte sa fatigue, le fait qu'il s'agit d'une semaine particulièrement chargée avec divers rendez-vous médicaux pour Zéphyr. Il a subi une ponction lombaire et une prise de sang en plus des rendez-vous habituels que sont la kinésithérapie et la psychomotricité. Elle parle de son étonnement vis-à-vis du réveil difficile de son fils au matin de la séance, sans le relier à une perception générale de l'enfant. Je me rends compte alors qu'en séance de psychomotricité, lorsqu'elle raconte des anecdotes de l'enfant, elle ne les inscrit pas dans une perception globale de celui-ci. Les propos le concernant apparaissent souvent en fin de séance, ils sont toujours relatifs à sa force, à sa tonicité – peut-être en lien avec la peur qu'engageait l'hypotonie de l'enfant au tout début de sa vie... toutefois, je ne peux m'empêcher à chaque fois de relier ce registre tonique à celui de sa mère. Fajar repositionne

plusieurs fois Zéphyr lors de ce court moment, jusqu'à le laisser glisser jusqu'au sol, moment où j'interviens pour entrer en relation avec l'enfant et le porter jusqu'au tapis. Pendant que la psychomotricienne propose de commencer le temps de détente avec Fajar, j'interagis avec l'enfant que j'ai installé assis sur un matelas gonflable. L'interaction est visuelle dans un premier temps, étayée par mes paroles que je module de façon à ce que le langage soit porté par une musicalité. Son tonus est plutôt élevé, mais je perçois certaines modulations à travers des oscillations sagittales au niveau du tronc, associées à des sourires. Les membres inférieurs sont en extension jusqu'aux orteils, ils forment un angle droit avec le tronc. Son corps s'organise sur un plan sagittal, accroché à mon regard, j'utilise cet axe œil à œil pour mobiliser l'enfant dans différentes directions. J'observe des rotations dans son axe au niveau cervical seulement, la ceinture scapulaire étant peu engagée. La tenue axiale est très tonique. Mon objectif sera de percevoir les capacités de régulations toniques que l'enfant a pour accéder à plus de mobilité ensuite. Je souhaite par ailleurs proposer des stimulations sensorielles afin d'engager la préhension chez l'enfant. J'utilise alors une plume colorée que je présente au niveau du sternum de l'enfant. Il la regarde intensément puis me regarde. Je propose alors une stimulation tactile avec la plume au niveau péri-oral ce qui entraîne une préhension rapide avec orientation du regard sur l'objet. Il la manipule alors avec des gestes vifs et saccadés en particulier au niveau du coude, en prise palmaire, les doigts non-déliés. L'objet est passé d'une main à l'autre puis relâché de manière involontaire. Ses mouvements provoquent un déséquilibre du côté droit, il prend alors appui avec la main du même côté. Figé dans ce déséquilibre, je l'accompagne en lui offrant un appui au niveau occipital tout en accentuant le déséquilibre, passant alors en position de décubitus latéral puis dorsal. Son tonus s'est élevé au cours de la manœuvre, son regard s'est figé dans le mien. Le déséquilibre n'a probablement pas été vécu ici comme sécurisant, engageant alors une hausse tonique non-réglée. Quelle place puis-je avoir dans la régulation tonique ? Me vient alors l'idée de proposer le jeu du cacher-coucou afin de transformer l'accrochage visuel en interaction. Je cache mes yeux et me resserre, je me fais toute petite derrière des gestes lents et proximaux. Puis j'agrandis mes mouvements en fonction de ce que je perçois comme acceptable pour l'enfant. Le jeu suscite alors des mimiques, des jubilatons, le regard est adressé et investi dans une dimension relationnelle. Mes gestes deviennent plus amples, plus vifs et saccadés, ceux-ci n'entraînant pas de désorganisation chez Zéphyr. Entendant les manifestations de son

enfant, Fajar commente : elle aussi joue à ce jeu avec lui. Je varie alors les propositions avec le fil conducteur du jeu. Je place le pull de l'enfant sur son visage, qu'il repousse ; je modifie ma position dans l'espace afin que le regard engendre une mobilisation active de Zéphyr. Ceci entraîne Zéphyr dans un basculement en décubitus latéral que j'accompagne dans le regroupement. Ressentant la baisse tonique, j'installe une couverture sur lui et y pose ma main volontairement lourde au niveau de son bras. Je l'enveloppe alors de ma voix un peu plus basse. Ses paupières s'alourdissent, sa vigilance semble diminuer – la conservant tout de même *a minima* à travers l'interaction visuelle. Ce moment de répit m'évoque furtivement la relation de la mère à l'enfant à travers le dialogue tonico-émotionnel, prémices de toute communication. Le temps de la séance se finissant, l'environnement devient plus stimulant. Je rhabille l'enfant de son pull et de ses chaussettes, l'accompagne de mes paroles et le porte face à sa mère. Je sens alors augmenter le tonus de l'enfant. Les membres inférieurs se raidissent puis se déchargent à travers des mouvements vifs d'extension, les bras s'agitent puis se maintiennent en chandelier. La mère réagit et menace l'enfant : s'il préfère rester avec la stagiaire, s'il ne veut pas d'elle, elle s'en va ! J'interviens alors, un peu paniquée, en disant à Fajar que Zéphyr me repousse et veut sa mère. Il m'est ici difficile de mettre des mots sur le vécu de la mère et de l'enfant, questionnant moi-même ma place au sein de la dyade.

II. La communication infra-verbale

Zéphyr présente une lésion cérébrale, mais nous ne pouvons définir précisément l'implication de celle-ci sur le développement de l'enfant. Toutefois, j'observe régulièrement une régulation tonique en tout ou rien, ce qui entrave sa motricité volontaire. J'observe pendant la séance de psychomotricité décrite ci-dessus une régulation tonique possible à travers la relation, pouvant mener à une coordination musculaire plus économique tout en évitant les mouvements anormaux. Par ailleurs, dans le cadre d'une surstimulation de l'environnement, ceux-ci peuvent être renforcés : l'enfant réagit avec les ressources qu'il a à sa disposition. Lorsque Fajar nous présente

fièrement Zéphyr maintenu debout⁵⁷, l'équilibre de son enfant est précaire, le tonus élevé, en réaction à l'inadéquation de la stimulation. Le vécu de la mère ne semble pas lui permettre de s'identifier à son fils, et d'interpréter sa tonicité. La valorisation récurrente de Fajar envers la force importante de son fils – celle-ci étant associée à son hypertonie – m'interroge *a contrario* sur le vécu maternel de l'hypotonie de l'enfant :

« Les performances motrices ont des fonctions de valorisation sociale. Elles sont toujours basées sur une précocité des postures et des actes moteurs [...]. Il ne s'agit pas d'être mou, de se laisser aller, de se laisser vivre. L'hypotonie est largement dévalorisée dans notre société. Elle est le signe d'un manque de volonté et de courage. Il faut être dur, fort, et le meilleur. » (Robert-Ouvray, 2007b, p.161-162).

La tonicité de l'un est vectrice de sensations, d'émotions et de représentations vécues par l'autre, et a une valeur expressive. Que renvoie Fajar à son enfant à propos de ses états toniques ? Comment intègre-t-il sa corporéité en fonction de ces échanges ?

1. Le dialogue tonico-émotionnel

Dans le cadre de la clinique présentée, les échanges relationnels sont basés en partie sur la motricité primaire de Zéphyr. Le partenaire est également acteur dans l'échange, à travers sa propre motricité et son vécu corporel dans l'interaction. J'observe, interprète et réagis aux réactions de l'enfant en fonction de sa tonicité.

« A partir de ses composantes physiologiques (le tonus), mécanique (la structure de tension) et psychologique (l'émotion et l'affect), la tonicité se définit comme l'ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et avec l'espace externe. » (Robert-Ouvray, 2007a, p.43).

Ces vibrations se diffusent dans les tissus musculaires de la personne propre et de l'entourage. Julian De Ajuriaguerra reprend les travaux d'Henri Wallon⁵⁸ concernant « l'importance de la fusion affective primitive dans tout le développement ultérieur du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes tonico-émotionnels et

⁵⁷ Cf. *supra*, « Zéphyr, réveille-toi pour maman », p.42.

⁵⁸ Psychologue, médecin et homme politique français.

posturaux dans un dialogue qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur, et que nous avons appelé le « dialogue tonique ». » (De Ajuriaguerra, 1985, p.313). La tonicité de l'enfant est ici vécue par la figure maternelle, et perçue à travers sa résonance émotionnelle. Le tonus est un vecteur d'expression et de transformation entre les deux partenaires, il soutient l'accordage affectif⁵⁹ entre les deux partenaires. Il permet l'ajustement tonico-postural des protagonistes selon les vecteurs sensoriels suivants : la proprioception, le tact et la vision. Toutefois, le tout-petit n'a pas la même capacité de régulation tonique que l'adulte. Les stimulations sensorielles n'ont par ailleurs pas les mêmes destins à travers la perception :

« L'enfant, poussé par son système moteur tonique réflexe, adhère aux variations tonico-affectives de sa mère et vit dans un système d'équations sensorielles non-différenciées. [...] La relation vibratoire qui s'établit entre les deux partenaires devient le support sur lequel le bébé va intégrer les informations qu'il reçoit, et sur lequel la mère va interpréter ce qu'elle ressent de son enfant. » (Robert-Ouvray, 2007a, p.93).

Zéphyr manifeste des difficultés de régulation tonique en présence de Fajar. Elle émet une association récurrente chez son enfant : son hypertonie réactionnelle, non-régulée, est corrélée à la force de Zéphyr et parfois à son agressivité. En ce sens, Fajar ne semble pas différencier ses vécus et représentations propres, des états toniques de son enfant. Son fils est accolé à la tonicité de sa mère. Or, l'enfant se vit dans son corps en fonction de sa maturation neuromotrice et de son environnement relationnel. Les lésions cérébrales de Zéphyr ont un impact sur ses capacités de régulations toniques. Dans ce cadre, le dialogue tonique ne soutient pas le « processus de différenciation, d'organisations et de coordinations des stimulations » (*ibid.*, p.94). L'impact des lésions cérébrales n'est pas représenté par la mère.

2. L'étayage psychomoteur

Je souhaite revenir ici sur la posture qu'adopte Zéphyr lorsque je le porte vers sa mère. Il passe d'une position en regroupement – les membres inférieurs fléchis en direction du buste, ce dernier en enroulement – à celle d'extension à travers des mouvements

⁵⁹ Cf. *supra*, « Les interactions affectives », p.36.

centrifuges. La mobilisation posturale de l'enfant suscite une réaction de Fajar que je n'arrive pas à contenir.

Selon la théorie de l'étayage psychomoteur (2007) formulé par Suzanne Robert-Ouvray, le psychisme s'élabore à partir des niveaux toniques, sensoriels, affectifs et représentatifs. L'ambivalence tonique des premiers mois constitue des points de repère sur lesquels vont s'élaborer des nuances infinies. La motricité réflexe du bébé de zéro à six mois, en réponse aux stimulations internes et externes, est à considérer comme une réponse où motricité et affectivité sont amalgamées. Le niveau tonique s'élabore à la fois dans le temps et dans l'espace. Dans le temps, nous pouvons discerner l'hypertonie réflexe, de l'hypotonie de retour à soi. Dans l'espace, nous distinguons l'hypertonie périphérique des fléchisseurs, de l'hypotonie axiale. L'hypotonie est associée à la détente alors que l'hypertonie est reliée à la tension. Le niveau tonique étaye le niveau sensoriel et le conditionne. Les stimuli sont perçus selon l'organisation tonique du moment, entre mou et dur, chaud et froid, etc. Le palier affectif s'élabore sur les deux premiers niveaux et est associé à l'émergence du couple plaisir-déplaisir. Il se construit à travers la relation, à travers ce que l'autre renvoie des états affectifs du bébé. Enfin, le niveau représentatif s'étaye sur les niveaux précédents, et conduit à la représentation du bon et mauvais objet. A travers les différentes expériences relationnelles, les deux pôles distincts s'enrichissent de nuances : la tension peut être reliée au plaisir de l'excitation, etc. (Robert-Ouvray, 2007a).

Lorsque je porte Zéphyr vers Fajar, et que celui-ci se raidit et pédale à toute vitesse, la jeune mère l'interprète comme du rejet. Fajar répond par un comportement menaçant envers son enfant. Elle le regarde en vision focale sur un plan sagittal et le prévient : s'il ne veut pas venir, elle part ! Ici, il me semble que la jeune femme associe son propre état affectif à celui de son enfant, réduisant le vécu de ce dernier à une représentation rationnelle confuse et inadaptée. L'état tonico-moteur de Zéphyr laisse place à l'état émotionnel de la mère comme un écho bruyant et précaire. Le vécu de l'enfant n'est pas transformé à travers la matrice relationnelle.

« Un bébé hypertonique est tendu et angoissé. Ses muscles hypertoniques sont toujours en légère tétanie, et leur capacité d'émettre et de recevoir des vibrations est très nettement diminuée. La communication corporelle se fait mal entre lui et son

entourage. Comme son canal tonique est invalidé, il compense souvent par le regard. Il est attentif, fixe les choses et les personnes. [...]. Comme la mère ne comprend pas ce qui se passe pour son enfant puisqu'elle n'a pas capté les signaux émotionnels, elle tente de communiquer avec lui sur le mode du langage rationnel. » (Robert-Ouvray, 2007b, p.183).

Le dialogue tonico-émotionnel est précieux dans cet étayage. La mère reflète l'état émotionnel de l'enfant selon sa propre intégration psychomotrice. Elle ne peut élaborer certains vécus si elle-même ne les a pas intégrés. Le concept de dialogue tonique oblige à penser l'échange selon des modalités circulaires. Fajar et Zéphyr semblent avoir des difficultés à se rencontrer, chacun avec ses capacités, difficultés et potentialités propres. Le psychomotricien accompagne alors la dyade à cet endroit précis afin de soutenir la parentalité qui étaye le développement de l'enfant. A travers l'exercice de la conscience corporelle, le psychomotricien peut accompagner l'enrichissement des vécus toniques, sensoriels, affectifs et représentatifs du parent. Il s'agira ensuite de l'accompagner dans son rapport à ce que l'autre lui fait vivre dans le dialogue tonique, ici avec son enfant dans le soutien à la parentalité. Parallèlement, l'observation et les interactions que j'ai pu vivre avec Zéphyr m'ont permis d'appréhender ce qui peut se vivre dans la relation à travers le dialogue tonique – les enjeux affectifs de la filiation n'étant pas au premier plan.

3. Entre ajustement et rupture : la place du psychomotricien dans la rythmicité des échanges

Au cours de l'accompagnement de Zéphyr au sein de ce nouveau dispositif, mon positionnement a varié, entre recherche d'accordage tonique et différenciation.

(a) L'ajustement du psychomotricien, au risque de la confusion ?

Lors des premières séances de psychomotricité selon le nouveau dispositif, j'ai souhaité proposer à Zéphyr des expériences corporelles contenant. Je voulais soutenir les capacités de régulation tonique, en favorisant le relâchement et l'enroulement corporel. Au fil des propositions, nous avons navigué avec Zéphyr, lui se laissant porter peu à peu. Mon objectif thérapeutique se basait sur l'observation de

la carapace tonique de l'enfant qui entraînait par ailleurs une difficulté de mobilisation. Je me suis aussi référée à ce que j'ai observé des interactions dyadiques⁶⁰, les manifestations vocales de Fajar comme messagères les plus bruyantes de la discontinuité dans les échanges.

Daniel Marcelli⁶¹ distingue le macrorythme du microrythme. Si le premier est fait de répétitions et assure la continuité dans la projection d'un futur connu, le second est fait de ruptures et de surprises (2007). Mon premier objectif pour Zéphyr s'inscrivait dans la première dynamique. La berceuse, à travers ses quatre temps, assure une régularité et une lenteur : le tonus de Zéphyr s'est abaissé progressivement, me rejoignant alors dans un accordage tonique.

L'idée de la berceuse m'est apparue après diverses tentatives. J'ai tâtonné avec Zéphyr, me trompant de chemins parfois, et bifurquant alors selon ce que je percevais de lui. J'ai tenté maladroitement diverses mobilisations, qui ont à chaque fois accentuées la tension de l'enfant et son accrochage visuel. Lorsque je l'ai placé dos contre moi en position du bouddha – visant l'enroulement du tronc à travers une détente axiale – son regard a cherché le mien, entraînant alors une rotation des cervicales et accentuant une tension à ce niveau. C'est alors que Michèle Gauberti m'éclaire de nouveau :

« Le thérapeute doit être à l'écoute inconditionnelle des expressions de l'enfant pour ne pas lui apprendre un mode de communication qu'il ne s'approprierait pas, mais pour saisir sa particularité humaine, afin de l'étoffer, la rendre plus cohérente, plus stable, et plus signifiante. » (Gauberti, 1993, p.91)

J'ai tenté alors de m'ajuster à l'enfant dans l'espace. Je me suis placée dans la même posture que lui, assise en bouddha, à une quarantaine de centimètres face à lui. J'ai veillé ici à maintenir un contact visuel nous permettant de nous regarder. Ce canal sensoriel me semble important pour Zéphyr, notamment lorsqu'il fixe le regard de l'autre. Un coussin est situé au niveau de ses lombaires afin de lui proposer un appui. C'est dans cet ajustement que j'ai commencé à fredonner la berceuse *Le Loup, la Biche et le Chevalier* également connue sous le titre *Une chanson douce* (Pon, 1950).

⁶⁰ Cf. *supra*, « Les différents types d'interactions mère-bébé », p.33.

⁶¹ Pédiopsychiatre, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Poitiers.

Je veille alors à conduire mon souffle de manière continue, d'un tempo lent, nécessitant un équilibre entre la contraction des abdominaux et du diaphragme. Mon axe est érigé afin de permettre cet ajustement, oscillant légèrement dans le plan frontal au rythme de la musique. La tonicité axiale que j'engage me permet de le rejoindre dans la sienne. J'ajoute un toucher contenant sur l'ensemble de la surface de son dos lorsque je commence à percevoir une détente au niveau du regard. Ainsi, la perception d'un temps continu s'élabore progressivement, le tronc de Zéphyr s'enroulant doucement au rythme de la berceuse.

A travers la distance corporelle entre Zéphyr et moi, et la place accordée au regard, je veille à prendre en compte le vécu relationnel de l'enfant. Les échanges relationnels au sein de la dyade Fajar-Zéphyr semblent s'élaborer dans un rythme discontinu. J'émetts ici l'hypothèse que le regard a pour Zéphyr une fonction de vigilance importante⁶², influençant alors son organisation tonique. L'enfant s'ajuste à l'autre à travers ses ressources propres. Zéphyr m'informe ici de la nécessité de m'ajuster à ses capacités d'intégration et d'accommodation. *A posteriori*, il s'agit d'un élément de compréhension des échecs lors des tentatives de mobilisations de l'enfant. Ainsi, le macrorythme s'élabore sur un ajustement fin, sans confusion des protagonistes.

(b) Le dialogue tonique, état des processus de synchronie et de différenciation

Au fil des semaines, le temps de la séance auprès de Zéphyr s'est enrichi de moments plus rythmés.

Le jeu du « cacher-coucou » que j'amorce avec Zéphyr permet l'établissement de nouvelles interactions. Au début de l'échange, l'enfant est en décubitus dorsal avec les membres inférieurs en extension. Son regard est figé dans le mien. Il se situe sur un matelas gonflable, un miroir sur son côté gauche. Je suis à genoux sur son côté droit, le miroir juste en face de moi. J'établis l'échange en exprimant corporellement ce que je ressens de son état tonique et le colore d'une émotion : la peur. Ainsi, je me rassemble sur une modalité hypertonique, me figeant et me cachant derrière mes mains. Lentement... j'écarte mes mains... et je romps ce silence dans un état

⁶² Cf. *supra*, « L'agrippement visuel de Zéphyr et son rôle dans la régulation tonique », p.25.

d'excitation en lâchant un « coucou » bruyant et légèrement aigu ! Son regard n'est plus figé et s'accompagne d'un sourire, ce qui me conforte dans mon attitude de jeu. La rythmicité de l'échange navigue entre continuité et rupture, ce qui provoque chez l'enfant et moi un état d'excitation soutenu par un état de vigilance de plus en plus important. Son visage s'anime au rythme du jeu. La distance entre nous peut varier. J'insère un coussin puis son pull pour nous cacher l'un de l'autre, le miroir pouvant toujours nous permettre si besoin de reprendre un contact visuel. Ses membres supérieurs s'activent alors dans un repousser des objets, ses membres inférieurs sont en appui au niveau des pieds avec les genoux fléchis. Le matelas gonflable soutient le rebond dans les appuis, et dans la rythmicité du jeu relationnel.

Afin d'initier l'échange, je m'appuie sur les éléments d'expressivité de l'enfant pour le rencontrer à travers l'expression corporelle de mon propre vécu relationnel. J'étaye l'expression de la peur sur mon état de tension musculaire. A ce propos, Michèle Gauberti précise :

« Le dialogue tonique n'aura de sens dans l'interaction thérapeutique seulement si la gestuelle expressive du psychomotricien entre en résonance et en cohérence avec la sensibilité du nourrisson [...]. Les communications tonico-tactiles doivent s'accompagner par les jeux des regards qui se cherchent, s'évitent, se captent, par les tensions de la voix, ses modulations, son rythme qui participent à la création de l'espace relationnel et marquent la séparation des corps, et par le rythme respiratoire qui ponctue les silences et les actes, accentue ou calme les tensions émotionnelles. » (Gauberti, 1993, p.122).

Au fur-et-à-mesure du jeu, je m'étonne des capacités de régulation de Zéphyr devant le rythme de nos échanges. Sa tonicité est au service de la relation et soutient certains ajustements posturo-moteurs. Nous conduisons le jeu ensemble, nous surprenant l'un et l'autre.

Ainsi, si le dialogue tonique soutient l'ajustement relationnel à travers sa dimension fusionnelle, le rythme l'étaye, entre synchronie et différenciation des partenaires. Le jeu du « cacher-coucou » s'élabore d'ailleurs sur cette trame : de l'accordage de la berceuse et de l'imitation advient le décalage temporel et individuel. Selon Daniel Marcelli, le rythme relie ces deux aspects :

« À l'instant de la coupure le rythme relie la continuité d'avant et celle d'après, mais à l'instant de la continuité le rythme est aussi dans la césure d'avant et dans celle d'après. Le rythme est ce qui lie et relie, à travers le temps, continuité et coupure/césure, cette temporalité faite non seulement de répétitions mais aussi de surprises, cadence et rupture de cadence. » (Marcelli, 2007, p.124)

L'excitation de Zéphyr s'entend à travers des manifestations vocalisées. Fajar, alors en conversation avec la psychomotricienne, intervient les yeux grands ouverts et un sourire au visage : il fait ça avec elle aussi. Son intervention m'interroge sur son engagement au sein d'un temps qui lui est réservé avec la psychomotricienne. Par ailleurs, ses paroles me sont adressées, et non à son enfant. Le dispositif de la séance permet les interactions entre Fajar et son enfant, me rendant accès à l'observation de la façon dont les partenaires se vivent à travers la séparation.

III. La place du transfert et du contre-transfert dans le cadre thérapeutique

Je rencontre la dyade Fajar-Zéphyr dans le cadre de la découverte d'un retard global du développement important chez l'enfant. La psychomotricienne – selon l'indication initiale portée par la pédiatre d'une autre PMI – précise les expressions du retard observé, accompagne la famille dans la découverte de l'enfant, et aide à l'orientation de celle-ci vers une structure spécialisée. L'intervention de la psychomotricienne s'inscrit au sein d'une dynamique préventive d'accompagnement de la famille. La durée des séances est de trente minutes en moyenne, mais peut varier en fonction de l'agenda de la professionnelle. Dans l'attente d'une prise en charge dans un établissement spécialisé, l'accompagnement en PMI se régularise progressivement. L'enfant et sa famille ne sont plus seulement inscrits dans un cadre préventif, mais un cadre de soin également. Ces circonstances permettent-elles l'avènement d'un cadre thérapeutique ?

1. Quel cadre thérapeutique au sein de la PMI ?

La psychomotricienne est engagée en PMI pour assurer des missions préventives⁶³. Cette structure s'insère dans un réseau de santé publique à travers sa tutelle départementale et en collaboration avec d'autres établissements dans les secteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux. Ses actions sont en interdépendance avec ces structures, les professionnels engagés s'y ajustant.

La prévention dite secondaire concerne l'accompagnement des personnes et de leur entourage lors de l'apparition d'une maladie ou d'une déficience. Le soutien à la parentalité s'inscrit dans cette démarche lors de la découverte du handicap de l'enfant. Parallèlement, les soins au développement doivent se mettre rapidement en place afin de soutenir l'enfant au mieux dès le plus jeune âge.

« Depuis le tout début de l'histoire, il nous faut à la fois envisager le présent et le futur. Manipuler avec délicatesse la balance des temporalités : sur un plateau de cette balance, la volonté d'orienter rapidement les familles concernées vers des structures spécialisées, tout convaincus que nous sommes de l'intérêt d'une prise en charge précoce ; sur l'autre plateau, ce que nous savons de la fragilité pendant cette période d'annonce du handicap. » (Devanne & Pavot-Lemoine, 2017, p.128)

Dans le cadre de l'annonce du handicap, l'accompagnement en PMI s'élabore à la fois dans le chaos et la reconstruction, dans une temporalité incertaine entre examens cliniques, recherches étiologiques et orientation vers une structure de soins adaptée. Or le soin nécessite un cadre spatio-temporel précis, dans lequel s'inscrit la continuité de l'accompagnement. La PMI ne s'engage pas dans ce type de démarche. Si l'accompagnement lors de la découverte du handicap s'inscrit dans une visée préventive, le soutien au développement psychomoteur de l'enfant en situation de handicap s'intègre dans une démarche thérapeutique. Face au manque de place dans les établissements médico-sociaux et sanitaires, la psychomotricienne se trouve dans une dynamique double, assurant une démarche préventive et thérapeutique. Celles-ci ne sont pas incompatibles, toutefois elles nécessitent l'aménagement d'un cadre singulier.

⁶³ Cf. *supra*, « La place de la psychomotricité au sein de la Direction de l'Enfance et de la Famille », p.13.

Selon Catherine Potel Baranes⁶⁴ (2019), le cadre thérapeutique est conditionné par divers éléments : l'espace, le temps, le matériel, l'encadrement humain, le fonctionnement institutionnel, et les médiations utilisées. Le psychomotricien élabore le cadre selon les concepts théoriques de sa discipline, et s'inscrit en tant qu'être psychomoteur dans cette conscience à travers sa propre corporéité. Il s'intéresse en ce sens au corps qui s'imprime et s'exprime, qui habite son espace-temps dans une dimension relationnelle, qui fait état de compétences et de retours sur lui-même. En tant qu'être psychomoteur et parce qu'il fait le choix d'y être réceptif, le psychomotricien perçoit l'autre dans ce qui l'anime. Le professionnel porte ici le cadre thérapeutique dans la réflexivité qu'il peut porter sur l'autre. Cette capacité à penser l'autre, à contenir ses vécus non-symbolisés, s'inscrit dans une démarche thérapeutique. Le professionnel utilise ici sa capacité de rêverie et sa fonction alpha-isante⁶⁵. Il permet ainsi l'expression régressive du patient, mais pas seulement. Parallèlement, son rôle s'inscrit à travers la tiercéisation des échanges. Le projet thérapeutique prévoit un cadre matériel, institutionnel, spatial et temporel permettant au patient de se différencier.

L'encadrement humain auprès de Fajar et son enfant se compose de la psychomotricienne et moi-même. Le réaménagement du cadre⁶⁶ s'élabore d'après nos objectifs : le soutien à la parentalité et au développement psychomoteur de l'enfant. Si le premier était l'autre, il a tout de même été difficile en séance de psychomotricité de trouver place auprès de Zéphyr, sans se sentir sollicité par sa mère. Ses paroles – rappelant qu'elle fait tout pour son enfant, qu'elle pourra penser à elle quand Zéphyr marchera, que parfois elle pleure en cachette car elle ne souhaite pas faiblir devant lui – ont suscité chez moi une difficulté à me distancier de la douleur maternelle.

« Il arrive que des professionnels de santé oublient, lors de l'échange, la principale personne concernée (l'enfant handicapé) au profit des proches accompagnants : annoncer d'abord aux parents, puis directement à l'enfant en présence des parents, est le conseil de la has face à cet écueil. Lors de l'annonce, nous pensons d'abord au traumatisme qu'elle produit chez les parents. » (Bonnefoy, p.103-104)

⁶⁴ Psychomotricienne et psychothérapeute, enseignante dans différents instituts de psychomotricité, conférencière et intervenante en supervision.

⁶⁵ Cf. *supra*, « Le psychomotricien, fonction alpha de la dyade », p.59.

⁶⁶ Cf. *supra*, « La question de la distance au sein de la dyade », p.63.

Pour trouver un moyen d'être ensemble, j'ai alors proposé à la psychomotricienne de distancier les espaces entre la mère et l'enfant. Dans une même pièce, j'ai pu observer les compétences de Zéphyr et lui proposer des situations d'éveils psychomoteurs, pendant que la psychomotricienne proposait des séances de conscience corporelle à Fajar. Les deux partenaires de la dyade se sont parfois observés à quelques mètres de distance, Zéphyr fixant du regard sa mère, et elle commentant les propositions que je faisais avec son fils. Ainsi, lors de la berceuse et du jeu du « cacher-coucou », elle m'a dit avec sourire qu'elle aussi faisait ces jeux avec son enfant. Elle reprenait ensuite la séance de conscience corporelle. Progressivement, j'ai observé chez Zéphyr davantage de combinaisons motrices, étayées par une régulation plus ajustée du tonus. La réunion de l'espace maternel et de l'enfant en fin de séance montre en revanche la difficulté pour les deux partenaires de se retrouver ensemble.

« Dans cet espace le nourrisson va être amené à découvrir le plaisir sensori-moteur qui alimente le désir du mouvement, lui-même étant le fondement de l'élaboration de l'image corporelle et de l'investissement de la relation. Ce plaisir est souvent censuré dans l'interaction mère-bébé, plus par impossibilité de la mère à narcissiser le corps de son enfant que par le handicap lui-même. » (Gauberti, 1993, p.94).

Le soutien à la parentalité s'inscrit précisément dans cet objectif : soutenir l'investissement affectif maternel envers l'enfant réel, entre accordage et distanciation, afin de permettre à l'enfant d'investir lui-même son corps dans une dimension relationnelle suscitant plaisir et désir.

2. La distanciation entre le rôle maternel et celui du thérapeute

Au cours de mon propos, j'ai mentionné à plusieurs reprises ma difficulté pour trouver ma place parmi le couple mère-enfant, tant Fajar semblait envahir tout l'espace à travers son flot de mots, sa tonicité, sa motricité et sa voix disloquée. Il m'a semblé parfois, que le chaos de la douleur maternelle emportait tout sur son passage, moi résistant tant bien que mal à cette tempête. Les mots de Fajar résonnent souvent de manière contradictoire avec son état corporel, la discordance ayant son propre langage.

(a) De l'empathie au contre-transfert corporel

De même, ses propos sur son engagement auprès de l'enfant – amalgamant sa posture à celle de psychomotricienne – m'a souvent dérangée. Une fois, la confusion a été telle que, lors de ma prise de notes à la sortie d'une séance de psychomotricité, je m'écrivais essoufflée, la respiration haute et haletante. L'acte d'écriture et de lecture de mes propres mots m'a renvoyée à mes propres sensations durant la séance. J'ai pu alors les comparer. Non, l'écho de mes mots alignés sur le papier ne me réfléchissait pas. Je me suis alors rendue compte que j'écrivais de moi ce que je percevais d'elle. Fajar n'haletait pas non-plus durant la séance de psychomotricité : son tonus élevé et son débit de parole rapide s'est traduit à travers mon vécu corporel sur cette modalité. La transformation du vécu de l'autre à travers une autre modalité s'apparente à l'accordage affectif⁶⁷, terreau de l'empathie.

« L'accordage est-t-il suffisamment proche de ce que l'on entend généralement par empathie ? Non, il est quasi évident que les accordages surviennent largement hors de la conscience et presque automatiquement. Par contre l'empathie implique la médiation de processus cognitifs. Ce qui est généralement appelé empathie consiste en au moins quatre processus séparés et successifs : (1) la résonance d'état affectif, (2) la constitution d'une connaissance empathique abstraite dans une réponse empathique, (3) l'intégration de cette connaissance empathique abstraite dans une réponse empathique et (4) un rôle identificatoire transitoire. » (Stern, 2006, p.189)

L'identification était telle que, les limites nous distinguant m'apparaissaient suffisamment floues pour que naisse en moi un sentiment de confusion. Ce que j'ai ressenti m'appartenait-il, était-ce le fruit de notre rencontre, ou encore la projection de l'état émotionnel de Fajar ? Il me semble alors important ici de distinguer l'empathie de la sympathie. L'empathie concerne la compréhension de ce que peut vivre l'autre et l'anticipation de ses réactions. Elle naît d'une résonance motrice associée à un processus cognitif permettant de changer de point de vue. La sympathie, du grec *sumpatheia*, signifie étymologiquement « participation à la souffrance d'autrui » (Le Grand Robert, 2005). Elle s'apparente à l'expérience des émotions d'autrui en dépit de sa subjectivité. Ici serait alors le danger du thérapeute. Si celui-ci se doit de ne pas prendre part à la souffrance d'autrui, le risque de l'identification semble porteur de

⁶⁷ Cf. *supra*, « Les interactions affectives », p.36.

soins. Les fonctions de l'imitation lors de la petite enfance appuie l'idée selon laquelle l'association de la reproduction motrice et de l'identification au modèle n'entraîne pas pour autant une confusion des sujets. Cette identification préalable permet au sujet de reconnaître en l'autre des états mentaux à l'origine d'un comportement (Guimon Ugartechea, 2013).

Ici, l'écriture m'a permis de questionner cette distinction nécessaire entre ce que l'autre produit en moi et ce qui m'appartient en dehors de cette relation. La notion de contre-transfert corporel m'aide ici à préciser ma pensée :

« Le contre-transfert corporel n'est pas uniquement l'émotion vécue « en direct » dans la relation, c'est aussi ce qui se réveille chez le thérapeute en présence de son patient, qui transfère sur lui des vécus primitifs, ceux-ci activant ce qui a été depuis longtemps enfoui dans la mémoire du corps du thérapeute, et qui est réveillé dans la relation transféro-contre-transférentielle. » (Potel, 2015, p.123)

Ainsi, le thérapeute utilise son vécu contre-transférentiel afin de mieux saisir les enjeux psychocorporels du patient investis dans le cadre thérapeutique. De mon côté, mettre des mots sur mon vécu en présence de Fajar a été difficile, entre jugement de mes ressentis et convenance sociale. Reconnaître l'agressivité que suscite en moi cette femme, qui par ailleurs souffre du retard global de son enfant, m'est difficilement admissible. Pourtant, l'analyse du contre-transfert permet au thérapeute de transformer les vécus non-symbolisés du patient en données assimilables *via* des expériences corporelles primaires (Potel, 2015). L'intervention du psychomotricien peut être en ce sens appropriée lors de la matrescence⁶⁸, période durant laquelle la mère vit des bouleversements identitaires. Les attitudes régressives qui y sont corrélées, mobilisent en elle des vécus psychocorporels nécessaires aux ajustements avec le nourrisson. La conscience corporelle est une proposition permettant à Fajar d'expérimenter des vécus corporels accompagnée par la psychomotricienne. En posture assise sur une chaise, les mouvements d'enroulements et de redressements provoqués par la rétroversion et l'antéversion du bassin, suscitent des reviviscences proprioceptives et labyrinthiques. L'accompagnement du psychomotricien permet de contenir les émotions vécues et de les rendre symbolisables. La relation thérapeutique

⁶⁸ Cf. supra, « La matrescence – naissance d'une mère », p.26.

doit être suffisamment sécurisante pour que puissent se déposer les vécus régressifs de la patiente.

En PMI, la psychomotricienne ajuste son emploi du temps en fonction des besoins des personnes qu'elle accueille, modelant sa mission aux contraintes institutionnelles et extérieures. Le cadre de cette institution permet en partie l'adaptation au rythme du patient. Toutefois, il me semble que pour élaborer ces vécus, l'assurance d'un temps d'accompagnement suffisamment long est nécessaire. Ici, les séances sont conditionnées à l'attente de l'orientation d'une structure de soin spécialisée, rendant le temps parfois incertain.

(b) Le soutien du développement de l'enfant et la séparation des rôles

La mise en place du nouveau dispositif en psychomotricité, séparant Fajar de son enfant dans l'espace-temps de la même séance, est associée à la nécessité de soutenir le développement de Zéphyr. Observant notre difficulté à entrer en relation avec lui en présence de sa mère, nous avons convenu avec la dyade d'essayer ce nouveau cadre. Les interactions ne sont pas entravées⁶⁹.

De manière hebdomadaire, j'ai proposé à Zéphyr des expériences sensori-affectivo-motrices. Dès le début de cet accompagnement, la vigilance soutenue de l'enfant portée par son regard a provoqué un engagement affectif de ma part. Il m'a semblé nécessaire de m'accorder à lui, amorçant la continuité de l'échange relationnel. Ainsi, la séance de psychomotricité comportait des expériences répétitives. En premier lieu, nous nous retrouvions sans objet médiateur, nous observant et moi décrivant comment je le percevais. Ensuite j'insérais un objet médiateur suscitant la préhension à travers son attraction sensorielle. La douceur et la couleur vive de la plume entraînait une mobilisation de plus en plus importante de l'enfant, dans laquelle je l'accompagnais. Ainsi je poursuivais mes propositions dans le jeu, suscitant la mobilité de Zéphyr entre détente et tension. C'est ainsi que le jeu du « cacher-coucou » est advenu par exemple.

⁶⁹ Cf. *supra*, « La question de la distance au sein de la dyade », p.63.

Mon engagement affectif m'a parfois questionné, craignant de ne pas être ajustée aux objectifs de la séance : le soutien du développement de l'enfant, mais aussi à la parentalité. Les interactions entre Zéphyr et moi ont été valorisantes, me confortant dans mes propositions, tandis que Fajar ressentait le rejet de son enfant. Le retour de Zéphyr dans les bras de sa mère était en ce sens difficile à mettre en mots, craignant de voir Fajar éprouver le sentiment d'être une mère insuffisamment bonne.

La rédaction de ce mémoire me porte dans la mise en mots d'éprouvés difficilement symbolisables. Fajar, elle qui fait tout pour être une bonne mère, elle qui considère que peu de femmes feraient ce qu'elle fait pour son enfant, elle qui se consacre entièrement à lui jusqu'à ce qu'il marche... ne se défendrait-elle pas d'être la mauvaise mère responsable du retard global de son enfant ? Dans le cadre du handicap précoce de l'enfant, il n'est pas rare d'observer une confusion du parent, entre sa culpabilité et l'origine de la situation⁷⁰. Or,

« Plus les parents se seront sentis suffisamment bons parents pour cet enfant, plus ils seront en capacité de déléguer les soins, d'accepter de s'en séparer, de prévoir son accueil dans un établissement d'accueil du jeune enfant (eaje) puis à l'école. Les professionnels de pmi pourront alors les orienter vers une orthophoniste, un camsp, et aider les enfants à trouver leur place en crèche puis à l'école [...]. » (Bonnefoy, 2017, p.103)

Le retour de Zéphyr dans les bras de Fajar m'a questionnée sur les impacts de la séparation vécue entre les deux partenaires. Plus encore, le sentiment de rejet qu'exprime la jeune femme lorsque je porte Zéphyr à elle, soutient chez moi la perception d'un manque dans le nouveau dispositif de la séance.

Le soutien à la parentalité, dans sa revalorisation, est nécessaire à l'individuation des partenaires formant la dyade. C'est dans cette optique que le psychomotricien accompagne le parent dans l'observation de son bébé, lui permettant alors de s'ajuster plus finement aux besoins du bébé réel. Il peut être d'ailleurs nécessaire de discuter de ce que vit le parent avec son enfant, ceci afin de distinguer ses vécus en dehors des interactions avec son petit, de ceux propres à leur relation. L'enfant, en tant qu'être singulier et compétent peut alors advenir, se distinguant des perspectives parentales.

⁷⁰ Cf. *supra*, « Entre culpabilité et responsabilité », p.52.

Le soutien au développement de l'enfant s'étaye dessus, légitimant les parents comme premiers soutiens de ce développement. L'aménagement du cadre d'intervention du psychomotricien doit prendre en compte ces objectifs. Le temps du soutien à la parentalité comprend ainsi celui du soutien au développement de l'enfant. Toutefois, tout en étant vigilant quant à la fragilité de la fonction parentale, le professionnel peut être préoccupé par l'urgence d'une prise en charge précoce de l'enfant. Dans ce cadre, les stimulations sensori-affectivo-motrices proposées par le psychomotricien peuvent permettre l'émergence des capacités de l'enfant aux yeux du parent, renforçant alors sa position dans le meilleur des cas, mais également au risque de la réduire. Il appartient alors au professionnel d'être sensible aux vécus de la dyade, afin d'ajuster au mieux le cadre de son intervention aux objectifs de l'accompagnement global.

Conclusion

Dans le cadre du retard global de développement chez l'enfant, il m'a semblé avant l'écriture de mon mémoire que le temps de la prévention secondaire était un temps d'entre-deux, à l'image de la place sociale accordée à la personne en situation de handicap. J'envisageai alors ce temps comme celui d'un interstice, conditionné au temps d'attente pour accéder aux structures spécialisées. Selon les rites de passages dont s'inspire Robert Murphy⁷¹, l'entre-deux est un moment d'instruction de l'individu lui permettant de s'inscrire dans la société. En PMI, la prévention ne se réduit pas à un temps d'évaluation, d'apprentissage des bonnes pratiques, et d'orientation si nécessaire. Elle s'inscrit dans l'accompagnement des familles et des individus qui les composent autour du bouleversement d'une naissance, et des événements ultérieurs.

Dans ce cadre, il est difficile de dissocier le soutien à la parentalité de celui du développement de l'enfant. L'accueil en séance de psychomotricité des deux partenaires – que sont bien souvent la mère et l'enfant – met en jeu leur relation au sein des interactions : le psychomotricien ne peut accueillir la dyade dans son cadre sans prendre en considération ses enjeux. Pourtant, dans la situation que j'ai présentée ci-dessus, je me suis demandée s'il n'était pas nécessaire de choisir entre ces deux objectifs, tiraillée entre deux temporalités de soins me paraissant trop différentes. Avec la psychomotricienne, nous avons alors proposé un nouvel aménagement de la séance. Les temps de soutien à la parentalité et au développement de l'enfant se sont distanciés, faisant finalement de cet écart un espace de séparation bénéfique entre la mère et son enfant. Le fait de ne pas séparer totalement les espaces et ses objectifs a sans doute permis *a minima* à cette mère de s'engager en dehors de l'enfant présentant un retard de développement, investissant par ailleurs sa grossesse actuelle. A cet égard, il me paraît intéressant de restituer une de ses paroles, rapportant que son mari allait devoir davantage s'occuper de Zéphyr, car elle ne pourrait pas tout gérer.

Le soutien à la parentalité revêt ainsi pour moi une nouvelle nuance. L'accompagnement du parent dans le cadre du handicap de l'enfant ne vise pas une

⁷¹ Cf. *supra*, « Le handicap, une situation d'entre-deux », p.48.

valorisation de la fonction parentale prônant le parent tout-sachant auprès de son enfant. Le professionnel veille plutôt à promouvoir chez le parent une confiance suffisante pour lui permettre de se distancier des représentations de l'enfant et du parent idéal⁷². En ce sens, le soutien au développement qu'opère le psychomotricien peut permettre au parent de se vivre comme compétent, en dehors d'une relation fusionnelle avec son petit, laissant de la place pour un autre dans l'accompagnement de son enfant. La présence de la mère pendant la séance la rend en même temps active, à travers l'attention qu'elle peut porter.

Ce dispositif présente également des inconvénients. La distanciation des espaces entre la jeune femme et son enfant lors de la séance n'est pas accompagné lorsque les deux partenaires se retrouvent. Ce temps me semble important afin que Fajar et Zéphyr puissent investir cette nouvelle donnée dans la relation. Par ailleurs, ce temps serait aussi celui de l'accompagnement de cette mère dans l'appréhension de son enfant, la séparation permettant l'élaboration d'un nouveau vécu de celui-ci. Il serait alors l'occasion de valoriser ses compétences maternelles, de mettre en lien ses vécus au sein de la relation.

En ce sens, l'écriture m'a permis d'interroger la posture du professionnel auprès de la dyade, me distanciant moi-même de mes propres idéaux. La réalité de la clinique m'empêche d'établir une vérité absolue. Elle est riche des vécus et représentations de chacun, s'entremêlant dans le présent de la rencontre. Auprès de Fajar et Zéphyr, le nœud nous reliant m'a parfois semblé trop serré, laissant peu de marges à l'expression de nos vécus subjectifs. A travers l'écriture, j'ai pu saisir quelques-uns de ces entremêlements, me permettant d'observer sous un nouvel angle certains enjeux de la relation. L'écriture, à travers sa rigueur, me permet d'assumer ma position subjective tout en la nuanciant à travers des apports théoriques. En m'inspirant de la « Grille de lecture du mouvement », élaborée par l'organisme Être en Sens et Être en Corps (ESEC), j'ai veillé à observer dans quel niveau descriptif je me situais sans en rendre compte lors de l'écriture de ce mémoire. Ainsi, je me demande dans quelles mesures il serait porteur d'intégrer cette grille de lecture à l'analyse clinique des psychomotriciens.

⁷² Cf. *supra*, « Le deuil de l'enfant imaginaire ? », p.52.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. De. (1962). Le corps comme relation. In, Joly, F., Labes, G., (Coord.) (2017). *Julian De Ajuriaguerra et la psychomotricité* (p.163-183). Paris : Vernazobres-Grego.
- Ajuriaguerra, J. De. (1985). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication. In, Joly, F., Labes, G., (Coord.) (2019). *Julian De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité – Volume 3* (p.307-321). Paris : Vernazobres-Grego.
- Badinter, E. (2010). Chapitre premier : Les ambivalences de la maternité. In, *Le conflit – la femme et la mère* (p.19-43). Paris : Flammarion.
- Bekier, S., Guinot, M. (2015). Chapitre 3 – Equipement et compétences du nourrisson. In, Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J.-M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité – Tome 1. Concepts fondamentaux* (p.87-110). Paris : Deboeck Supérieur.
- Bonnefoy, M. (2017). Ecart à la norme de développement ou situation de handicap : annonce et accompagnement. In, Bauby, C. et al., *Jeunes enfants en situation de handicap* (p.99-110). Toulouse : Erès.
- Bouregba, A. (2013). *Les troubles de la parentalité*. Paris : Dunod.
- Bullinger, A. (2008a). La régulation tonico-posturale chez le bébé. In, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p.76-80). Toulouse : Erès.
- Bullinger, A. (2008b). Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson. In, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p.81-92). Toulouse : Erès.

- Bullinger, A. (2008c). Les fonctions périphériques et focales du système visuel, leurs rôles dans la gestion des mouvements et des activités d'exploration chez l'enfant IMC. In, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p.131-135). Toulouse : Erès
- Bydlowski, M. (2000). Transparence psychique due à la grossesse. Attraction par l'objet interne. In, *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité* (p. 91-103). Paris : PUF.
- Davis, M. (2016). *Winnicott : Introduction à son œuvre*. Paris : PUF.
- Desjeux, D. (2004). Les principes de la méthode. In, *Les sciences sociales* (p.5-14). Paris : PUF.
- Devanne, I., Pavot-Lemoine, C. (2017). Soutenir le développement de l'enfant et accompagner la parentalité., In Bauby, C. *et al.*, *Jeunes enfants en situation de handicap* (p.117-132). Toulouse : Erès.
- Ebersold, S. (2007). *Parents et professionnels face au dévoilement du handicap*. Ramonvilles Saint-Agne : Erès.
- Ferrera, R., Caro, D. (2007). L'appareil reproducteur. In, *Clés de biologie humaine* (p. 224-245). Saint-Etienne : Alpha Pict.
- Fognini, M. (2004). Perspectives et apports de Bion au travail clinique. In, *Le Coq-Héron*, 177(2), p.144-160.
- Gauberti, M. (1993). *Mère – enfant : à corps et à vie*. Paris : Masson.
- Golse, B. (2015). *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Giraud, F., Moro, M.-R. (2002). Parentalité et migration. In Solis-Ponton, L. (dir.), *La parentalité. Défi pour le troisième millénaire* (p.325-338). Paris : PUF.
- Guimon Ugartechea, J. (2013). Empathie et dialogue tonique : l'œuvre précurseur de Julian de Ajuriaguerra. In, Joly, F., Berthoz, A., *Julian de Ajuriaguerra – Développement corporel et relation avec autrui* (p.63-80). Paris : Papyrus.

- Jaeger, M. (2017). Polyhandicap, Plurihandicap, Surhandicap. In, *Guide du secteur social et médico-social* (p.221-223). Malakoff : Dunod.
- Jaricot, B., Désarméniens-Allard, B. (2009). Comment se rencontrer et s'entendre... Pour mieux échanger. In, *Enfances & Psy*, 143(2), p.119-129.
- Korff-Sausse, S. (2016). *Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris : Calmann-Lévy.
- Korff-Sausse, S. (2017). Les identités nouvelles : le paradigme du métissage. In, Korff-Sausse, S., Araneda, M. (dir.), *Handicap : une identité entre-deux* (p.15-27). Toulouse : Erès.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Le Breton, D. (2017). Le corps en abîme. Vertige de l'entre-deux. In, Korff-Sausse, S., Araneda, M. (dir.). *Handicap : une identité entre-deux* (p.45-59). Toulouse : Erès.
- Lejeune, V., Carbonne, B. (2007). Concept de « perte fœtale ». In, *Fausse couches et morts fœtales* (p.3-6). Paris : Elsevier Masson.
- Lévi-Strauss, C. (1967). *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris : Mouton.
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. In, *Spirales*, 2007/4(44), p.123-129.
- Missonnier, S. (2006). Nidification fœtale, nidification parentale : une relation d'objet virtuelle?, In Bergeret, J., Soulé, M., Golse, B. (dir.), *Anthropologie du fœtus* (p. 83-97). Paris : Dunod.
- Potel Baranes, C. (2015). *Du contre-transfert corporel*. Toulouse : Erès.
- Potel Baranes, C. (2019). La question du cadre thérapeutique. In, *Être psychomotricien* (p.357-381). Toulouse : Erès.
- Rey, A. (2005). Annonce. In *Le Grand Robert de la Langue Française*.
- Rey, A. (2005). Dyade. In *Le Grand Robert de la Langue Française*.
- Rey, A. (2005). Sympathie. In *Le Grand Robert de la Langue Française*.

- Robert-Ouvray, S (2007a). *Intégration motrice et développement psychique*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. (2007b). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Saive, A.-L., Guédeney, N. (2010). Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants. In, *Devenir*, 22(4), p. 321-338.
- Scelles, R. (2017). Problématique de l'entre-deux et situation de polyhandicap : clinique du doute et du risque. In, Korff-Sausse, S., Araneda, M. (dir.). *Handicap : une identité entre-deux* (p.109-125). Toulouse : Erès.
- Segalen, M. (2006). Famille et parenté entre anthropologie et histoire. In, Segalen, M., Martial, M., *Sociologie de la famille* (p. 25-55). Paris : Armand Colin.
- Solis-Ponton, L. (dir.) (2002). *La parentalité. Défi pour le troisième millénaire*. Paris : PUF.
- Stern, D. N., (2006). Le sens d'un soi subjectif : II. L'accordage affectif. In, *Le monde interpersonnel du nourrisson* (p.181-208). Paris : PUF.
- Teissiere, E., Suarez, B. (2008). La maternité : un voyage intime à l'intérieur de soi. In, *Naître. De l'idéal de l'accouchement à la réalité de la naissance* (p.39-54). Montpellier : Sauramps médical.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p.168-174). Paris : Payot.
- Winnicott, D. W. (2002). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In, *Jeu et réalité* (p.203-214). Paris : Gallimard.

SITOGRAPHIE

Centre de National de Ressources Textuelles et Lexicales, « STRIDOR », *CNRTL* [en ligne], consulté le 21.04.2020. URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/stridor>

Collège des Enseignants de Neurologie, « Examen neurologique », *CEN Neurologie* [en ligne], consulté le 17 janvier 2020. URL : <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/examen-neurologique>

Communiqués de presse de Adrien Taquet, « Réinventer l'accompagnement des parents durant les 1000 premiers jours de leur enfant : lancement d'une consultation en ligne ouverte à toutes et tous », *Ministère des Solidarités et de la Santé* [en ligne], Consulté le 16 mars 2020. URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/reinventer-l-accompagnement-des-parents-durant-les-1000-premiers-jours-de-leur>

École des hautes études en santé publique (EHESP), « Classification International du Fonctionnement (CIF) », *EHESP* [en ligne], consulté le 3 mars 2020. URL : <https://www.ehesp.fr/international/parteneriats-et-reseaux/centre-collaborateur-oms/classification-internationale-du-fonctionnement/>,

Haute Autorité de Santé (HAS), « Prévention », *HAS* [en ligne], consulté le 10 janvier 2020. URL : https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention

L'Assurance Maladie, « Suivi de la mère et de l'enfant après l'accouchement », *Ameli* [en ligne], consulté le 21 avril 2020. URL : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-nouveau-depistage-neonatal-suivi-mere-bebe>

Organisation Mondiale de la Santé, « Naissances prématurées », *WHO* [en ligne], consulté le 28 novembre 2019. URL : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Robert DAVREU, « AURORE, mythologie », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 10 janvier 2020. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/aurore-mythologie/>

Clémentine Sarlat, « Qu'est-ce que la Matrescence ? La genèse de ce podcast », *Podtail* [en ligne], consulté le 10 janvier 2020. URL : <https://podtail.com/fr/podcast/la-matrescence/>

Résumé

La survenue du handicap de l'enfant durant la période de développement suscite des aménagements spécifiques. Si la précocité de l'accompagnement psychomoteur de l'enfant est recommandée, qu'en est-il du soutien de la parentalité ? L'analyse clinico-théorique des partenaires en interactions et de leur singularité est pour moi l'occasion de préciser la place du psychomotricien auprès de la dyade mère-enfant. Afin de situer le contexte de ces observations, je propose une lecture de l'influence du handicap de l'enfant au sein du processus de parentalité. Par ailleurs, la spécificité des circonstances de l'accompagnement a un impact sur le cadre thérapeutique. En associant les enjeux de la prévention secondaire en Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à ceux de la clinique, je souhaite mettre en lumière le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement des parents et de l'enfant en situation de handicap.

Mots clés :

Psychomotricité – Interactions précoces – Parentalité – Handicap précoce de l'enfant – Communication infra-verbale – Cadre thérapeutique – Prévention

Summary

The occurrence of a child's disability during the development period need specific adjustments. If an early psychomotor support is recommended for the child, what about parenting support? The clinical and theoretical analysis of the partners in their interactions and with their singularity is for me the opportunity to specify the place of the psychomotor therapist within the mother-child dyad. In order to situate the context of these observations, I propose a reading of the influence of the child's disability within the parenting process. In addition, the specificity of the circumstances of this support has an impact on the therapeutic framework. By associating the challenges of secondary prevention in the Maternal and Child Health Center (in French, PMI) with those of the clinic, I would like to highlight the role of the psychomotor therapist in supporting parents with disable children.

Keywords:

Psychomotricity – Early interactions – Parenting – Child's disability – Sub-verbal communication – Therapeutic framework – Prevention