HAL
open science

Le handicap au sein des fratries, un enjeu pour la parentalité : quel rôle pour le psychomotricien auprès des familles des jeunes patients ?

Delphine Pichon de Bury

To cite this version:

Delphine Pichon de Bury. Le handicap au sein des fratries, un enjeu pour la parentalité : quel rôle pour le psychomotricien auprès des familles des jeunes patients ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02939578

HAL Id: dumas-02939578

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939578

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.

IFP de la Pitié Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris

Le handicap au sein des fratries, un enjeu pour la parentalité.

Quel rôle pour le psychomotricien auprès des familles des jeunes patients ?

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricien

Session de Juin 2020

Référente de mémoire :

Isabelle NORINDR

Delphine PICHON DE BURY

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier, ma référente de mémoire, Isabelle NORINDR pour sa disponibilité et ses conseils avisés.

Un immense merci à Marion pour cette année si enrichissante professionnellement, pour son accompagnement sans faille en stage comme dans l'élaboration de ce projet.

Un grand merci également aux professionnels du CAMSP pour leur accueil, et tout particulièrement à Véronique pour sa bienveillance et la confiance qu'elle m'a accordée.

Merci à l'ensemble des psychomotriciens que j'ai rencontrés qui m'ont chacun enseigné, fait découvrir et apprécier différentes facettes de notre profession.

Merci aux patients et à leurs familles, qui m'ont fait grandir humainement et professionnellement.

Et enfin merci à tous ceux qui ont participé, parfois sans le savoir, à la réalisation de ce mémoire. À Léa, Boris et à ma maman pour leurs précieuses relectures. À mes amis et ma famille pour leur soutien et leur présence.

Avec une pensée toute particulière pour toi Camille.

Sommaire

Introduction **7**

PARTIE THEORIQUE **8**

I. La famille **9**

1. Définition et concept 9
2. Le groupe 10
   - 2.1. Les parents 10
     - 2.1.1. La mère 12
     - 2.1.2. Le père 14
   - 2.2. La fratrie 16
3. Le foyer : de l'espace et du temps 19
   - 3.1. L'espace 19
     - 3.1.1. Les espaces fonctionnels 19
     - 3.1.2. Les espaces communs 20
     - 3.1.3. Les espaces individuels 20
   - 3.2. Le temps 20
     - 3.2.1. La temporalité individuelle 21
     - 3.2.2. Les temps fonctionnels 21

II. Le jeune enfant en situation de handicap, sa fratrie et ses parents **22**

1. Le handicap du jeune enfant 22
2. L'annonce du handicap à la famille 25
   - 2.1. L'annonce aux parents 25
   - 2.2. L'annonce à la fratrie 27
3. L'impact du handicap auprès de la fratrie 29
   - 3.1. Un environnement modifié 29
     - 3.1.1. Des parents moins disponibles 29
     - 3.1.2. Un quotidien réorganisé 30

3.2. Une relation fraternelle différente 30
3.2.1. Les difficultés à la création de la relation fraternelle 31
3.2.2. La modification de la nature de la relation 32
3.3. Une construction identitaire sous l'influence du handicap 33
3.3.1. La souffrance de la différence 33
3.3.2. La culpabilité et la réparation 34
III. La psychomotricienne en petite enfance 35
1. Généralités sur la psychomotricité 35
2. Agir précocement 36
3. Le soutien à la parentalité 38

PARTIE CLINIQUE 42
I. Présentation du terrain clinique 43
1. Le CAMSP 43
2. Le cadre des séances 44
II. A la rencontre de Mehdi, sa maman et son frère Sélim 46
1. Anamnèse 46
1.1. Contexte familial et social 46
1.2. Histoire de la grossesse, de la naissance et éléments médicaux. 46
2. Mehdi et le CAMSP 47
2.1. Premiers rendez-vous. 47
2.2. Ma rencontre avec Mehdi 47
2.3. Le suivi en psychomotricité de Mehdi 48
III. A la rencontre de Nolan, sa maman et son frère Alexandre 52
1. Anamnèse 52
1.1. Contexte familial et social 52
1.2. Histoire de la grossesse, éléments anténataux et naissance 52
2. Nolan et le CAMSP 53
2.1. Premiers rendez-vous 53

2.2. Temps d'accompagnement parental 53
3. Les séances de psychomotricité 54
3.1. Ma rencontre avec Nolan 54
3.2. Prise en charge de Nolan 55

DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE 60
I. Les apports de la présence d'un grand frère en séance 61
1. Faciliter l'alliance thérapeutique 61
2. Le frère, un sujet d'imitation 62
3. Renfort des relations familiales 64
II. Les limites imposées par cette présence fraternelle 65
1. Dénaturation du cadre thérapeutique 65
2. La place du frère 67

Conclusion 70
Bibliographie 71
Annexe I I

Introduction

Lorsque j'ai débuté mon stage long de troisième année en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), j'ai rencontré de nombreuses familles, des enfants accompagnés de leurs parents, mais également de leurs grands frères pour deux d'entre eux. Nous les appellerons Mehdi et Nolan. J'ai alors remarqué que lorsque l'on évoquait en général un jeune patient, le sujet des parents était obligatoirement abordé mais celui des fratries beaucoup plus rarement. Or les frères et sœurs font partie de l'environnement très proche de nos patients. Ces séances particulières ont provoqué en moi de nombreux questionnements sur la présence de ces frères en séance, mais également sur l'impact que le handicap pouvait avoir sur la fratrie. Agir sur ces problématiques pouvait-il faire partie du domaine de compétence du psychomotricien ? En parallèle, j'ai également constaté l'importante place occupée par la fonction d'accompagnement parental exercée par la psychomotricienne dans ces deux prises en charge.

Ainsi, tout le long de ce mémoire nous tenterons de déterminer pourquoi et comment le psychomotricien, dans sa fonction d'étayage à la parentalité, va-t-il pouvoir agir sur les différentes problématiques engendrées par le handicap sur les fratries.

Dans un premier temps nous nous intéresserons à ce qu'englobe la notion de famille, ses différentes composantes, leurs rôles et les liens qui les unissent. Puis nous verrons ce que la naissance d'un enfant porteur de handicap pourra modifier au sein de cette famille et plus spécialement de la fratrie déjà présente. Enfin, nous étudierons le rôle du psychomotricien en petite enfance et plus précisément l'accompagnement parental qu'il pourra être amené à réaliser.

Dans un second temps nous partirons à la rencontre de Mehdi H., jeune enfant pris en charge au CAMSP dans le cadre de son syndrome polymalformatif, ainsi que de son frère Sélim et de leur maman. Puis nous rencontrerons la famille B. composée de Nolan, porteur de trisomie 21, de son frère Alexandre et de leur maman. Nous distinguerons chez ces familles deux type de problématiques différentes, en lien avec les conséquences du handicap sur la fratrie et ainsi deux aspects différents de l'accompagnement à la parentalité.
Pour finir, nous prendrons un moment pour discuter de l'incidence que peut avoir la présence du frère ou de la sœur d'un jeune patient en séance de psychomotricité.

PARTIE THEORIQUE

I. La famille

1. Définition et concept

La famille peut être communément définie comme un « *ensemble formé par le père, la mère (ou l'un des deux) et les enfants.* » (Larousse en ligne, s. d.). J. LACAN, lui, propose une définition dans laquelle il distingue deux éléments de la famille : sa composition et son environnement.

« *La famille paraît d'abord comme un groupe naturel d'individus unis par une double relation biologique : la génération, qui donne les composants du groupe ; les conditions de milieu que postule le développement des jeunes et qui maintiennent le groupe pour autant que les adultes générateurs en assurent la fonction.* » (Lacan, 2001, p.23).

Bien sûr il existe actuellement une grande diversité de types de familles :

- La famille conjugale ou nucléaire qui désigne les parents et leurs enfants formant un foyer familial.
- La famille étendue qui se réfère davantage à la généalogie incluant les aïeux, les oncles et tantes, les cousins etc.
- La famille monoparentale qui est composée d'un seul parent et de ses enfants.
- La famille recomposée au sein de laquelle les enfants sont issus d'une union antérieure des conjoints.
- La famille adoptive qui désigne un foyer au sein duquel les parents ne sont pas les parents biologiques de leurs enfants.
- La famille homoparentale dans laquelle la fonction parentale est assurée par deux conjoints du même sexe.

Aussi différentes soient elles, nous pouvons noter chez toutes ces familles deux points communs : la notion de groupe et la notion de foyer.

2. Le groupe

Parmi toutes les définitions du terme *groupe* proposées par le dictionnaire, nous pouvons lire : « *Ensemble de choses, d'animaux ou de personnes, formant un tout et définis par une caractéristique commune* ». (Larousse en ligne, s.d.)

Au cours de notre existence nous appartenons à une multitude de groupes : biologiques, ethniques, sociaux, scolaires, professionnels, associatifs etc. Mais si nous nous référons au commencement de notre existence, en venant au monde, l'un des premiers groupes auquel chacun de nous a appartenu en tant qu'individu n'est-il pas celui même de la famille ?

En effet la naissance d'un bébé va lui faire intégrer le groupe qu'est sa famille. Parfois, dans le cas d'un enfant premier né, c'est lui-même qui va fonder par son arrivée, un nouveau groupe. Le nourrisson va conférer à cet homme et cette femme qui jusque-là se définissaient ensemble comme un couple, un nouveau statut, celui de parents. C'est la naissance de l'enfant qui va permettre, pour reprendre le titre de l'œuvre de T. BERRY BRAZELTON, « *la naissance d'une famille* » (2009). Ainsi, nous pouvons considérer que la notion de famille comprend une dimension quantitative : il faut au moins trois individus pour la composer. Intéressons-nous maintenant à ce qui constitue la dimension qualitative de ce groupe *famille*.

2.1. Les parents

Précédemment, nous avons vu que l'enfant en venant au monde accorde à un couple une toute nouvelle fonction, celle de parents. Mais cela suffit-il ? De nombreux exemples comme le cas des familles adoptives ou des familles homoparentales tendent à nous montrer que ceux que l'enfant désignera comme père et mère ne sont pas forcément ceux qui l'ont mis au monde. Dans ces cas-là, on distingue alors très nettement les géniteurs, des parents.

Convaincu de cette distinction, A. BOUREGBA, estime que c'est par la création du lien enfant-parents que les géniteurs deviennent parents. Ce lien s'élaborerait selon deux modalités : *« une pression appropriative et narcissique d'une part, une pression antinomique de désappropriation et symbolique d'autre part. ».* (Bouregba, 2011, p.25)

Le premier mouvement désigne le fait que les parents tendent à s'approprier cet enfant qu'ils ont conçu. Il deviendra, à travers les multiples projections narcissiques dont il fera l'objet, comme un prolongement du moi de chacun de ses parents. Le tout-petit sera pour sa mère et son père comme une partie d'eux-mêmes.

Aussi, pour que cette fusion ne devienne pas pathologique et que l'enfant puisse se distinguer en tant qu'individu, différent de ses parents, le second mouvement de désappropriation est essentiel. Le parent va alors devoir céder symboliquement cet enfant qui était jusque-là totalement sien, d'abord à un tiers incarné par l'autre parent, puis à la société auquel il appartient lui-même. Dans le cas de notre société contemporaine, comme dans un échange réciproque, cette dernière va, en retour, inoculer aux parents leur fonction parentale. Nous la retrouverons dans le Code civil sous le terme d'autorité parentale :

Art. 371-1. : « *L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.* « *Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne*. *[...]* »[1].

Art. 371-2. *: « Chacun des parents contribue à l'entretien et à l'éducation des enfants à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent, ainsi que des besoins de l'enfant. [...] »*[2]

Nous distinguons donc plusieurs aspects de la fonction parentale : un rôle de protection, un rôle de soins et un rôle d'éducation. Nous voyons également que lorsqu'un parent prend une décision pour son enfant, c'est l'intérêt de ce dernier qui doit primer. Les parents vont être garants de la primauté de l'intérêt de leur progéniture en lui offrant un cadre sécure, aussi bien matériel que psychique, propice à son bon développement.

« *La parenté comme la culture se révèlent être une organisation fondatrice de l'être humain que chaque individu et chaque groupe social va aménager selon son contexte et sa généalogie. »* (Solis-Ponton, 2002, p.25).

[1] Loi n°2019-721 du 10 juillet 2019 - art. 1
[2] Loi n°2019-1480 du 28 décembre 2019 - art. 8

Chaque parent va donc construire l'éducation de son enfant avec le matériel dont il dispose ; matériel physique, psychique, intellectuel et culturel qu'il aura lui-même acquis de sa propre éducation, de ses propres représentations, de sa propre identité. Nous pouvons parfois même observer ce que L. SOLIS-PONTON (2002) désigne sous le terme de « *narcissisme de lignée* » : des caractéristiques communes (compétences, traits de caractère, spécificités physique etc.) d'une famille étendue que le parent s'attachera à transmettre, à projeter sur son enfant.

Dans la mesure où l'identité du parent va influer sur sa façon d'être avec son enfant, nous pouvons nous demander dans quelle mesure l'identité de genre du parent, mère ou père peut faire varier le rôle qu'il aura envers son enfant.

2.1.1. La mère

Le Larousse en ligne définit communément la maternité comme le *« fait de mettre un enfant au monde ».* (Larousse en ligne, s.d.). En effet, d'un point de vue purement scientifique et biologique, on peut admettre que la maternité s'engendre par le phénomène de la naissance. Ce phénomène est le siège de l'humanité, c'est par lui que l'espèce s'est formée et par lui qu'elle perdure. C'est donc un concept fondamental, qui a donné lieu à de nombreux écrits et recherches, de tous temps.

Mais, nous l'avons vu précédemment, être géniteurs peut s'avérer fondamentalement différent d'être parents. Nous pouvons d'ailleurs constater que même dans la langue française cette distinction est faite puisqu'elle qualifie de mère une *« Femme qui a mis au monde ou qui a adopté un ou plusieurs enfants »* (Larousse en ligne, s.d.). Le concept de mère adoptive étant inclus dans la définition de mère, nous pouvons alors aisément voir qu'une maman n'est pas forcément la femme qui a mis au monde l'enfant. Nous pouvons donc nous demander ce qui fait d'une femme, une mère, et quelles fonctions sont attribuées à cette mère.

S. LEBOVICI, développe l'idée que dès le début de la grossesse, l'enfant existerait dans l'esprit de la future mère sous la forme « *d'enfant imaginaire* » (Lebovici, 2009, p. 79). Cet enfant fera l'objet de spéculations de la part de celle-ci concernant son identité, son sexe, son apparence physique, son caractère et même son projet de vie. Ces nombreuses rêveries permettront à la femme enceinte de progressivement

construire, un premier niveau de son identité de mère. Bien sûr, à la naissance de l'enfant « *l'enfant réel* » sera tout autre que l'enfant fantasmé pendant neuf mois.

Cependant, c'est à ce même moment qu'a lieu ce que décrit D.W. WINNICOTT : « *la préoccupation maternelle primaire* » (Winnicott, 2006, p.33). Cette préoccupation maternelle primaire désigne en fait un état de la jeune mère, qui a débuté dans les dernières semaines de la grossesse et se poursuit quelques semaines après la naissance, où celle-ci est capable de répondre de façon parfaitement adaptée aux besoins exprimés par l'enfant. Elle semble être capable de les décrypter tout naturellement.

Puis, il est nécessaire que cette mère entièrement dévouée à son petit, laisse place à une « *mère suffisamment bonne* » (Winnicott, 2006, p.51) : une mère attentive aux besoins de son enfant, faisant preuve de réponses adaptées, tout en le laissant par moment éprouver la frustration de son absence. Cela constitue une étape nécessaire à la construction psychique et à l'individuation de cet enfant.

Ces mères suffisamment bonnes, par l'ensemble des soins et de l'attention envers leur progéniture, vont en fait porter physiquement et psychiquement ce bébé. C'est la notion de *holding* que D.W. WINNICOTT (1992) décrit comme un rôle essentiel de la fonction maternelle. Un autre rôle de cette mère, toujours selon le pédiatre et psychanalyste anglais, est celle de présenter le monde à l'enfant de façon progressive. Elle exerce alors sa fonction pare-excitatrice en régulant pour le bébé l'ensemble des flux sensoriels auquel il est exposé.

« Beaucoup de choses dépendent donc de la manière dont on a fait découvrir le monde au bébé et à l'enfant. La mère normale peut commencer et continuer ce travail non pas parce qu'elle est savante, tel un philosophe, mais tout simplement parce qu'elle se dévoue à son bébé. » (Winnicott, 1991, p.81)

D.W. WINNICOTT croit en la capacité naturelle que les femmes ont de s'occuper de leurs enfants. Il reconnait qu'il y a également un certain nombre de savoirs qu'elles ne peuvent acquérir qu'en apprenant, mais pour lui l'essentiel de la maternité est inné chez la mère dite normale. Dans ce même ouvrage où il s'adresse directement à ces mères, il les met en garde : *« Je veux vous encourager à garder et à défendre ce savoir spécialisé, qui ne peut être enseigné. C'est seulement si vous pouvez conserver ce*

qui est naturel en vous que vous pourrez sans danger retirer quelque chose de ce que les médecins et les infirmières peuvent vous apprendre. » (Ibid., p.104)

Les écrits concernant les rapports entre les mères et les bébés en particulier sont nombreux, mais bien entendu une mère conserve son statut tout au long de sa vie dès lors qu'elle met au monde un enfant. En fonction de l'âge de ce dernier, des variations et des modulations de la fonction maternelle pourront être observées. D.W. WINNICOTT estime que lorsque les mères *« en ont fini avec leur travail, il est devenu quelqu'un qui connaît le monde, qui est capable de trouver sa manière d'y vivre, qui peut même participer à sa direction. »* (Ibid., p.75)

Bien que la dyade mère-enfant soit au premier plan concernant les études sur le développement du tout-petit dans son environnement, un troisième acteur réside dans le statut du père, dont nous allons étudier le rôle et les fonctions.

2.1.2. Le père

Lorsqu'il s'agit des rôles parentaux, A. BOUREGBA (2011) explique que pendant des années, il semblait communément admis de distinguer l'importance de la fonction maternelle et de la fonction paternelle selon l'âge de l'enfant. Tandis que les mères se montraient plus qualifiées pour prendre soin de l'enfant dans les premières années de sa vie, les pères, eux, se révélaient bien plus compétents une fois cette période achevée et brillaient dans leur fonction lorsque leur progéniture atteignait l'âge adolescent. Ce n'est que depuis une époque très récente, que l'on voit progressivement s'effacer cette distinction des rôles en fonction de la période de vie de l'enfant. La tendance au juste équilibre des rôles parentaux permet à la fonction paternelle de prendre de plus en plus d'ampleur et ce dès les premiers âges.

Pourtant, une étude réalisée par D. DUBEAU, S. COUTU et A. DEVAULT (2013), montre que lorsque l'on interroge des couples, la description du rôle d'un père demeure toujours plus complexe que la définition de la fonction maternelle. Or, les auteurs soulignent que, bien que l'exercice de cette fonction dépende tout d'abord de la représentation que le père a lui-même de sa paternité, il est également sous l'influence de la perception de sa conjointe sur cette fonction.

En 1957 (date de la première édition de l'ouvrage cité), D.W. WINNICOTT souligne déjà l'importance de la mère dans l'exercice de la paternité de son conjoint. Dans les premiers moments de sa vie, le bébé va d'abord rencontrer sa mère qui est responsable d'une grande partie des premiers soins apportés à son enfant puis, progressivement, il pourra commencer à porter un intérêt à son père. Mais pour que les liens d'attachement père-bébé puissent se former, il est nécessaire que la mère permette cette rencontre qui pourra même être source de soulagement pour elle. Par ces moments où la figure maternelle se fera plus discrète, le père pourra apprendre à connaître son enfant et l'enfant son père. D.W. WINNICOTT, s'adressant aux mères, écrit alors : « *Il ne dépend pas de vous que leurs rapports soient riches, cela dépend du père et des enfants, mais cela dépend beaucoup de vous de rendre ces rapports possibles, de ne pas les gêner ou les gâcher.* » (1991, p.124)

C'est en fait l'alliance parentale qui va permettre en partie au père de prendre sa place et à l'enfant de bénéficier du meilleur développement possible : *« Néanmoins, si le père est présent et désire connaître son enfant, l'enfant a de la chance et, dans le meilleur des cas, le père enrichit grandement le monde de l'enfant. Lorsque le père et la mère acceptent tous deux la responsabilité de l'existence de l'enfant, le terrain est préparé pour un bon foyer »* (Ibid., p.120). Les deux parents vont en fait œuvrer pour le bien de l'enfant avec des comportements comportant de grandes similarités.

Il est à présent reconnu que les pères peuvent tout aussi bien élever un enfant que leur conjointe. Cependant, les études semblent tout de même révéler des différences notables dans l'approche de la parentalité entre homme et femme. Tandis que les femmes auront tendance à privilégier les interactions avec leur enfant par le biais des soins, les hommes, eux seront plus enclins à interagir à travers les jeux et les activités avec leur progéniture. (Dubeau et al., 2013)

Aussi, est-il intéressant de noter que, selon VOLLING (1992), lorsqu'un couple a plusieurs enfants, les membres de cette fratrie semblent être plus tolérants envers une mère qui par moment accorderait plus particulièrement son attention à l'un des enfants, qu'envers un père chez qui ce comportement entraînerait davantage de conflits et d'incompréhensions de la part du reste des enfants (cité par Dubeau et al., 2013). Cela pourrait peut-être être mis en lien avec l'intégration dans l'esprit des enfants, du père comme partenaire de jeu et de la mère comme partenaire de soin. Le soin étant un besoin vital de premier ordre, les enfants pourraient alors avoir tendance à accepter

plus facilement une attention particulière de leur mère accordée à un frère ou une sœur nécessitant un soin spécifique sur une période relativement courte.

Cette étude soulève la question des relations interpersonnelles dès lors qu'une famille est composée de plusieurs enfants. Qu'est-ce qu'une fratrie ? Quels types de relations et organisations peut-on y retrouver ? Par quoi ces modes de fonctionnement sont-ils régis ? Sont autant de questionnements auxquels nous allons tenter de répondre.

2.2. La fratrie

Le terme fratrie désigne l'« *Ensemble des frères et sœurs de la même famille.* » (Larousse en ligne, s.d.). Il est intéressant de noter l'emploi du terme « ensemble » qui implique que les différents enfants des mêmes parents, puissent être rassemblés pour créer un groupe commun « fratrie ». Il existe une multitude de configurations possibles de fratries qui dépendront du nombres d'enfants qui la compose, de leur sexe, de leur ordre de naissance. En ajoutant à ces critères purement quantitatifs, la personnalité de chacun des membres, on peut supposer qu'une identité de fratrie se crée. A. BOUREGBA (2011) reprend le concept de l'enfant imaginaire décrit par S. LEBOVICI (2009), et vient le compléter :

« *Dans l'imaginaire du parent, il n'y a place que pour un seul enfant dont les différentes facettes sont distribuées entre chacun de ses enfants réels. Ces derniers représentent ainsi les éléments d'une même composition. Ce rattachement à une même composition imaginaire parentale est à la base des sentiments de fratrie.* » (Bouregba, 2011, p.158)

Cette vision suppose alors que l'identité de la fratrie serait issue de l'enfant imaginaire des parents, et que chaque enfant réel, telle une pièce de puzzle, viendra permettre de recréer cet enfant imaginaire. Nous voyons donc une double relation se dessiner : d'un côté chaque enfant va contribuer, avec ses frères et sœurs et donc avec les relations qui les unissent, à créer l'identité de la fratrie et d'un autre côté l'identité même de cette fratrie, influerait sur la construction de chacun de ces enfants qui devront y trouver leur place, leur rôle.

Les frères et sœurs partagent un grand nombre de points communs, à commencer par leurs parents et donc le patrimoine génétique de ces derniers. Les nombreux gènes communs vont donner lieu au niveau phénotypique à des caractéristiques similaires. Des ressemblances plus ou moins marquées tant dans l'apparence physique que dans le tempérament pourront être observées. La fratrie est donc un terrain favorable aux processus d'identification de l'enfant.

Dans sa théorie sur les complexes familiaux publiée pour la première fois en 1938, J. LACAN évoque ces processus identificatoires au sein des fratries en développant le concept de « *complexe d'intrusion* ». Il s'agit de l'étude de la jalousie ressentie par un jeune grand frère lors de la venue au monde de son cadet. Pour J. LACAN (2001) cette jalousie est le fruit d'une projection identitaire de l'aîné sur le nouveau bébé. L'identification à ce petit frère le renvoie à son propre vécu déplaisant de sevrage et de séparation de l'objet maternel. La jalousie ainsi créée permettra à l'aîné de ressentir l'altérité : reconnaître l'autre en tant qu'être différent de soi.

Le processus de différenciation est un élément également très présent au sein des fratries. Selon O. BOURGUIGNON « *La première règle pour un enfant qui vient au monde est donc de se différencier de ses frères et sœurs* » (2008, p.21). Cette différenciation est nécessaire aux enfants pour susciter plus particulièrement l'attention des parents. La ressemblance étant un vecteur de comparaisons, elle peut engendrer une rivalité néfaste dans la fratrie. En s'individuant, la fratrie évite ces comparaisons de la part des parents qui s'investiront de façon différente dans la relation avec chacun de leur enfant. La rivalité fraternelle est donc atténuée et l'indépendance résultant de l'individuation de chaque enfant, amplifiée. Ce lien entre différenciation et indépendance est très justement souligné par O. BOURGUIGNON qui relève que « *plus les frères et sœurs grandissent plus ils se différencient* » (Ibid.).

Quant à la potentielle différence de traitement que les enfants pourraient subir de la part de leurs parents et qui peut donner lieu à des conflits, comme nous avons pu le voir dans l'étude de VOLLING ; O. BOURGUIGNON nous explique que les parents vont avoir tendance à projeter leur vécu, leur passé familial sur leurs enfants, à s'identifier à eux. Elle donne en exemple le cas d'un père qui aurait eu des relations conflictuelles avec sa sœur aînée et qui, lorsque sa propre fille deviendrait sœur ainée, pourrait projeter ses sentiments négatifs d'enfant envers cette sœur, sur sa fille et modifier plus ou moins temporairement son attitude envers cette dernière. Nous

pouvons constater ici, l'importance de la configuration de la fratrie dans les rapports familiaux : nombre d'enfants, sexes et ordre de naissance.

En 1993, D. GAYET étudie la fratrie sous l'angle de la position occupée par chacun des enfants. Dans le cas du premier né, il note que son attitude dans le groupe va dépendre de l'écart d'âge qu'il aura avec le second enfant (cité par S. Pinel-Jacquemin et O. Troupel-Cremel, 2013). Plus généralement, l'aîné de la fratrie représente pour ses frères et sœurs cadets un modèle à suivre qui s'assimile à un relai de l'autorité parentale. Il est investi d'une responsabilité et d'un rôle de protecteur envers le reste de la fratrie qui en retour le gratifie d'une grande admiration. (S. Pinel-Jacquemin et O. Troupel-Cremel, 2013).

Le benjamin, aidé par la diversité de modèles identificatoires et de relations que lui offrent ses aînés, semble être en meilleure position pour ce qui est du registre du dialogue parent-enfant.

Le cadet serait quant à lui, l'héritier d'une position plus complexe : ni aîné, ni benjamin. Aussi, s'il est de même sexe que l'un au moins de ses pairs, cet enfant risque d'être plus facilement victime de comparaisons à l'un ou l'autre de ses frères et sœurs, rendant difficile la différenciation et l'individuation. (Ibid.)

Pour ce qui est des rapports entre liens fraternels et identité sexuelle et âge, O. BOURGUIGNON (2008) rapporte que les relations entre deux membres de la fratrie du même sexe sont généralement teintées de plus de proximité et de complicité. Il en est de même pour un écart d'âge réduit entre deux enfants. Cependant la rivalité serait proportionnellement plus présente également. Elle ajoute qu'au niveau interactionnel, les plus jeunes auraient tendance à privilégier les échanges avec les aînés qui, à l'opposé, s'y montreraient plus réfractaires.

Les apports de la fratrie sur la construction de l'enfant sont nombreux :

- Au niveau affectif : établissement de liens d'attachement précoces et spécifiques, présence d'objets identificatoires, objets d'amour, expérimentation de la rivalité.
- Au niveau social : découverte de l'altérité, stimulation de l'individuation, apprentissage des notions de partage, coopération, écoute de l'autre.

- Au niveau cognitif : stimulation de la pensée, des apprentissages, adaptation à l'environnement.

A propos de la fratrie, O. BOURGUIGNON parle de *« cette microsociété de pairs en effervescence, où chacun est affecté par les autres, où les enfants s'aiment et se haïssent, mais témoignent aussi d'un immense intérêt les uns pour les autres »* (Bourguignon, 2008, p.26). Chaque microsociété évolue dans un environnement qui lui est propre, celui de la famille est son foyer. Il constitue le second point commun dégagé de la notion de famille (*Cf. supra*, partie I.1., p.9).

3. Le foyer : de l'espace et du temps

Le foyer qui désigne le « *lieu où habite la famille* » (Larousse en ligne, s.d.) ne peut être dissocié de la notion de famille. C'est dans cet espace que vont évoluer tous ses membres et les relations qui les unissent. La notion d'espace est l'un des grands domaines du champs d'action en psychomotricité. Avec la notion de temps, ils forment deux organisateurs fondamentaux de la vie d'un être humain.

3.1. L'espace

Le foyer familial est un espace commun au sein duquel vont se juxtaposer plusieurs types d'espaces qu'il va s'agir ici de distinguer.

3.1.1. Les espaces fonctionnels

Ils sont représentés par différentes pièces attitrées à une fonction particulière : cuisine, salle d'eau, bureau, chambre à coucher, salle de jeu, salle à manger, salon etc. Ce sont des espaces organisateurs du mode de vie de la famille ; le rôle attribué à chaque espace va permettre à chacun de se fixer des repères. Ces espaces délimités constituent, selon A. BULLINGER, des repères essentiels au développement de l'enfant et notamment à la construction des représentations de leur propre corps. Il écrit : « *L'espace, balisé par des objets et des personnes, permet de se situer et d'exister.* » (Bullinger, 2015, p.109)

3.1.2. Les espaces communs

Ils sont représentés par le foyer d'une manière générale, mais également par les différents espaces fonctionnels dès lors qu'ils doivent être partagés avec d'autres membres de la famille. Ces espaces sont des espaces sociaux au sein desquels chacun est confronté à l'altérité. Ils sont généralement organisés sous l'autorité des parents qui posent un cadre, fixent des règles dans le but de réguler les potentielles rivalités et tensions engendrées par cet espace commun.

En effet, C. PAVOT-LEMOINE (2018) décrit que plus un espace est occupé par un nombre important de personnes, plus le vécu de ces dernières est anxiogène. Ce vécu est relatif à la proxémie, un comportement adaptatif qui désigne l'ajustement de la distance avec autrui en fonction de la nature des relations entretenues avec ce dernier. Aussi, si dans un espace familial commun, chacun ne peut réguler à son aise la distance relationnelle à ses pairs, le vécu pénible engendré peut devenir source d'agressivité. Nous pouvons donc distinguer ici, au sein de cet espace commun, un autre type d'espace : l'espace relationnel.

3.1.3. Les espaces individuels

Ce sont des espaces plus intimes, généralement des chambres à coucher, qui appartiennent de façon plus ou moins provisoire à l'un des membres de la famille en particulier. Ils permettent de participer à l'individuation de chacun, à l'élaboration de la personnalité et à la stimulation de la créativité. Ils peuvent également constituer un repère, source de sécurité, d'apaisement et un espace de recentrage sur soi.

Bien sûr ces espaces ne sont pas fixes et définitifs. Ils évoluent, se modifient au fur et à mesure des évènements de la vie de la famille : déménagement, travaux, réaménagement de l'espace, arrivée d'un nouvel enfant... au gré du temps.

3.2. Le temps

Nous l'avons vu précédemment, au sein d'un même foyer cohabitent plusieurs personnes, plusieurs types d'espaces et par conséquent, plusieurs types de temps que nous allons tenter de distinguer.

3.2.1. La temporalité individuelle

Ce que nous allons pouvoir désigner comme « temporalité individuelle », nous est en fait donné par les différents acteurs de la famille que nous avons pu découvrir ci-avant : les parents et les enfants. Chacun d'entre eux en fonction de son âge se situe dans une période de vie qui lui est propre : âge adulte, adolescence, enfance et petite enfance. Nous avons tous une rythmicité qui nous est propre et qui peut se moduler selon notre tempérament, notre état psychique et somatique (humeur, sommeil, maladie...) ainsi que notre tranche d'âge et le stade de développement traversé. Par exemple dans la petite enfance on peut remarquer une hyperactivité naturelle, tandis que les adolescents se situent généralement dans une cadence plus lente. Ensemble, les membres de la famille vont donc devoir réaliser un ajustement rythmique afin de pouvoir vivre les uns avec les autres. Ce sont les parents qui, étant les plus à même de s'adapter aux rythmes de leurs enfants en plein développement, vont être responsables de structurer ce temps au sein du foyer.

3.2.2. Les temps fonctionnels

Les temps fonctionnels constituent une aide naturelle aux parents pour structurer le temps familial. Il s'agit des repères temporels sociaux et universels : les heures, les minutes, le matin, le midi, l'après-midi, le soir etc. A ces repères temporels sont généralement associées des activités qui viennent rythmer le quotidien. Bien sûr ces temps forts de la journée bénéficient d'une souplesse d'horaires qui permet de les adapter à la temporalité familiale adoptée à un moment précis. Ces temps fonctionnels sont directement en lien avec les espaces fonctionnels : les nuits se feront dans la chambre à coucher, les repas se prendront dans la cuisine, les douches dans la salle de bains etc. Les espaces et les temps fonctionnels vont permettre aux parents de poser un cadre au sein du foyer en donnant aux enfants les repères spatiaux-temporels nécessaires pour se développer et grandir.

Nous pouvons maintenant distinguer les influences réciproques des trois éléments fondamentaux qui constituent une famille : ses membres, l'espace, et le temps. La famille est une organisation qui nécessite un ajustement constant de tous ces paramètres et notamment de la part des parents qui ont pour responsabilité de maintenir cette organisation et le cadre éducatif au sein duquel la fratrie va évoluer.

« *Ce qui compte, c'est que chaque nouvel enfant qui entre dans votre maison apporte avec lui sa propre vision du monde et un besoin de contrôler son petit morceau du monde. C'est pourquoi chaque enfant constitue une menace contre le cadre que vous avez créé, l'ordre des choses que vous avez soigneusement construit et que vous maintenez avec soin.* » (Winnicott, 1991, p.128)

II. Le jeune enfant en situation de handicap, sa fratrie et ses parents

Si chaque nouvel enfant par sa naissance et ses particularités vient modifier de façon permanente l'organisation familiale jusqu'alors établie, que pouvons-nous dire du chamboulement opéré par la venue au monde d'un enfant dont l'une des particularités serait associée à un terme redouté par beaucoup : le handicap ? Qui est cet enfant en situation de handicap ? Dans quelle mesure cette particularité va-t-elle venir impacter sa fratrie ? Ses parents ?

1. Le handicap du jeune enfant

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école où à occuper un emploi s'en trouvent compromis* ». (Cité par Camberlein, 2015, p.4). Cette définition rassemble trois composantes du handicap : le type, l'étiologie, et son retentissement sur le sujet.

Nous pouvons donc distinguer plusieurs types de troubles :

- Les déficiences motrices qui vont impacter la motricité de la personne de façon totale ou partielle.
- Les déficiences intellectuelles qui vont impacter les fonctions cognitives de la personne selon un degré de sévérité plus ou moins important. Leur retentissement s'observera plus particulièrement dans l'autonomie du sujet et son adaptation à l'environnement.

- Les déficiences sensorielles qui vont impacter un ou plusieurs des sens de la personne, en général la vue ou l'audition.
- Les troubles psychiques qui vont impacter les aptitudes sociales, relationnelles, comportementales ou thymiques de la personne.

Certains individus vont être touchés par plusieurs troubles, c'est ce qui sera qualifié de plurihandicap. Il faut le distinguer du polyhandicap qui désigne un ensemble de troubles multiples et graves incluant toujours une atteinte motrice et intellectuelle importante et qui aura un retentissement majeur sur l'autonomie et l'adaptation à l'environnement du sujet. Les différentes prises en charges proposées aux patients porteurs de handicaps peuvent avoir comme objectif (parmi d'autres) d'éviter le surhandicap qui qualifie l'aggravation d'un handicap préexistant chez un individu. (Camberlein, 2015)

Les causes du handicap chez le jeune enfant sont multiples et complexes, voire parfois impossibles à déterminer, dans le cas des maladies idiopathiques. Cependant, on peut distinguer deux grandes catégories de cause du handicap. (Billette de Villemeur, 2019)

- Les étiologies constitutionnelles : elles englobent l'ensemble des causes qui sont présentes directement dans le patrimoine génétique de l'enfant. Il peut s'agir d'aberrations chromosomiques comme dans le cas de la trisomie 21. Elles sont spécifiques à l'enfant et ne sont pas dues à l'hérédité. Ces transmissions héréditaires qui représentent le second cas d'étiologies constitutionnelles se font par le biais de mutations géniques dont les parents sont en général inconsciemment porteurs. C'est le cas, par exemple, du syndrome d'Angelman. Dans les pathologies héréditaires, les frères et sœurs de l'enfant peuvent également être touchés. En prévention de cela, il est donc essentiel de déterminer l'origine du handicap.

- Les étiologies acquises : elles rassemblent l'ensemble des causes dues à des agressions de l'organisme. Elles peuvent être pré-natales dans le cas de causes infectieuses comme la toxoplasmose par exemple, ou encore dans le cas d'exposition aux toxiques comme dans le syndrome d'alcoolisation fœtale. Elles peuvent également être néonatales dans les cas de prématurité, asphyxie néonatale etc. Enfin, elles peuvent être post-natales dans le cas de maladies

infectieuses comme la méningite, de syndrome du bébé secoué, d'épisodes d'état de mal épileptique, d'accidents domestiques etc.

Il existe un certain nombre de facteurs de risque du handicap du jeune enfant que sont entre autres les grossesses tardives, la consanguinité du couple ou encore l'exposition fœtale aux toxiques. Bien sûr, de nos jours les grossesses sont particulièrement bien suivies et des techniques de dépistage d'un certain nombre de pathologies ont été mises au point afin de permettre aux parents de faire le choix de poursuivre ou d'interrompre la grossesse à tout moment dans le cas où une anomalie importante aurait été identifiée. Mais qu'implique cette anomalie qui sous-entend que l'enfant engendré ne sera pas normal ? Anormal par rapport à quoi ?

Entre « la normalité » et « l'anormalité », phonétiquement la distinction est presque imperceptible, et pourtant ce sont des antonymes. Il y a d'un côté ce qui est dans la norme, et de l'autre ce qui n'y est pas. Mais qui définit cette norme qui est si subjective d'un individu à un autre, d'une culture à une autre ? Pour M. RINGLER (2004) qui s'est attaché à étudier cette distinction, la norme est fixée par la société. Il la compare à un organisme qui, pour assurer sa bonne santé, doit distinguer ce qui est semblable à lui de ce qui ne l'est pas, afin d'éliminer les dangers potentiels. Fort heureusement, dans le cadre du handicap, la société actuelle ne se contente que de relever cette différence. En fait, le psychologue explique que si cette distinction paraît inévitable, cela pourrait être dû au fait que les différents individus qui composent la société sont les reflets les uns des autres. Ainsi, les personnes handicapées, par leurs déficiences, viendraient faire écho aux angoisses les plus archaïques des personnes dites « normales » et deviendraient un moyen d'objectiver ces angoisses, un objet de projection venant effacer leur qualité même de personne au profit de leur handicap.

« *Disons donc en résumé que tous les enfants handicapés, quel que soit leur handicap, sont prisonniers d'un faisceau de fantasmes sociaux dont il leur est très difficile de se libérer. Les jeunes en difficulté sont réputés « anormaux » parce que la société a besoin d'anormaux pour se préserver de ses peurs ataviques de corruption et de destruction.* » (Ringler, 2004, p.66)

Aussi, lorsque ce terme de « handicap » qui nous renvoie à nos angoisses les plus profondes devient soudainement familier lors de l'annonce du handicap d'un enfant, d'un frère ou d'une sœur, la résonance sur l'ensemble de la famille est certaine.

2. L'annonce du handicap à la famille

2.1. L'annonce aux parents

Nous l'avons vu précédemment, l'enfant, avant même de venir au monde pré-existe déjà dans l'esprit de ses parents sous sa forme la plus parfaite, un enfant imaginaire, idéal et par conséquent bien différent de l'enfant réel rencontré à la naissance. Aussi lorsque cette différence est mise en mot par des médecins qui vont officiellement la reconnaître comme anormale, c'est toute une construction imaginaire qui s'écroule pour les parents. Selon M. RINGLER (2004), suite à cette annonce, de nombreux parents témoignent d'une perte totale des repères jusqu'alors établis. Telle une tempête, le handicap vient balayer toutes leurs représentations, leurs idéalisations, et ce bébé abîmé les confronte à ce qu'il y a de plus primaire en eux, leurs angoisses enfouies et leur fragilité d'être humain. C'est ainsi que certains décrivent comme un sentiment d'étrangeté. Cet enfant qui est sous leurs yeux est si éloigné de leur enfant imaginaire qu'il leur apparait comme irréel, ne leur appartenant pas. Où est ce bébé qu'ils attendaient ? Ça ne peut pas être lui.

Par ce mode de pensée, c'est l'humanité même de l'enfant qui, inconsciemment est remise en question. Pourtant le tout-petit va avoir besoin que ses parents le reconnaissent en tant qu'être humain. Cette humanisation nécessaire tant pour les parents que pour l'enfant va constituer la première « *phase d'investissement de l'enfant* » (Roy, 2014, p.41). Lors de cette phase qui va s'opérer grâce à la mise en place des premiers liens d'attachement rendue possible par les capacités sociales du bébé, les parents vont voir au-delà du handicap et reconnaître ce tout-petit comme leur enfant. A cette étape d'humanisation de l'enfant va succéder « *la phase d'individuation* » (Ibid., p.46). Elle est permise par une période de surinvestissement de l'enfant par ses parents qui vont faire preuve d'un « *déni passager* » (Ibid., p.47) du handicap au profit de la construction des représentations de l'enfant en tant qu'individu. La dernière phase décrite par J. ROY correspond à la « *synthèse* » (Ibid., p.50). L'enfant ayant acquis dans les représentations de ses parents son statut d'humain, d'enfant, et son statut d'individu, son père et sa mère vont maintenant être capables d'intégrer les incapacités de leur bambin et par conséquent de se reconnaître comme parents d'un enfant handicapé.

Ces trois grandes phases de rencontre de l'enfant handicapé avec ses parents, sont sous l'influence de plusieurs facteurs.

- L'identité des parents : elle implique les représentations sociales, culturelles, familiales du handicap avec lesquelles ces derniers se sont construits, mais également leur personnalité et notamment la solidité de leur narcissisme, de leur « Moi ». M. RINGLER (2004) rapporte que dans les premiers temps, les pères, qui n'ont pas porté l'enfant durant la grossesse, ont généralement plus de difficultés à passer outre le handicap de leur petit.

- Le type de handicap : certaines pathologies bénéficient, dans la société et dans les représentations collectives, d'une meilleure réputation que d'autres. De même que, d'après J. ROY (2014), les parents d'enfants qui présentent des troubles relationnels, auraient plus de difficultés à humaniser psychiquement leur bébé puisque cette étape passe essentiellement par les premières interactions.

- Le contexte de l'annonce du handicap : qu'elle ait été amenée par des suspicions pré-natales, réalisée rapidement à la naissance ou énoncée plus tardivement dans les mois qui suivent, voici autant de critères qui vont modifier la façon dont les parents vont investir leurs enfants ; mais la façon et les mots utilisés par le corps médical pour cette annonce demeurent également déterminants. J. ROY (2014) insiste sur l'importance d'une annonce claire et précise qui donnera aux parents des repères concrets sur la réalité de la pathologie sur lesquels ils pourront s'appuyer. Ainsi cette annonce pourra même être vectrice d'accélération de l'acceptation par les parents de la réalité de la condition de leur enfant. La surprotection du couple par les médecins au moment du diagnostic de la pathologie pourrait au contraire les laisser dans un flou anxiogène, néfaste pour l'établissement des premiers liens affectifs. L'auteur soutient également l'idée que l'annonce ne doit pas s'arrêter à l'instant où les mots ont été posés ; l'équipe doit accompagner le couple tout le long de ces trois phases qui correspondent plus ou moins à la première année de vie de l'enfant, jusqu'à ce qu'au rythme du renforcement des liens affectifs précoces, ils puissent accepter de devenir parents d'un enfant déficient. M. RINGLER rejoint J. ROY sur l'importance de cette annonce et met en garde sur les conséquences d'un manquement à cet instant fondateur :

> « *Tout se passe comme si certaines paroles avaient le redoutable pouvoir de s'immiscer dans la toute première relation parents-enfant, et de venir l'infecter à la manière d'un virus* » (Ringler, 2004, p. 76)

Nous avons pu voir l'importance de l'annonce du handicap, instant fondateur de la mise en place des premiers liens d'attachement que l'enfant handicapé va éprouver auprès de ses parents et qui lui seront essentiels pour grandir, mais également la valeur du choix des mots et de la manière dont cette annonce sera faite. Toutefois, les équipes médicales sont formées à ce genre de protocoles, mais lorsqu'il s'agit d'expliquer aux fratries la différence de leur frère ou de leur sœur, c'est aux parents qu'est attribuée cette lourde tâche. Quand ? Comment ? Sont autant de questions auxquelles le couple conjugal, lui-même extrêmement affecté par la situation et n'ayant parfois même pas encore tous les éléments de réponse à ses propres interrogations, va devoir tenter de répondre.

2.2. L'annonce à la fratrie

En effet, les parents de plusieurs enfants qui accueillent l'arrivée d'un tout petit porteur de handicap doivent, lors de cette période sensible de chamboulement total des repères, être capables de gérer leurs propres affects et questionnements, de rencontrer et créer du lien avec ce nouvel arrivant malgré ses différences tout en continuant d'assurer leur fonction parentale avec le reste de la fratrie. Bien souvent, si les enfants ne sont pas capables de percevoir la singularité de leur petit frère ou de leur petite sœur, les membres de la fratrie perçoivent inévitablement l'anxiété et le changement de comportement de leurs parents.

M. RINGLER (2014) nous explique que l'âge des frères et sœurs aînés va influer sur leur compréhension et leur acceptation de la situation. Un enfant qui est capable de percevoir la différence de son cadet acceptera plus aisément la transformation de comportement de son père ou de sa mère qu'un enfant plus jeune qui ne verra que ce changement d'attitude. Il pourra l'interpréter à tort comme étant le fruit de la rivalité exprimée face à ce bébé et laisser ainsi place à un vécu de culpabilité. D'après D.W. WINNICOTT, c'est vers cinq ou six ans que l'enfant va commencer à « *s'intéresser scientifiquement à ce que les adultes appellent le monde réel.* » (Winnicott, 1991, p.77). Il précise également qu'il n'est pas souhaitable d'infliger cette réalité au jeune

enfant. Mais ces propos sont tenus dans le cadre d'une situation familiale classique, or le handicap n'a rien de classique et nous ne pouvons que constater que bien qu'il ne soit pas énoncé clairement, il va venir frapper de sa réalité chaque membre de la famille dans laquelle il s'est imposé. Aussi, nous pouvons nous demander si la verbalisation de la situation à un enfant pouvant être considéré comme trop jeune ne vaudrait-elle pas mieux que le poids du silence au sein duquel l'enfant percevra inévitablement la singularité du contexte sans pouvoir y trouver les réponses attendues à ses interrogations. Il n'existe certainement pas de réponse préconstruite à cette question que chaque parent sera amené à se poser. Cependant l'accompagnement par des professionnels pourra potentiellement les aider à trouver les réponses recherchées.

Un second questionnement que les parents auront à se poser une fois la décision prise d'évoquer le handicap de leur frère ou de leur sœur à la fratrie, est celle du choix des mots et de la manière la plus adaptée. Ils peuvent là aussi être en demande auprès de l'équipe qui les suit, de clés pour construire un discours adapté et éviter toutes formes de maladresses qui pourraient impacter négativement la fratrie. M.H. GUILLORY se souvient avec émotion des mots maladroits de sa mère aux moment de l'annonce de la trisomie 21 de son petit frère : « *" Tu vois, tu désirais un frère qui reste toujours petit. Et bien Bruno est différent : il ne grandira pas comme les autres"* » (Guillory, 2005, p.152). Ces mots ont résonné en elle comme une accusation ; ils l'ont rendue coupable du handicap de son frère, un poids bien lourd à porter pour la petite fille d'une dizaine d'années à peine. Elle nous apprend plus loin, que ses parents avaient bénéficié d'une annonce toute aussi maladroite de la part des médecins. Aussi pouvons-nous supposer que le manque de repères des parents dans le handicap de leur petit garçon, causé par une annonce floue, ne leurs a pas permis de trouver la juste position à adopter pour remplir ce rôle auprès de leurs enfants aînés.

L'annonce du handicap d'un enfant est un instant bouleversant et à la fois fondateur de la vie d'une famille. Nous avons vu qu'elle pouvait avoir un impact immédiat sur la fratrie, or elle ne marque que le début d'une réorganisation familiale totale à laquelle chaque enfant en plein développement va devoir faire face avec les moyens dont il dispose.

3. L'impact du handicap auprès de la fratrie

Nous avons pu voir précédemment comment chaque composante de la famille va venir influer l'une sur l'autre. Aussi, l'étude de l'annonce du handicap d'un enfant est venue nous informer de l'impact que cette dernière allait avoir sur chacun des acteurs de la cellule familiale. Nous allons maintenant tenter de déterminer les différents versants et l'ampleur de l'influence du handicap sur ces enfants en pleine croissance, qui constituent la fratrie.

3.1. Un environnement modifié

3.1.1. Des parents moins disponibles

Le changement d'attitude des parents va constituer la première trace de la présence du handicap, perceptible par la fratrie. Le père et la mère qui les avaient laissés pour aller accueillir ce nouveau bébé sont soudainement différents. Ils sont particulièrement préoccupés par ce nourrisson. Une préoccupation teintée d'angoisse, les parents ne sont plus sûrs d'eux, ils ont été touchés dans leur condition même de parents, ils doivent tout réapprendre, apprendre à être parents autrement.

La fonction parentale va être fragilisée de façon plus ou moins temporaire selon les individus et les enfants vont alors être confrontés à des parents moins disponibles tant psychiquement que physiquement, leurs inoculant dans certains cas un fort sentiment d'abandon. « *Si l'enveloppe affective et éducative est entamée par les angoisses suscitées par la maladie d'un enfant, ce sont tous les enfants qui perdent ce bain sécurisant qui les maintient.* » (Boucher & Derome, 2008, p.70). Ainsi les plus jeunes dont le développement est encore extrêmement dépendant des interactions parentales pourront avoir un vécu de la situation bien plus difficile que leurs aînés qui, en prime, bénéficient de l'usage de la parole pour verbaliser leurs craintes et interrogations. (Ringler, 2004).

Seulement cela suppose que ce vécu puisse être entendu. Mais dans certains cas, la détresse des parents est telle qu'il n'y a pas de place pour cette verbalisation, elle engendrerait trop de souffrance. Parfois, les enfants bien-portants ne se sentent alors pas autorisés à être malheureux ou angoissés vis-à-vis de la déficience de l'enfant différent et du mal-être parental. S. KORF-SAUSSE (2008) décrit que certains vont

donc tenter de manifester leur détresse à travers des attitudes opposantes, l'expression de désaccords, une façon de tenter de se révolter face à l'injustice du handicap et d'exister aux yeux de leurs parents. Mais la plupart de ces enfants vont en fait privilégier le fait de s'astreindre à être les moins dérangeants possible afin d'éviter à leurs parents plus de soucis. Une sorte de tabou s'installe autour du handicap et les enfants vont consciemment ou non restreindre leur expressivité et garder leurs ressentis pour eux, ce qui, nous le verrons plus loin, risquera d'avoir un impact néfaste dans leur construction psychique et leur sociabilité. (Ringler, 2004).

3.1.2. Un quotidien réorganisé

L'arrivée d'un enfant handicapé dans un foyer suppose également une modification de celui-ci. La temporalité de la famille va se réorganiser autour de cet enfant. Nous l'avons vu, le temps que les parents consacraient à chaque enfant va avoir tendance à être modifié, réduit. Nous pouvons par exemple supposer que les temps de jeux individuels s'effaceront pour laisser plus de place aux temps collectifs, de jeux certainement par moment, mais principalement de soins. Ces temps fonctionnels, essentiels, peuvent être plus difficilement réduits au profit d'un autre enfant. L'organisation temporelle de la famille va également être rythmée par les différents rendez-vous médico-sociaux auxquels l'enfant, ses parents, et parfois ses frères et sœurs devront se rendre.

Selon le type de pathologie de l'enfant, l'espace va également être réorganisé. La maison familiale pourra accueillir du matériel plus médicalisé, des appareillages qui modifieront les repères spatiaux sécurisants de la fratrie et leurs refléteront un vécu plus ou moins anxiogène, marquant davantage la fragilité et la différence de leur frère ou de leur sœur.

3.2. Une relation fraternelle différente

Tous les frères et sœurs vont précocement créer des liens riches entre eux, construire leurs propres relations, mais, lorsque le handicap est présent, la création de ces liens est différente, et la relation qui en découle également.

3.2.1. Les difficultés à la création de la relation fraternelle

M. RINGLER (2004) décrit que l'attitude des parents va venir conditionner en partie cette rencontre. Certains parents considèreront l'enfant trop déficient pour pouvoir être en sécurité dans les interactions avec ses frères et sœurs. Cette attitude surprotectrice pourra constituer un obstacle en plus dans la création des premiers liens fraternels. De même que contraindre l'enfant à aller vers son frère présenté comme différent, pourra avoir comme effet de l'en éloigner.

La relation fraternelle devra également s'adapter au type de déficience dont sera porteur l'un des deux acteurs.

Dans certains types de pathologies comme la trisomie 21, le syndrome polymalformatif ou encore le syndrome d'Angelman, on observe une expression physique du handicap. La différence est marquée sur le corps, le visage de l'enfant. Or, nous avons pu voir comme les relations fraternelles mettent continuellement en jeu les processus identificatoires. Ainsi il est probable que l'enfant bien-portant ait des difficultés à s'identifier à son frère si différent de lui. Ce frère, supposé être l'un des modèles les plus proches de ressemblance, a une apparence qui renvoie une image étrange, un miroir presque inquiétant qui va venir toucher l'enfant dans l'image inconsciente qu'il a de lui-même et dans sa construction identitaire. Selon S. KORF-SAUSSE : « *Entre frères et sœurs se jouent des identifications en miroir, qui sont mises à mal par la survenue d'un handicap. Difficulté à se reconnaître et peur de se ressembler se conjuguent pour altérer la relation spéculaire et lui conférer parfois un caractère menaçant.* » (Korff-Sausse, 2008, p.140). Le reflet du corps de l'enfant abîmé va donc être un facteur qui viendra modifier la rencontre et la relation tissée entre cet enfant et sa fratrie.

Dans d'autres types de pathologie, ce sont les fonctions sensorielles de l'enfant qui vont être mises à mal et auxquelles les frères et sœurs vont être confrontés dans la construction de leur relation. Dans le cadre d'un petit enfant atteint d'une déficience visuelle ou auditive, c'est la dimension de communication qui rend moins accessible la relation à l'autre. Les enfants de la fratrie vont alors devoir passer par d'autres canaux sensoriels. Ces deux types de pathologie vont mettre en jeu la communication corporelle.

Lorsque c'est la fonction visuelle qui est atteinte, les enfants vont pouvoir communiquer vocalement mais d'une manière générale, surtout avec un petit qui n'aurait pas encore développé le langage, le toucher sera une composante essentielle dans les interactions.

Lorsque la fonction auditive est atteinte les enfants pourront utiliser le canal visuel pour interagir avec celui-ci. Notamment en se saisissant du langage des signes, moyen de communication privilégié dans la communauté sourde, que les enfants entendants prennent souvent beaucoup de plaisir à apprendre. Mais la mise en place de ce moyen de communication nécessite un temps d'apprentissage et le toucher pourra être un outil interactionnel clé pour la relation. Dans ces deux cas de figure nous pouvons noter l'importance de la « *fonction de communication* » (Giromini et al., 2011, p.341) du corps dans la rencontre.

L'une des formes de communication corporelle qui pourra constituer un réel appui à la relation fraternelle est le dialogue tonique décrit initialement par J. DE AJURIAGUERRA à propos duquel E. PIREYRE écrit que :

« *Lorsque nous constatons des tensions ou des variations toniques, même faibles, chez autrui, notre propre corps réagit toniquement. S'installe alors, à notre insu et en retour, entre la personne et nous une forme de communication extrêmement pertinente et signifiante, forte et le plus souvent inconsciente.* » (Pireyre, 2015, p.106).

Ce moyen de communication constituera pour la fratrie un moyen de pallier les difficultés de communication imposées par le handicap. Il pourra même parfois, par sa dimension inconsciente, permettre aux fratries faisant face aux troubles interactionnels d'un frère ou d'une sœur, d'élaborer malgré cela des liens affectifs et une relation avec ce dernier.

3.2.2. La modification de la nature de la relation

Bien que la relation à ce frère porteur de handicap soit unique et dépendante de l'identité des enfants qui y prennent part, certains points communs dans la nature de ces relations peuvent être relevés. N. BOUCHER et M. DEROME (2008) rapportent que bien souvent, le frère ou la sœur bien-portant va adopter une attitude de soignant

envers son pair porteur de handicap. Cette posture pourrait être expliquée par l'attitude de surprotection de certains parents qui va véhiculer l'image d'un frère ou d'une sœur fragile auprès des autres enfants, qui par mimétisme adopteront le comportement parental. Ce phénomène de parentification, qui dénature la relation fraternelle « classique » est généralement attribué aux enfants aînés de la famille. Mais lorsque le premier-né est l'enfant qui présente une déficience, la relation soigné-soignant peut-être difficilement vécue d'une part par cet enfant à qui le cadet va substituer son rôle de modèle et le renvoyer à sa fragilité et d'autre part, par le cadet qui pourra ressentir de la culpabilité d'enlever malgré lui ce rôle de modèle à son aîné. (Ringler, 2004). Cette modification des rôles et de la nature des relations au sein de la fratrie participera à l'impact du handicap sur la construction identitaire des frères et sœurs.

3.3. Une construction identitaire sous l'influence du handicap

Un enfant va construire son identité sur la base de toutes les expérience affectives, émotionnelles et relationnelles qu'il va faire.

3.3.1. La souffrance de la différence

Dans le cadre de leur étude portant sur les conséquences du handicap dans la construction identitaire des frères et sœurs d'enfants atteints de myopathie, N. BOUCHER et M. DEROME (2008) rapportent que ces enfants présentent souvent un narcissisme fragile. Ils ont tendance à s'estimer moins intéressants et compétents que les autres enfants de leur âge. Beaucoup d'entre eux auront tendance à évoquer leur perception d'eux-mêmes en la rapportant automatiquement à leur pair différent et à leur relation à celui-ci. Cela pourrait s'expliquer par la perturbation des mécanismes d'identification en jeu dans les relations fraternelles qui a pour conséquence une mise à mal de la construction identitaire de l'enfant. M. RINGLER (2004) rapporte cette inhibition du narcissisme à la honte ressentie par ces enfants qui, par la différence de leur frère ou de leur sœur se sentent eux-mêmes différents dans le regard des autres. La curiosité et l'incompréhension d'autrui face à la singularité de ce frère, d'autant plus accentuées quand le handicap est physiquement perceptible, leur renvoient un sentiment de solitude dans lequel certains peuvent plus ou moins s'enfermer.

3.3.2. La culpabilité et la réparation

D'autres enfants, face au sentiment d'abandon de la part de leurs parents et à leur préoccupation envers ce frère, pourront ressentir de la jalousie pouvant aller jusqu'à exprimer l'envie d'être lui aussi porteur de handicap (Scelles, 2010). Mais il s'agit d'une période passagère présente en général chez les jeunes enfants. Ce sentiment laissera place à la culpabilité éprouvée par une majorité de frères et sœurs de personnes en situation de handicap : celle d'être bien-portant alors que son frère, son semblable doit vivre avec le poids d'une déficience. Cette culpabilité engendrera un besoin de réparation que M. RINGLER définit comme « *une tentative de réparer l'irréparable, une manière de payer sa dette de normalité vis-à-vis du pair désavantagé ou encore la mission implicitement – ou explicitement – transmise par les parents.* » (Ringler, 2004, p.142). Ainsi, ils adopteront une posture protectrice envers ce frère ou cette sœur et orienteront leur relation à celui-ci sur un mode soignant-soigné.

Vis-à-vis de leurs parents, ces enfants auront tendance à pousser le trait de l'enfant « normal » vers l'enfant « parfait » ne se sentant pas légitime de faire des vagues ou d'imposer une situation problématique de plus à leur famille. Ils s'imposent alors la lourde tâche de réussir à tout prix. M. RINGLER (2004) souligne d'ailleurs que ce sentiment de réparation les suit tout le long de leur vie puisque de nombreux frères et sœurs de personnes handicapées choisissent une voie professionnelle tournée vers le milieu médical ou social. Cette constatation est complétée par N. BOUCHER et M. DEROME (2008) qui décrivent que ces enfants qui grandissent en présence de handicap ont tendance à développer des qualités sociales certaines : empathie, ouverture d'esprit, tolérance, solidarité etc.

Nous avons pu décrire les différentes façons dont le handicap du jeune enfant pourra venir toucher la fratrie. L'enfant déficient est au cœur de ces problématiques et sera inévitablement impacté par celles-ci. Or il doit également apprendre à se développer au mieux malgré les difficultés imposées par le handicap. Aussi, venir en aide à ce bambin nécessite également de s'assurer de la stabilité et de la qualité de l'environnement dans lequel il va évoluer.

III. La psychomotricienne en petite enfance

Autour du jeune enfant porteur de handicap, c'est toute une équipe pluridisciplinaire qui va se mettre en place. Parmi celle-ci, on trouvera une équipe médicale, une équipe éducative selon les cas de figure, et une équipe paramédicale composée notamment de kinésithérapeutes, d'orthophonistes, de psychologues, mais aussi de psychomotriciens. Mais que désigne réellement cette dernière profession qui contrairement aux autres disciplines ci-avant, demeure encore généralement méconnue du grand public ?

1. Généralités sur la psychomotricité

La psychomotricité est une jeune profession dont le père fondateur est J. DE AJURIAGUERRA (1911-1993) qui permettra la création d'un diplôme d'Etat de psychorééducateur en 1974. Ce diplôme deviendra presque vingt ans plus tard diplôme d'Etat de psychomotricien. Les praticiens ne seront reconnus comme auxiliaires de médecine qu'en 1994. (Ballouard, 2008). Mais alors, plutôt *psycho* comme un psychologue ou bien *moteur* comme un kinésithérapeute ?

En fait, si le mot de psychomotricien est composé de ces deux termes, c'est bien parce que du point de vue de la profession, ils ne sont pas opposables mais au contraire, très clairement intriqués. Le psychomotricien va aborder son patient selon une approche holistique, dans sa globalité. « *l'homme* est *son corps [...] et non pas l'homme* et *son corps.* » (Coste, 1989, p.6).

Pour cela, le psychomotricien qui intervient auprès d'enfants et adultes de tous âges, sous prescription médicale uniquement, va réaliser une évaluation psychomotrice. Celle-ci est composée de différents tests qui évalueront des items psychomoteurs comme : le schéma corporel, l'image du corps, la sensorialité, les capacités cognitives et relationnelles, l'espace et le temps, le tonus, la motricité fine et globale et bien d'autres encore. Le praticien va naturellement adapter son évaluation en fonction de son patient. Elle lui permettra de déterminer les différents troubles qui vont altérer le fonctionnement de la personne et son adaptation à l'environnement, afin de pouvoir élaborer un projet thérapeutique ajusté à son patient dans sa globalité.

Il proposera ensuite à celui-ci des séances groupales ou individuelles selon ses besoins et abordera chaque problématique en mettant le corps du patient en jeu à l'aide de médiations appropriées comme le jeu, la relaxation, la danse, le mime, la balnéothérapie etc. Ces séances nécessiteront de la part du psychomotricien un investissement psychique et corporel essentiel et une attention particulière portée à la relation avec son patient.

Dans le décret n°88-659 de la loi du 6 mai 1988 qui légifère les compétences attribuées aux psychomotriciens, nous pouvons constater que les domaines d'action de la profession sont divers et nombreux. Cependant, un psychomotricien exerçant en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ne rencontrera pas la même population ni les mêmes problématiques qu'un psychomotricien en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou encore en CAMSP, structure dont nous ferons plus précisément état dans la partie suivante. Nous allons à présent porter notre attention sur les champs d'action et les rôles attribués au psychomotricien dans ce type d'établissement, et plus généralement en petite enfance.

2. Agir précocement

C. POTEL BARANES (2019) conçoit la psychomotricité en général comme une discipline qui va s'intéresser aux prérequis indispensables à la construction d'un individu. En effet, il est assez fréquent que dans certains troubles, le psychomotricien propose à son patient une régression psychomotrice afin de lui faire vivre une étape de son développement qu'il n'aurait pas, ou que partiellement acquise. Le manquement à cette étape a fragilisé les bases sur lesquelles cet individu s'est construit et pourrait être à l'origine des troubles développés par le patient.

C. PAVOT LEMOINE (2018), rejoint le point de vue de C. POTEL BARANES en concevant de façon imagée le développement psychomoteur comme un jeu de construction au sein duquel chaque cube correspondrait à un aspect du développement. Chacune de ces pièces reposerait les unes sur les autres pour former un tout. Aussi, lorsque l'une de ces pièces est défaillante, c'est toute la structure qui est ébranlée. Le psychomotricien dans cela viendrait agir pour remodeler, renforcer

ces failles et permettre au tout, ici l'individu, une cohérence. Cette conception nous montre l'importance de bases solides pour la construction chaque être humain. C'est pourquoi l'on retrouve un grand nombre de psychomotriciens dans les structures de petite enfance. Par leur capacité à interpréter les manifestations corporelles du tout-petit et à les mettre en lien avec leurs connaissances précises du développement psychomoteur, ils vont permettre d'agir précocement pour offrir au jeune enfant la possibilité de développer des soubassements suffisamment stables pour sa construction personnelle. C'est en fait ce qui caractérise l'action de prévention de la psychomotricienne à propos de laquelle C. PAVOT LEMOINE écrit « *La prévention est un pari d'avenir. C'est faire le choix d'investir sur une action précoce, riche, active et accessible à tous, pour un développement durable sur le plan humain.* » (Pavot-Lemoine, 2017, p.131)

Pour mieux comprendre les différents paramètres sur lesquels le psychomotricien agit dans sa démarche préventive, nous pouvons nous appuyer sur la schématisation en triangle de l'approche psychomotrice proposée par C. PAVOT LEMOINE.[3] A chaque pôle de ce triangle on trouve un des trois éléments qui vont permettre à l'enfant de se construire : son équipement initial, les expériences qui lui seront offertes par son environnement et sa sécurité affective. Ces sommets représentent les piliers indispensables à la construction de l'enfant et exercent une influence réciproque les uns sur les autres. Si l'un de ces éléments se trouve fragilisé c'est l'équilibre entier de la toile qui est mis en péril. Alors qu'un bon ajustement de chacun de ces points permettra aux autres de trouver leur stabilité et au tout de se renforcer.

Ainsi, dans le cadre du handicap du jeune enfant où c'est l'équipement de base qui est affaiblit, le psychomotricien tentera de pallier cette fragilité en renforçant les deux autres pôles que sont les expériences offertes par l'environnement et la sécurité affective. Au cours des séances, il proposera à l'enfant des stimulations psychomotrices pour lui permettre d'éprouver son corps, sa sensori-motricité, sa régulation tonique, ses capacités de manipulation et de coordination... Il veillera à instaurer un cadre sécure au sein duquel l'enfant pourra, à son rythme, expérimenter les différentes propositions en se sentant soutenu et accompagné.

Mais, comme nous a dit D.W. WINNICOTT, « *Un bébé seul, ça n'existe pas*. » (1969, p. 198-202). En effet, le bébé au début de son existence ne se différencie pas de ses

[3] *Conf. Infra,* Annexe I p. I

parents, ce sont eux qui vont assurer les soins et la continuité de l'existence de ce petit. Ils sont donc des éléments indispensables de la prise en charge de l'enfant. C'est par eux que la sécurité affective de l'enfant va s'établir et ce sont également eux qui, en dehors des séances de psychomotricité, vont assurer la stabilité de l'environnement du tout-petit. Cependant, pour assurer cette sécurité relationnelle nécessaire à l'enfant, il faut que les parents eux-mêmes se sentent sécures. Or nous avons pu voir les chamboulements entraînés par le handicap sur la fonction parentale. C'est pourquoi le soutien à la parentalité va constituer une dimension essentielle dans le suivi de l'enfant et une fonction à part entière du psychomotricien en petite enfance.

3. Le soutien à la parentalité

Souvent lorsque nous évoquons la prise en charge d'un enfant dans une structure de soin en petite enfance, nous ne parlons pas seulement du suivi de l'enfant mais bien du suivi de la famille entière : l'enfant, ses parents et sa fratrie si frères et sœurs il y a. Mais C. PAVOT LEMOINE (2017) émet une réticence quant au terme de « suivi » qui sous-entend que le thérapeute agit toujours après. Cela va à l'encontre de la démarche de prévention dans laquelle ces professionnels s'inscrivent. Il ne s'agit pas non plus de « guider », terme qui implique davantage une position d'instructeur, de meneur, qui laisse les parents au second plan, les faisant apparaître moins compétents. Selon la psychomotricienne, c'est le terme « accompagner » qui semble le plus juste. Être à coté de, soutenir, étayer, qu'implique cet accompagnement des familles, des parents ?

Tout d'abord il faut rencontrer ces « *parents en porcelaine* » comme C. ARNAUD (2005) les nomme. Si par ce terme elle désigne les parents d'enfants prématurés, il peut tout aussi faire écho aux parents qui doivent faire face au handicap de leur tout-petit et sont soudainement fragilisés dans toutes leurs représentations. Il faut alors tenter de recoller ces morceaux brisés de leur identité de parent, mais pour cela il est essentiel de s'assurer que cette reconstruction se fasse sur des bases solides. Les fondations d'un travail vertueux en psychomotricité vont donc résider sur l'alliance thérapeutique créée entre ces parents et le psychomotricien.

Selon A. BIOY et M. BACHELART « *L'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés.* » (2010, p.317).

Souvent, le psychomotricien fait face à des parents qui ont vu leur enfant subir toutes sortes d'examens et de soins techniques auxquels ils n'ont pu prendre part. Cela a pu renforcer leur sentiment d'impuissance et d'étrangeté face à ce dernier. Alors, les accueillir en prenant en compte leur histoire et en les considérant comme un partenaire de soins à part entière, va progressivement permettre de créer cette alliance thérapeutique essentielle et de contribuer petit à petit à aider ces parents en porcelaine à devenir parents étayants. M.O. LIVET et I. GAMBINI (2008) évoquent l'image d'un *holding* exercé par les professionnels autour de ces familles fragilisées par le handicap.

Dans ce travail d'accompagnement, le psychomotricien va se placer dans une position d'écoute des parents, des sentiments exprimés, de leurs doutes, leurs questionnements, sans jugement. Il va ensuite pouvoir tenter de leurs donner des éléments de réponse, mais souvent, il privilégiera une co-construction de la solution avec les parents. Cette démarche permettra de renforcer leur sentiment d'être compétent dans leur rôle parental.

En mettant le corps de l'enfant en mouvement par le jeu et les différentes stimulations, le psychomotricien va mettre des mots sur le vécu corporel de ce dernier. *« Les interventions des psychomotriciens peuvent se situer dans ce champ où un tiers vient ouvrir d'autres manières de faire et de parler corporellement.* » (Potel Baranes, 2019, p.204). En effet, parfois les parents se sentent démunis face à cet enfant différent. Peu sûrs d'eux, ils peuvent avoir des difficultés à oser interagir, jouer avec lui. Le psychomotricien vient alors se placer en médiateur de la relation pour leur permettre cette rencontre et surtout leur faire découvrir l'étendue des potentialités de leur enfant.

V. JUNKER parle « d'*offrir aux familles un lieu qui ne soit pas encore celui de la rééducation mais, en amont, un moment où l'on peut découvrir ensemble les capacités de l'enfant : ses capacités motrices mais aussi de communication. Ce regard différent sur l'enfant peut l'aider à ne pas être seulement un enfant handicapé à rééduquer.* » (Junker, 2008, p. 246).

A leur rythme le père et/ou la mère se sentant plus confiants et plus sécures dans leurs compétences parentales, vont pouvoir, par des mouvements d'imitation du psychomotricien, faire preuve de plus en plus d'investissement corporel dans les jeux partagés avec leur petit. Cela aura pour effet de renforcer leur relation à ce dernier,

d’enrichir les interactions précoces et par conséquent de renforcer la sécurité affective du jeune enfant.

Nous pouvons retrouver ici le triangle d’influences réciproques, évoqué par C. PAVOT LEMOINE (2017), entre l’équipement de base de l’enfant, sa sécurité affective et les expériences offertes par l’environnement. L’étayage à la parentalité va participer à préserver la qualité vertueuse de ce cercle d’influences réciproques, malgré l’ébranlement d’un des pôles.

En renforçant la confiance du couple en leurs compétences parentales, c’est sur le développement de l’enfant que le psychomotricien va agir. En effet, plus sereins, ils seront plus à même de percevoir leur enfant avec ses limites, certes, mais surtout avec ses capacités. Leur faculté à répondre de manière adaptée à ses besoins en lui proposant un environnement suffisamment stable et stimulant s’en trouvera également améliorée.

De la même manière, nous pouvons estimer que l’apaisement des parents permettra une solidification de la fonction parentale d’une manière générale. Ces derniers pourront alors se montrer étayants pour l’ensemble de leurs enfants, pour la fratrie. A l’image du psychomotricien en séance, ils pourront se placer eux-mêmes comme un tiers faisant du lien entre les frères et sœurs et permettant un épanouissement de la fratrie touchée par le handicap de l’un de ses membres.

Tout au long de cette première partie, nous avons étudié le fonctionnement de la cellule familiale ainsi que son importance dans les processus développementaux des enfants. Nous avons aussi pu constater comme le handicap d'un membre de la fratrie va engendrer d'importantes conséquences sur cette organisation familiale mais également sur chacun des membres qui la composent. Les conséquences les plus préoccupantes sont celles qui vont s'opérer sur la jeune fratrie puisqu'elle est composée d'enfants en pleine construction qui ont besoin de pouvoir s'appuyer sur des repères stables. Cette stabilité est normalement assurée par leurs parents, mais ceux-ci, généralement bouleversés par les difficultés de leur petit, peuvent alors avoir parfois besoin d'une aide.

Cet accompagnement peut être en partie assuré par le psychomotricien qui en considérant son patient sous une approche globale, va prendre en compte ceux qui entourent l'enfant au quotidien : sa famille. En rassurant les parents dans leurs capacités à endosser leur rôle, il permettra d'aider la famille à trouver un équilibre et ainsi d'agir pour son patient mais aussi indirectement pour la fratrie de celui-ci.

Si nous avons essentiellement traité des problématiques rencontrées par les frères et sœurs aînés de l'enfant en situation de handicap, nous savons que les enfants puînés pourront tout autant être impactés par la singularité de leur aîné et parfois d'une toute autre manière. Cependant ce sont de leurs grands frères qu'étaient accompagnés Mehdi et Nolan, les deux jeunes patients dont nous allons à présent faire la connaissance et qui ont nourri mes questionnements et mes réflexions pour ce mémoire.

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation du terrain clinique

1. Le CAMSP

J'ai rencontré les enfants dont je vais parler dans les parties suivantes, lors de mon stage long de troisième année que j'ai effectué tous les mercredis de l'année scolaire dans un CAMSP polyvalent.

« Ces centres ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges (0 à 6 ans) qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées. Ils exercent aussi, soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée, requis par l'état de l'enfant. »[4]

Les CAMSP ont donc un rôle de dépistage, de prévention, de soin, de soutien à la parentalité et de socialisation.

L'établissement où j'ai réalisé mon stage a une capacité d'accueil de 80 places et une file active de 220 enfants par an. En 2014, le délai d'attente pour que les patients, adressés en majorité par l'hôpital auquel l'établissement est relié, obtiennent un premier rendez-vous était de l'ordre de deux semaines et la mise en place d'un suivi comprenant des prises en charge régulières se faisait dans les quatre à six mois.

L'équipe pluridisciplinaire est composée d'une quinzaine de professionnels comprenant notamment : des médecins pédiatres, des psychologues, des psychomotriciennes, des orthophonistes, des éducateurs de jeunes enfants, une musicothérapeute et une assistante sociale.[5]

Le CAMSP se situe dans un quartier pavillonnaire calme. De l'extérieur il ressemble à une grande maison familiale sur trois niveaux, entourée d'un jardin dans lequel les enfants peuvent profiter d'un espace de jeu comprenant différentes structures telles

[4] Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 (annexe XXXII bis)
[5] Données issues du projet de service de l'établissement

qu'un toboggan, un tourniquet ou encore des balançoires à ressorts. Tout y est fait pour que les patients et leurs familles, ayant souvent fréquenté de multiples structures de soins pouvant renvoyer à un vécu difficile et anxiogène, puissent se sentir à l'aise en arrivant dans l'établissement.

Au rez-de-chaussée, la porte d'entrée débouche directement sur une grande salle d'attente à la décoration chaleureuse et de nombreux jouets et livres favorisant les possibilités pour les enfants de jouer entre eux ou avec leurs parents. On trouve à ce même niveau des sanitaires adaptés, le secrétariat, le bureau de la directrice administrative, un bureau médical, une salle de groupe et le bureau de l'assistante sociale.

En passant par les escaliers sécurisés ou l'ascenseur, nous découvrons une cuisine pour les professionnels de l'établissement, une salle de réunion, la salle de psychomotricité, le bureau du médecin pédiatre directeur technique, le bureau des psychologues et des sanitaires.

Le dernier étage du bâtiment est consacré aux locaux d'une Plateforme de Diagnostic Autisme de Proximité (PDAP) à l'exception d'une salle de groupe partagée avec l'équipe du CAMSP.

Le suivi des enfants est donc pluridisciplinaire et la majorité d'entre eux ont au minimum deux prises en charge hebdomadaires. Tous les jeudis l'équipe de l'institution se réunit afin de réaliser les synthèses des enfants et discuter des différents sujets relevés par les professionnels.

2. Le cadre des séances

Les séances de psychomotricité auxquelles j'assiste sont individuelles pour la majorité, bien que certaines puissent se faire en binôme. Elles ont lieu de neuf heures à dix-sept heures et durent quarante-cinq minutes.

Toutes les prises en charge de la journée se déroulent au premier étage, dans la salle de psychomotricité prévue à cet effet. En poussant la porte sur laquelle est accrochée la photo du professionnel exerçant ce jour, l'enfant découvre une pièce spacieuse et

lumineuse au sein de laquelle plusieurs espaces sont délimités. Il trouve sur sa droite, dans un coin de la salle, un lavabo et un tableau noir accroché au mur. En face de lui se situe une petite table où l'enfant peut réaliser des activités de manipulation. Enfin, sur sa gauche, il a accès à une zone consacrée aux activités motrices, composée d'une structure à laquelle l'enfant accède par des marches dépliables. Sur cette structure en moquette bleue avec une partie transparente, il y a une trappe que l'enfant peut ouvrir pour descendre en dessous. Un espalier est également présent dans cette partie de la salle. Le sol est recouvert de tapis, au mur se trouve un miroir. La salle est bien sûr équipée de tout le matériel (jeux, ballons, instruments de musique etc.) nécessaire pour les différentes activités proposées en séance.

Après avoir étudié la fonction et le champ d'action du psychomotricien en CAMSP, ainsi que le cadre théorique des séances, j'ai pu constater au cours de mon stage que la réalité amenait des situations nécessitant une adaptation de ce cadre et du rôle du psychomotricien. C'est le point commun des cas cliniques dont je vais faire état dans les parties suivantes.

Mehdi H. et Nolan B., sont deux jeunes patients aux pathologies très différentes mais ont tous deux un jeune grand frère âgé de cinq ans. Le mercredi étant un jour sans école pour eux et leurs mères respectives n'ayant pu trouver de solutions de garde, la psychomotricienne a alors accepté la présence de Sélim et Alexandre aux séances.

Ces deux situations peu communes, m'ont amenée à me poser de nombreuses questions et ont soulevé chacune des problématiques différentes.

II. A la rencontre de Mehdi, sa maman et son frère Sélim

1. Anamnèse

1.1. Contexte familial et social

Mehdi est un petit garçon né à terme le 18 janvier 2018 qui est atteint d'un syndrome polymalformatif. Il est le quatrième enfant de la fratrie composée de deux filles aînées de neuf et huit ans à la naissance de Mehdi et d'un garçon, Sélim, de deux ans et demi. Avant la naissance de ce dernier, madame H. a subi un épisode de mort fœtale in utéro (MFIU) au septième mois de grossesse ainsi qu'une fausse couche précoce avant la naissance de Mehdi.

La famille est d'origine algérienne et il y a une notion de consanguinité au second degré. De plus, la maman de Mehdi serait porteuse d'une anomalie chromosomique. C'est une famille d'un bon niveau socio-économique, monsieur H. est ingénieur et madame H. est mère au foyer ; elle s'occupe de Mehdi et Sélim à temps complet. Avant cela, son activité professionnelle consistait à garder des enfants.

1.2. Histoire de la grossesse, de la naissance et éléments médicaux.

La grossesse de Mehdi fait suite à une fausse couche précoce survenue l'année précédente. Elle est marquée par la découverte, à l'échographie du deuxième trimestre, d'une communication interventriculaire (CIV) périmembraneuse sans canal atrio-ventriculaire (CAV). De plus, tous les doigts du fœtus ne sont pas clairement identifiables. On note également la présence d'un diabète gestationnel traité par insuline.

Mehdi naît donc au terme de 41 semaines d'aménorrhée et 3 jours. La CIV est bien présente mais ne nécessite pas d'opération dans l'immédiat. On note une syndactylie 2-3 des deux mains avec présence d'un pouce, une anomalie des deuxièmes orteils et un colobome irien bilatéral. Au niveau visuel, les examens ophtalmologiques révèleront plus tard une myopie importante ainsi qu'une photophobie.

Il est donc adressé au CAMSP pour un suivi dans le cadre d'un syndrome polymalformatif et obtient son premier rendez-vous avec le médecin pédiatre de la structure à ses quatre mois.

2. Mehdi et le CAMSP

2.1. Premiers rendez-vous.

Suite à ses rendez-vous avec le médecin pédiatre, Mehdi débute son suivi en psychomotricité en juillet 2018, par des séances mensuelles de soutien à la parentalité. Il a alors six mois et vient accompagné de sa maman et de son frère Sélim, celui-ci ne pouvant rester seul à la maison.

A cette période, il présente un léger retard psychomoteur d'environ un mois, marqué par une hypotonie axiale importante. De plus, Mehdi est de petit poids et de petite taille pour son âge. Les objectifs des séances sont alors de favoriser les interactions entre Mehdi et sa mère, de donner à madame H. des clés pour soutenir son fils dans son développement et l'aider notamment à renforcer son tonus axial.

Les attentes de parents de Mehdi vis-à-vis du CAMSP sont d'apporter un éveil à ce dernier et de lui apprendre à « se débrouiller avec ses mains ». A partir d'octobre 2018 ces séances mensuelles de soutien à la parentalité ont laissé place à des séances de prise en charge individuelles, toujours en présence de madame H. et de Sélim, à une fréquence bimensuelle.

2.2. Ma rencontre avec Mehdi

A partir de septembre 2019, la fréquence des séances devient hebdomadaire. C'est à cette période que je rencontre Mehdi, alors âgé de vingt mois, ainsi que sa mère et son frère.

C'est un enfant qui, au premier abord, me paraît plus jeune que son âge du fait de sa petite taille, de son importante salivation et de son retard de développement qui semble s'être creusé par rapport à l'évaluation réalisée au début de sa prise en charge. Il ne

marche pas encore et se déplace sur les fesses avec la jambe droite tendue et la jambe gauche réalisant des mouvements de flexion/extension au sol pour tracter. Il montre une bonne tenue axiale bien que sa tête semble encore lourde à porter pour lui. Mehdi ne parle pas encore ; il répète des mots très simples comme « maman » ou « bateau ». Il semble plutôt intolérant à la frustration.

Son frère Sélim est assez présent au cours de la séance et n'hésite pas à solliciter sa mère ou ma maître de stage pour que l'on s'occupe de lui. Il peut à certains moments participer à la proposition de la psychomotricienne avec son frère, ou à d'autres, jouer seul. La maman de Mehdi quant à elle, semble être assez à l'écoute de la psychomotricienne et attentive au bien-être de ses enfants, mais montre une certaine passivité lorsqu'il s'agit de s'investir corporellement dans une activité avec son fils.

Le travail réalisé par la psychomotricienne pendant cette première séance s'articule principalement autour de jeux moteurs sollicitant le passage des positions assises à debout et inversement, ainsi qu'autour de jeux de manipulations à table pour permettre à Mehdi de gagner en aisance dans les activités de préhension, bien qu'il compense déjà très bien ses syndactylies.

2.3. Le suivi en psychomotricité de Mehdi

Après cette première rencontre, j'ai donc pu assister aux séances de psychomotricité de Mehdi tout le long de l'année. Sa présence est régulière, ses rares absences sont toujours justifiées, ce qui permet un suivi de qualité. Une bonne alliance thérapeutique s'est installée entre cette famille et la psychomotricienne.

Assez vite Mehdi montre une bonne progression de ses capacités motrices : en octobre il se lève seul avec appui en passant par le chevalier servant, et fin novembre, à vingt-deux mois, il fait ses premiers pas. On assiste à une véritable croissance globale de Mehdi qui m'apparaît très loin du tout-petit que j'avais rencontré deux mois auparavant.

Cependant, cette évolution s'accompagne d'une accentuation progressive de l'intolérance à la frustration dont il fait preuve. En effet, dès les premières séances, j'avais pu noter un certain nombre de crises comportementales de Mehdi face à un

refus ou une obligation exprimée par l'adulte, ou encore l'arrêt de certaines activités provoqué par la fin de la séance. Au fur et à mesure des séances, Mehdi a commencé à se mettre en colère par de forts cris, pleurs et parfois des mises en danger en se tapant la tête contre les murs à la moindre intervention de l'adulte dans son jeu pour y prendre part. Le jeu partagé est devenu très difficile pour ce dernier, qui préfère explorer seul.

Au même moment, Sélim s'est montré de plus en plus présent au cours des séances avec beaucoup de difficultés à parler sans hausser la voix, à canaliser son énergie, avec un non-respect des différentes consignes et un fort besoin d'attention de la part de l'adulte. L'atmosphère des séances s'est alors révélée dystimulante et source de déconcentration pour Mehdi. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

Sélim et Mehdi semblent montrer de bons liens d'attachement mais éprouvent des difficultés à jouer ensemble. Leur mère, qui à cette même période paraît très fatiguée, nous confie être assez démunie face à ses enfants qui n'acceptent aucune règle. Elle nous fait part d'une fratrie très individualiste avec beaucoup de difficultés à partager, à s'écouter, et au sein de laquelle chacun des enfants semble craindre que l'un ou l'autre de ses frères et sœurs s'empare de ce qu'il possède. Nous pouvons supposer que ce manque de cohésion au sein de la fratrie puisse être expliqué en partie par les obstacles à l'élaboration de liens fraternels que le handicap peut générer.

De plus, au cours de ces semaines, Mehdi a dû subir une opération chirurgicale de la main droite dans le but de lui permettre une pince plus efficace. Madame H. a bien entendu accompagné son enfant lors de son séjour à l'hôpital. Ainsi, bien que la psychomotricienne ait tenté de préparer cette opération par un jeu symbolique avec une poupée à qui l'on bandait la main, nous pouvons supposer que cette opération et l'absence de leur mère a pu générer une certaine anxiété et des incompréhensions chez les frères et sœurs de Mehdi. L'augmentation de leurs difficultés comportementales et de leur individualisme peut témoigner d'une tentative de la part de ces derniers de communiquer leurs affects à leurs parents.

Quant aux difficultés de cette maman à imposer un cadre à ses enfants, elles pourraient s'expliquer par ce que décrit P. SCIALOM (2004) : la peur qu'il observe régulièrement chez les parents que leur autorité envers leur enfant vienne mettre à mal l'amour que celui-ci leur porte. D'autant plus lorsque, comme madame H, ils sont potentiellement fragilisés dans leur identité de parent.

Face à cette situation, le rôle d'accompagnement parental de la psychomotricienne a pris tout son sens. Elle s'est d'abord placée en position d'écoute face au désarroi de cette maman, puis a tenté de lui donner des moyens de recréer une cohésion au sein de cette fratrie afin de rendre l'environnement de Mehdi propice à son bon développement.

Ces conseils consistaient essentiellement à prendre du temps pour s'investir psychiquement et corporellement dans un jeu partagé avec ses enfants. Avec chacun d'entre eux séparément mais aussi dans des activités communes comme la cuisine par exemple, où chaque enfant pourrait avoir un rôle bien défini par la maman ce qui les responsabiliserait et apporterait un cadre dans un projet où la fratrie apprendrait à collaborer. *« Dire non à son enfant, c'est donc dire oui à son désir de grandir, lui permettre d'accéder à une nouvelle étape de son développement. Et cela le rassure ! »* (Scialom, 2004, p.157)

Vers le milieu du mois de décembre, Mehdi est alors âgé de presque deux ans et a montré une bonne progression dans ses capacités, nous décidons alors, après réflexion avec sa maman, d'entamer le processus de séparation au cours des séances.

Dans un premier temps, nous débutons les séances à cinq puis Sélim et sa maman partent pendant une vingtaine de minutes et reviennent à la fin de la séance. Mehdi montre alors une capacité d'adaptation rapide face à ce changement ; sa réaction est tout à fait adéquate : après explication il dit au revoir à sa mère et à son frère, puis la séance se poursuit. Au cours de celle-ci, il verbalise une fois « maman » ce qui signifie qu'il a bien noté l'absence de cette dernière. Mais après que nous lui ayons expliqué les raisons de cette absence et son retour proche, Mehdi reste serein et reprend son activité.

Nous avons donc continué les séances ainsi un certain temps, puis vers le mois de janvier, la famille de Mehdi ne nous rejoignait qu'à la fin de la séance lorsqu'avec ce dernier nous les appelions. Nous avons tout de suite vu une différence au niveau de la disponibilité psychique et attentionnelle de Mehdi dès lors qu'il était seul avec la psychomotricienne et moi. Nous avons alors pu axer les séances sur le fait d'aider Mehdi à trouver du plaisir partagé, notamment au moyen de jeux symboliques avec des petits personnages et des voitures, sur plusieurs semaines. Au départ, il refusait totalement que l'on prenne une des voitures pour jouer avec lui et se mettait très en colère en fixant l'objet jusqu'à ce qu'on le lui rende. Il n'y avait pas de demande et pas

de regard vers l'adulte, seulement des pleurs et des cris. Puis progressivement, nous sommes arrivées à prendre chacune une voiture, Mehdi qui restait principalement dans son jeu seul a commencé à s'intéresser au jeu de rôle que la psychomotricienne et moi étions en train de faire. Après de nombreuses sollicitations de notre part, il venait par moment dans notre jeu.

A l'heure actuelle, le jeu partagé est encore un peu difficile pour Mehdi mais les moments de partage se font plus réguliers et les crises de frustration moins fortes et de plus en plus rares.

Tout au long de ce suivi j'ai pu observer l'impact de l'environnement familial de cet enfant sur ses problématiques notamment comportementales. En effet, par comparaison avec les séances réalisées en présence ou non de son frère, j'ai pu voir que les crises de frustration de notre patient avaient nettement diminué lors de la deuxième partie du suivi.

Cependant, pour que le travail réalisé en séance conserve son bénéfice, le travail d'étayage à la parentalité est essentiel. Ce sont les parents qui vont permettre de faire du lien entre ces enfants et d'installer une dynamique familiale favorable à l'épanouissement de chacun. La fratrie est inévitablement impactée par le handicap et il est alors essentiel que chacun puisse trouver sa place.

La place de Sélim au cours des séances de psychomotricité de son frère est difficile à trouver pour un enfant de cinq ans, il est donc de notre rôle avec l'aide de sa maman de le guider vers la juste attitude à adopter, pour que Mehdi puisse bénéficier d'un suivi thérapeutique de qualité.

III. A la rencontre de Nolan, sa maman et son frère Alexandre

1. Anamnèse

1.1. Contexte familial et social

Nolan est un petit garçon né le 5 août 2018. Il est le premier enfant du couple. Cependant, son papa, d'origine algérienne, a deux enfants issus d'une précédente union, qui ne vivent pas au domicile familial. Sa maman, d'origine espagnole lointaine, a également un fils de trois ans et demi : Alexandre. Monsieur et madame B. ont un emploi fixe. C'est une famille recomposée avec un niveau social de classe moyenne.

1.2. Histoire de la grossesse, éléments anténataux et naissance

La grossesse se déroule sans encombre. Cependant, l'observation d'une ensellure nasale marquée est faite lors de l'échographie morphologique du deuxième trimestre, ainsi que la découverte de kystes des plexus choroïdes bilatéraux à la troisième échographie.

Nolan, né à terme, est transféré quelques heures plus tard en néonatalogie pour détresse respiratoire ayant nécessité quatre jours de ventilation non-invasive et d'oxygénothérapie. Le diagnostic de trisomie 21 est rapidement posé après la naissance et est très difficilement vécu par le papa de Nolan. Les différentes échographies cardiaques et abdominales ne montrent aucune anomalie ; le bilan thyroïdien et l'examen des hanches sont normaux. Sur le plan auditif, les potentiels évoqués auditifs (PEA) sont présents de façon bilatérale. L'examen ophtalmologique est en attente.

2. Nolan et le CAMSP

2.1. Premiers rendez-vous

Nolan vient pour la première fois au CAMSP en octobre 2018, accompagné de ses parents qui expriment le désir d'une prise en charge précoce pour aider leur enfant à devenir le plus autonome possible. Il a bénéficié de quatre séances de psychomotricité en hospitalisation à domicile (HAD) et d'un suivi hebdomadaire en kinésithérapie neuromotrice et ostéopathie en dehors du CAMSP.

Il leurs est alors proposé un suivi mensuel en guidance psychomotrice qui débutera en novembre 2018, ainsi qu'une présence au groupe « accueil » du CAMSP animé par une psychomotricienne et une psychologue de l'établissement, tous les quinze jours. Ce groupe a pour but de pouvoir accueillir le plus rapidement possible les familles en attente de prises en charge au CAMSP en leurs proposant un temps d'échange et de jeux avec leurs enfants et d'autres parents/enfants, guidés par les professionnels et ainsi débuter un suivi précoce malgré la liste d'attente de l'établissement.

2.2. Temps d'accompagnement parental

Ma maître de stage a donc débuté les séances d'accompagnement parental en novembre 2018 avec Nolan, madame B. et Alexandre son grand frère de trois ans et demi, pour lequel sa maman n'a pas trouvé de solution de garde le mercredi. Ce temps d'étayage à la parentalité permet un enrichissement des interactions précoces mère-bébé essentielles au bon développement de l'enfant, et pouvant être mises à mal lorsque le handicap est présent.

L'alliance thérapeutique s'est rapidement mise en place avec la maman de Nolan qui est plutôt attentive et en demande de conseils de la part de la psychomotricienne. C'est une maman adaptée et impliquée dans la prise en charge de son fils. Pour l'instant, elle dit ne pas noter de différences majeures dans le développement de Nolan par rapport à celui de son premier enfant. Elle ne paraît pas particulièrement inquiète et semble accepter assez facilement la situation. L'annonce du handicap a été beaucoup plus difficile à entendre pour monsieur, qui ne peut participer aux séances du fait de son emploi, mais qui reste très doux et attentif à son fils. Nous verrons plus tard que

le handicap reste un sujet difficile à évoquer pour cette famille puisque Alexandre n'a à ce jour pas encore connaissance de la trisomie de son petit frère.

En janvier 2019, la psychomotricienne rédige un premier bilan pour Nolan qui a alors cinq mois et demi. C'est un bébé calme, souriant, attentif et bien en relation qui ne présente qu'un léger retard dans les acquisitions selon l'évaluation réalisée du Brunet-Lézine. A cette période, il montre une hypotonie axiale importante, une hypersalivation et une protrusion de la langue, ce qui est assez fréquent chez les patients porteurs de trisomie 21. Une plagiocéphalie pariétale droite est également notable.

De ce bilan, la psychomotricienne a pu tirer différents axes de prise en charge et conseiller la maman de Nolan quant aux différentes stimulations à lui proposer afin de l'accompagner au mieux dans son développement.

3. Les séances de psychomotricité

3.1. Ma rencontre avec Nolan

Nolan débute ses séances de psychomotricité hebdomadaires individuelles en septembre 2019, il est alors âgé de treize mois. Je commence à cette même période mon stage au sein de l'établissement. C'est un mercredi, il est onze heure et quart, nous allons chercher Nolan et sa maman dans la salle d'attente. Ils sont toujours accompagnés d'Alexandre qui est maintenant âgé de quatre ans et demi. Ils connaissent déjà tous bien la psychomotricienne qu'ils voyaient régulièrement en séance de guidance l'année précédente. Un réel lien de confiance s'est établi entre eux. Je reste pour ma part dans une posture d'observation pour les premières séances afin que les enfants puissent s'habituer progressivement à ma présence, qui ne semble pas perturber Nolan et sa famille.

Nolan est un petit garçon de type caucasien, châtain aux yeux bleu foncé et d'apparence assez soignée. Il présente un certain nombre de signes physiques caractéristiques des personnes porteuses de trisomie 21. Il a une face et une nuque plutôt plate avec des petites oreilles rondes, comme son nez. Ses yeux sont en amande avec présence d'épicanthus. On peut également observer un strabisme

convergeant ponctuel, qui s'accentue avec la fatigue et qui semble pouvoir apparaitre indifférentiellement à droite comme à gauche.

Nolan est supposé porter des lunettes depuis peu pour corriger ce problème, ainsi qu'une hypermétropie, mais il les accepte peu et a tendance à les retirer très vite. Il montre également une protrusion de la langue importante entraînant une salivation abondante. A mes yeux il paraît sensiblement plus petit que les enfants de son âge et a également de petites mains et de petits pieds.

Nolan est un enfant plutôt calme et souriant qui semble rentrer facilement en relation. Il s'intéresse beaucoup à ce que fait son frère qui se montre attentionné envers ce dernier. Il est plutôt réceptif et intéressé par les différentes propositions de la psychomotricienne à l'exception des jeux à table face auxquels il se montre opposant et à tendance à rapidement jeter les objets derrière lui. Pour cette première séance, il reste assez silencieux et fait très peu d'émissions vocales.

Au niveau du tonus, Nolan présente une hypotonie globale avec une hyperlaxité importante. Cependant, il est capable de recrutement tonique lorsqu'il veut agir. Il montre une hypertonie d'action au niveau des membres supérieurs.

Nolan se déplace en rampant de façon coordonnée, rapidement et efficacement. Il a acquis les retournements et est capable de passer de la position allongée à assise, et inversement, ainsi que de tenir assis sans appui. Il peut pousser sur ses pieds pour se mettre debout tenu par les mains, mais, dans cette position, il garde des jambes très raides et hypertoniques, ce qui bloque la flexion de genoux et donc les mouvements de marche.

3.2. Prise en charge de Nolan

Les séances de psychomotricité de Nolan sont en général séquencées en deux parties : une partie au sol pour travailler principalement la motricité globale et une autre à table, afin de réaliser un travail plus axé sur les manipulations et les coordinations. Les séances ont toujours lieu en présence de la maman de Nolan et d'Alexandre.

En motricité globale, un travail autour des Niveaux d'Evolution Motrice (NEM) est réalisé : Nolan a acquis les retournements ainsi que le ramper, mais la position à

quatre pattes et les mouvements de déplacement debout avec appuis sont encore très difficiles pour lui à cause d'un verrouillage des genoux. Ainsi, nous tentons au cours des séances de lui faire expérimenter la flexion, la détente et les appuis au niveau des genoux afin de faciliter l'apparition d'un mode de déplacement à quatre pattes et d'une meilleure aisance et tenue debout. Pour cela, la psychomotricienne utilise des jeux de assis-debout à l'aide de rondins en mousse, de dalles sensorielles et de jeux surélevés. Un travail au niveau de la solidification de l'axe, difficile à cause de son hypotonie toujours présente malgré des progrès notables, est également réalisé par des jeux d'équilibre sur une physioball notamment.

Dans la deuxième partie de la séance, Nolan est installé à une petite table à encoche qui lui permet d'être bien contenu et d'avoir une posture adéquate pour manipuler. Son niveau de jeu est encore essentiellement sensori-moteur, avec une exploration buccale prédominante et surtout un intérêt assez restreint pour les différents objets qu'il a tendance à taper entre eux puis à jeter au sol très rapidement. Ainsi, par des jeux simples d'échanges, de plaisir partagé, de transvasement (très simple), d'imitation, de lecture de livre etc., nous tentons d'aider Nolan à accéder à un niveau de jeu plus élaboré et un plaisir d'être actif dans les activités. La fierté qu'il exprime lorsqu'il parvient à un but est un bon indicateur des capacités de progression de Nolan, sur lesquelles nous nous appuyons.

Un troisième axe de prise en charge avec cet enfant se situe au niveau de l'oralité. Sa protrusion de langue entraînant une salivation excessive, ainsi que son retard de langage, sont travaillés via des jeux d'imitation et de bruits de bouche associés à des stimulations péribuccales à l'aide de brosses sensorielles. Ces dernières sont réalisées par sa maman au domicile ou parfois en séances avec la psychomotricienne.

Un dernier travail au versant plus éducatif fait également partie intégrante de cette prise en charge. En effet, Nolan n'a pas conscience du danger, il peut parfois se mettre dans des situations périlleuses, comme lorsqu'il entreprend la descente de marches en avant par exemple. La psychomotricienne marque et verbalise alors ces instants, tout en veillant à la sécurité de l'enfant, pour que Nolan prenne peu à peu conscience du risque. Cela s'inscrit également dans l'accompagnement parental pour aider sa maman qui peut avoir tendance à rire facilement des acrobaties de son fils, à réagir de façon adaptée à ce type de situations.

Ce travail d'accompagnement s'articule aussi autour du rôle de la maman dans la relation de ses deux enfants. Alexandre et Nolan ont une relation très proche et jouent beaucoup ensemble, ce qui est un atout sur lequel nous nous appuyons pour les séances. Alexandre est un grand frère très protecteur et attentionné envers son frère et Nolan vient spontanément jouer et s'amuser avec lui. Une atmosphère sereine et stimulante se dégage de ces séances et la présence d'Alexandre vient régulièrement enrichir les différentes activités proposées à Nolan. Ainsi, nous favorisons les échanges entre les deux frères, par des jeux partagés ou encore des jeux d'imitation, qui permettent à Nolan d'apprendre en se basant sur son envie de faire comme son grand frère et de donner à Alexandre un réel rôle dans les séances, tout en soutenant leurs liens d'attachements fraternels.

Bien entendu, Alexandre n'a pas su trouver cette juste attitude seul, comme tous les jeunes enfants, il peut tenter par moment de sortir du cadre posé. C'est la maman qui, par un juste équilibre de l'attention portée à ses deux enfants, permet à chacun d'eux de se sentir sécure au cours des séances. Le rôle de médiateur du parent au sein de la fratrie est primordial.

Cependant, Alexandre n'a pas connaissance du handicap de son petit frère ; les parents ont décidé de lui en parler lorsqu'il leur posera la question. Or, avoir un frère ou une sœur porteur de handicap n'est jamais une situation anodine et peut engendrer énormément de questionnements et de conflits intrapsychiques qu'il est nécessaire d'accompagner tout le long de la vie de ces enfants.

Dans la famille, le sujet du handicap de Nolan n'est que très peu évoqué du côté paternel. L'acceptation de la trisomie 21 a été très difficile pour monsieur B. et bien qu'ils fréquentent régulièrement les grands-parents paternels de Nolan, il semblerait que l'anomalie chromosomique n'ait jamais été évoquée avec eux. Les enfants de monsieur B. issus d'une première union connaissent le handicap de leur petit frère, mais, domiciliés chez leur maman, ne le voient que très peu. Avec ma maître de stage, nous avons donc constaté que la question de la trisomie 21 de Nolan n'était pas forcément évidente à aborder dans cette famille.

La situation de Nolan n'a pas été énoncée clairement à Alexandre, or, les rendez-vous au CAMSP, le physique de Nolan, le comportement des parents vis-à-vis de ce dernier etc. sont autant d'éléments qui peuvent amener Alexandre à se questionner quant à la particularité de son petit-frère. Alexandre étant âgé de presque cinq ans et ne

montrant pas de retard psychomoteur spécifique, il a donc traversé un certain nombre d'étapes du processus d'individuation : prise de conscience de soi, séparation de la mère, phases pré-œdipienne et œdipienne qui aboutissent à la capacité de se comparer aux autres, de percevoir la différence chez l'autre, et donc chez son petit frère.

« Ce n'est que lorsque l'enfant acquiert les différenciations liées au masculin et au féminin, et au fait d'être grand ou petit, que l'altérité de ses camarades aura un sens pour lui, et pourra par conséquent générer de l'angoisse. » (Korff-Sausse, cité par Lapeyre, 2007, p.117)

Alexandre n'étant pas notre patient on peut se demander pourquoi en tant que stagiaire et psychomotricienne il nous paraissait important d'agir sur cette problématique. En étudiant la situation de Mehdi dont j'ai fait état précédemment, j'ai pu constater l'impact que pouvait avoir le comportement de la fratrie sur notre patient. Ainsi, pour faire perdurer l'environnement adapté dont Nolan bénéficie, le bien-être d'Alexandre est nécessaire.

Mais comment agir ? C'est en effet exclusivement aux parents d'Alexandre que revient le choix du moment et de la manière de lui expliquer le handicap de Nolan.

Cette situation implique alors une démarche d'accompagnement des parents, en respectant leur temporalité tout en veillant à ne pas les déposséder de leur fonction. M. PAUL écrit à ce propos, « *le fondement de l'accompagnement, c'est de ne pas se substituer à autrui, car la première nuisance est de se substituer à l'autre ; penser, dire, faire à sa place. Cette substitution est une négation de l'autre en tant qu'autre* » (cité par Collin-Betheuil, 2019, p.69). Cela sous-tend qu'une fragilisation de la fonction parentale par la psychomotricienne entraînerait une fragilisation de l'alliance thérapeutique et donc de la qualité de prise en charge de l'enfant.

Ainsi, au cours d'une séance à laquelle Alexandre était absent, ma maître de stage a abordé ce sujet avec la maman, en recueillant ses questionnements et en lui donnant des éléments de réponses. Ceci dans le but de lui permettre de prendre conscience que son fils est maintenant capable de percevoir la différence de son frère et l'aider à trouver la manière la plus adaptée pour faire face à cette situation.

Au regard de ces deux prises en charge peu communes et en portant mon regard plus précisément sur les liens fraternels, j'ai pu observer des problématiques différentes mais finalement complémentaires.

Dans le cas de Mehdi, j'ai constaté l'impact des problématiques comportementales de la fratrie sur cet enfant, qui sont venues ajouter du surhandicap aux difficultés déjà présentes en renforçant les lacunes attentionnelles et de gestion de la frustration de notre patient. Pourtant, le cas de Nolan et Alexandre a montré que par l'exemple du grand frère, notre patient pouvait progresser plus facilement grâce à l'envie d'imiter et de partager avec son aîné. Finalement la réelle différence entre ces deux binômes, si l'on met de côté la singularité des personnalités de chaque individu qui influe fatalement dans une relation, est celle de la présence d'un cadre suffisamment solide pour que chacun puisse se sentir sécure et y trouver sa place. Ce cadre est assuré par la fonction parentale. Parfois des parents peuvent avoir des difficultés à trouver ce cadre et il semblerait alors que c'est à ce niveau que le psychomotricien peut agir.

Chez Nolan, la problématique réside autour de l'annonce du handicap de son frère à Alexandre. Bien qu'hypothétique, elle peut, comme nous avons pu le constater dans le témoignage de M-H. GUILLORY (2005), provoquer chez l'enfant aîné un véritable bouleversement teinté d'une grande culpabilité. Or, le cas de Mehdi a illustré comment une faille dans l'équilibre de la fratrie pouvait perturber l'évolution psychomotrice d'un enfant porteur de handicap.

Ainsi, s'est dessinée la nécessité de la mise en œuvre d'une démarche de prévention par la psychomotricienne pour permettre à la famille de préserver son équilibre et à chacun des membres de s'épanouir. Ce travail ne pourra être réalisé qu'en partenariat avec les mamans dans une démarche d'accompagnement puisqu'il est essentiel de ne pas déposséder les parents de leurs fonctions. De plus, en tant que stagiaire et psychomotricienne nous ne sommes ni les thérapeutes de Sélim et Alexandre mais bien celles de Mehdi et Nolan ; il me semble indispensable de garder cela en tête pour ne pas s'éloigner des objectifs initiaux de la prescription en psychomotricité. Ce dernier point nous amène à nous questionner sur la place et l'incidence de la présence des grands frères en séance.

DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

Les apports et les limites de la présence des frères et sœurs en séance de psychomotricité.

Nous avons pu le voir précédemment, l'idée du sujet de ce mémoire m'est venue d'une situation clinique toute particulière. En tant qu'élève en psychomotricité j'ai pu observer différentes modalités de prises en charge au cours de mes stages : des séances classiques en présence unique du thérapeute et de son patient, aux séances groupales en passant par les prises en charge en présence des parents. Mais jamais je n'avais rencontré de psychomotricien qui incluait la présence de la fratrie à ses prises en charge. Pourquoi est-ce si peu commun ? Quels sont les apports de cette présence et quelles en sont les limites ? Ce sont les premières questions qui me sont venues et auxquelles nous allons tenter d'apporter des éléments de réponse.

I. Les apports de la présence d'un grand frère en séance

1. Faciliter l'alliance thérapeutique

La présence de Sélim et d'Alexandre aux séances de psychomotricité de leurs petits frères, s'explique par des raisons purement pratiques. Souvenons-nous : les mamans, n'ayant pu trouver de modes de garde pour leurs aînés sur le temps de la séance, ont demandé l'accord de la psychomotricienne pour venir avec leurs deux enfants. Celle-ci le leur ayant donné, nous pouvons nous questionner sur la pertinence de modifier les modalités d'une séance pour des questions de logistique.

De prime abord la primauté de l'intérêt du patient ne semble pas être au centre de cette décision. Seulement, en se référant aux parcours respectifs en psychomotricité des familles H. et B., nous pouvons dégager deux éléments communs : la présence des frères aux séances dès le début du suivi et la facilité de la mise en place de l'alliance thérapeutique. Aussi pouvons-nous supposer l'existence d'une causalité entre l'acceptation de la présence de la fratrie en séance par la psychomotricienne et l'établissement rapide d'une alliance thérapeutique de qualité.

L'impasse logistique à laquelle madame H. comme madame B. ont dû faire face n'était certainement pas un cas isolé et ces situations se sont certainement faites d'autant plus fréquentes avec l'arrivée de leur enfant différent. Nous avons pu voir combien le handicap peut chambouler le quotidien de toute la famille et diminuer la disponibilité des parents pour les autres enfants. Aussi, en acceptant la présence des frères en

séance, la psychomotricienne a permis à la maman d'être soulagée du poids de cette question. Elle a considéré l'enfant dans sa globalité avec ses problématiques actuelles mais aussi celles de sa famille.

Le pas réalisé par la psychomotricienne vers cette maman, dès la rencontre, lui aura permis de se sentir accueillie. V. JUNKER (2008), kinésithérapeute, témoigne de sa propre expérience au début de sa carrière, avec des parents qui, par sa maladresse, n'avaient pu se sentir accueillis aux séances de leur enfant. Ils avaient alors montré un désinvestissement notable dans le suivi en kinésithérapie. La relation de confiance avec eux mais également, par conséquent, avec leur fille a alors été très longue à établir. Nous voyons donc ici l'importance des fondements de l'alliance thérapeutique qui permettent à l'enfant de se sentir sécure avec le thérapeute mais aussi d'éviter une discontinuité de sa présence en séance, causée par une relation parent-soignant fragile.

Accepter la présence d'un grand frère en séance, signifiait également faire confiance à la maman en ses capacités à poser un cadre à ses enfants pour permettre le bon déroulement de la prise en charge. Ainsi, c'est un lien de confiance mutuelle immédiat qui a pu être établi autour de la question de la présence de la fratrie en séance, les prémices d'une alliance thérapeutique solide.

2. Le frère, un sujet d'imitation

La présence d'un frère en séance peut parfois s'avérer particulièrement stimulante pour son pair porteur de handicap. J'ai pu faire ce constat à plusieurs reprises au cours de la prise en charge de Nolan. Souvent ce dernier montrait ce qui pouvait paraître comme une passivité face aux différentes activités proposées par l'adulte. Cette impression pourrait être expliquée par le délai d'adaptation aux nouveaux jeux qui serait plus long chez les enfants porteurs de trisomie 21 (Noack, 1997). En effet, lorsque nous présentions à Nolan des jeux qui lui étaient familiers, celui-ci se lançait bien plus rapidement dans des manipulations.

Toutefois, j'ai pu observer que la présence d'Alexandre influait dans le délai d'observation de Nolan face à de nouvelles activités. Lorsque Alexandre venait prendre part au jeu proposé à son frère, ce dernier semblait particulièrement attentif à

l'action de l'aîné sur l'objet et le rejoignait plus spontanément dans l'activité en tentant de l'imiter. Ce comportement nous renvoie à la « *théorie de l'apprentissage social* » de A. BANDURA (cité par Thomas & Michel, 1994, p.449) selon laquelle un enfant va apprendre un nouveau comportement en observant d'abord son entourage faire, puis en imitant ce comportement. Cela semble correspondre tout à fait à l'observation faite de ce qui se jouait entre Alexandre et Nolan en séance de psychomotricité.

Il est vrai qu'il est légitime de souligner que ce comportement d'imitation pourrait se produire aussi bien sur une action d'un grand frère que de la maman ou encore de la psychomotricienne. Mais nous savons également la place importante qu'occupent les processus identificatoires dans les relations fraternelles et qu'ainsi un enfant handicapé aura plus de facilités à s'identifier à son frère, enfant lui aussi, qu'à un adulte.

Je me souviens d'une séance où j'ai pu très nettement observer cette différence. Nolan était alors assis à la petite table à encoche, la psychomotricienne, la maman et moi tentions alors de réaliser des échanges avec le petit garçon en faisant rouler une balle sur la table. Ce dernier montrait très peu d'intérêt pour l'activité, voire de l'opposition, que N. NOACK (1997) décrit comme une attitude fréquemment observée chez les petits enfants porteurs de trisomie 21. Il avait tendance à jeter automatiquement la balle par terre derrière lui. La psychomotricienne a alors suggéré à Alexandre, qui vaquait à ses occupations, de venir prendre notre place en face de son petit frère et de réaliser des échanges de balle avec lui. Le plus grand a d'abord commencé à jouer seul quelques instants avec la balle, ce qui a eu pour effet de capter l'attention de Nolan qui le regardait attentivement. Les échanges se sont alors mis en place tout naturellement entre les deux frères et notre petit patient n'a recommencé à jeter la balle qu'au bout de quelques minutes.

Cette séance nous montre comme la fratrie peut être moteur de l'évolution de ses membres et combien un enfant porteur de handicap peut manifester une plus forte envie d'expérimenter et de prendre part à un jeu lorsque celui-ci est amené par un autre enfant, ici son frère avec qui il partage beaucoup de points communs et donc de possibilités d'identification. « *La vie fraternelle offre un immense terrain d'expériences affectives, cognitives et sociales* » (Bourguignon, 2008, p.22). En psychomotricité, passer par le jeu partagé entre deux frères peut donc constituer un véritable atout pour la richesse du travail, mais aussi pour la relation entre les deux enfants.

3. Renfort des relations familiales

« *Le jeu est un formidable outil relationnel ; grâce au jeu l'enfant entre en relation avec ses parents, sa fratrie, les autres enfants de son environnement*. » (Vachez-Gatecel, 2016, p. 36)

Nous avons pu voir comme le handicap peut venir bouleverser le type de relations qui s'établissent normalement au sein d'une famille, notamment la relation fraternelle. Au cours des séances de psychomotricité, favoriser le jeu entre les frères peut constituer un moyen de créer des interactions entre les deux enfants qui viendront étayer leur relation fraternelle. Le psychomotricien peut, de la même façon qu'il soutient la relation du petit à sa mère, accompagner les interactions de ces deux frères qui parfois peuvent avoir des difficultés à se rencontrer. « *Il s'agit de trouver et de créer des manières de vivre ensemble qui soient fraternelles et non parentales* » (Scelles, 2010, p.150)

Du côté des parents, ce jeu partagé constitue un moyen pour eux de constater la possibilité de relation entre leurs deux enfants, de ne pas voir l'enfant porteur de handicap uniquement sous l'angle de son incapacité mais comme un enfant à part entière qui peut lui aussi prendre place dans une relation ludique d'enfant à enfant.

Du côté de l'enfant sain, participer à la prise en charge de son frère peut lui permettre de se sentir inclus dans la vie de la famille modifiée par le handicap, de ne pas se sentir abandonné par sa mère au profit des multiples rendez-vous nécessaires à l'enfant porteur de handicap. Cela peut alors contribuer à l'aider à trouver sa place dans la famille, son rôle d'enfant, mais aussi son rôle de frère tout simplement. Responsabiliser l'enfant pendant la prise en charge en lui proposant de montrer des choses à son frère désavantagé peut lui apporter le sentiment d'utilité que beaucoup de frères et sœurs de personnes porteuses de handicap semblent rechercher. C'est également une façon de renforcer le narcissisme de cet enfant qui, nous l'avons constaté précédemment, peut s'avérer fragile.

Bien entendu, il y a également de nombreuses limites à la présence d'un membre de la fratrie du patient en séance. Et nous allons voir que la balance entre les bénéfices de cette présence et ses inconvénients peut s'avérer complexe à équilibrer.

II. Les limites imposées par cette présence fraternelle

1. Dénaturation du cadre thérapeutique

Inclure un frère, une sœur dans la prise en charge, c'est aussi accepter de modifier le cadre thérapeutique habituellement établi.

Selon C. POTEL BARANES, « *Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.* » (Potel Baranes, 2019, p.357). Le psychomotricien va donc penser son cadre thérapeutique sous plusieurs angles. Il l'ajustera dans sa spatialité en modifiant l'espace et les éléments qui s'y trouvent en fonction de son patient, mais aussi dans sa temporalité en fragmentant la séance en différents temps afin de donner des repères à celui-ci. Généralement les thérapeutes organisent le cadre de manière à apporter de la contenance à la séance, pour que le patient puisse expérimenter dans des conditions optimales.

Par exemple, avec des enfants qui peuvent présenter des problématiques attentionnelles comme Nolan ou encore des problématiques de gestion de la frustration comme Mehdi, la psychomotricienne avait tendance à épurer l'espace en sélectionnant un nombre limité de jeux possibles pour une séance. Le but étant d'éviter les stimulations trop nombreuses qui sont généralement source de désorganisation.

Mais les éléments qui composent cet espace ne sont pas seulement matériels, ils sont aussi humains. A la différence du matériel, les individus sont mobiles et offrent des possibilités d'interactions. Ces interactions sont certes fondamentales pour le tout-petit mais si elles ne sont pas cadrées elles peuvent s'avérer fortement inadaptées et provoquer chez l'enfant une désorganisation psychique et corporelle.

Aussi, rajouter un individu dans le cadre de la séance multiplie les possibilités de stimulations enrichissantes mais également potentiellement inadaptées. En effet, lors des séances des familles B. et H., la composante humaine d'un cadre de séance classique s'est vue augmentée. Avec ma présence de stagiaire ainsi que celle des grands frères, nous étions au total cinq individus pendant les séances et donc quatre personnes pouvant interagir avec Mehdi ou Nolan.

Je me souviens de quelques situations avec l'un comme l'autre où nous nous retrouvions parfois à quatre autour de notre petit patient assis à la table. Ces moments

devenaient alors propices à une sursollicitation dont les informations sont difficilement traitables d'autant plus pour un enfant présentant des difficultés de ce type. Il en résultait une tension palpable chez les petits se traduisant par une désorganisation, un décrochement attentionnel, des tensions et de l'énervement. Pour prévenir ces situations, j'avais pris l'habitude, dès lors que nous étions trop nombreux autour de l'enfant, de me mettre en retrait tandis que la psychomotricienne tentait de modérer et cadrer les échanges.

Bien entendu ceci est à relier à la présence du jeune grand frère, celui-ci n'ayant pas encore la maturité nécessaire pour s'autoréguler émotionnellement et dans ses sollicitations envers son frère. C'est la maman qui aura pour rôle de contenir le potentiel débordement d'excitation de son fils aîné. Ainsi, lorsque la fonction parentale est un peu fragile comme nous avons pu le voir avec la famille H., la présence d'un grand frère en séance peut rapidement devenir un obstacle à la thérapie. Le psychomotricien devra renforcer d'autant plus le cadre thérapeutique mis en place ainsi que sa fonction contenante.

Ce paramètre supplémentaire à prendre en compte, peut venir affaiblir la disponibilité psychique de la mère et du psychomotricien envers l'enfant autour duquel la séance doit être centrée. Du côté de la mère, nous avons pu voir combien elle est essentielle pour que l'enfant se sente sécure et comment par le jeu du dialogue tonique notamment, celui-ci ressentira les tensions qui existent chez sa mère. Du côté du psychomotricien, c'est sur cette implication psychique que la thérapie va reposer. C. POTEL BARANES écrit : *« Mais le cadre, c'est aussi et avant tout la disponibilité psychique du thérapeute qui va faire appel, à l'intérieur de lui, à sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur. »* (Potel Baranes, 2019, p.366-367). Or, si le thérapeute n'est pas entièrement disponible pour son patient car trop affecté par un climat qui peut s'avérer pesant lorsque le cadre est mis à mal, l'enfant va également ressentir l'indisponibilité de son praticien. Les affects de celui-ci vont se traduire par de nombreux indices qui jouent dans la communication non-verbale : *« Notre voix – son timbre, sa tonalité, son rythme – notre tonicité, notre musculature, nos propres résonances toniques et respiratoires, sont forcément convoquées et parfois de façon douloureuse.* » (Potel Baranes, 2019, p.379)

Ainsi, pour que la présence d'un frère ou d'une sœur en séance de psychomotricité ne vienne pas entacher le travail réalisé avec le jeune patient, il faut s'assurer que le cadre thérapeutique soit suffisamment solide et pensé pour accueillir cette personne en plus.

Il faut également veiller à ce que la fonction parentale qui pose le cadre et possède une fonction pare-excitatrice soit suffisamment assurée par la mère, laquelle aura possiblement besoin d'être accompagnée dans ce rôle.

2. La place du frère

La question du cadre thérapeutique nous amène alors inévitablement à penser la place accordée au frère pendant la séance.

Nous avons pu voir qu'elle peut être un véritable atout pour l'évolution du patient et pour son frère lorsque le jeu entre les deux enfants est encouragé par le psychomotricien. Mais peut-être pouvons-nous émettre quelques réserves quant à cette sollicitation du frère pour stimuler l'apprentissage de son cadet. Lorsqu'elle est mesurée elle peut s'avérer tout à fait vertueuse pour l'un comme pour l'autre, mais le professionnel doit s'assurer que l'enfant aîné ne soit pas sur sollicité au risque de perdre des bénéfices de cette présence.

En effet, les frères et sœurs d'enfants handicapés sont généralement en recherche d'un rôle auprès de leur pair désavantagé et cette recherche d'utilité peut se solver par une dénaturation de la relation fraternelle en relation soignant-soigné, ce qui n'est pas souhaitable pour les deux enfants. Dans le cas où l'enfant sain ressentirait de trop fortes attentes de l'adulte sur son rôle dans les apprentissages de son frère, cela viendrait l'investir d'une mission bien trop lourde pour un enfant, qui pourrait être source d'anxiété, de peur de l'échec ou encore d'une baisse de l'estime de soi. Le psychomotricien devra ainsi s'assurer de modérer ses propositions envers cet aîné en s'adaptant à celui-ci qui, selon sa personnalité, sa sensibilité, réagira différemment à ces sollicitations. Il faut veiller à ne pas l'empêcher de vivre sa vie d'enfant au profit d'une parentification néfaste.

Lors de mon stage, j'ai pu observer l'inclusion des grands frères dans les activités des plus petits, mais j'ai également été confrontée par moment à la situation inverse. Après quelques séances rendues difficiles notamment par l'agitation de Sélim ayant eu pour effet de renforcer les crises comportementales de Mehdi, leur maman, soucieuse du bon déroulement des séances et de l'attitude de son fils aîné, a pris l'initiative de venir

avec des jeux de la maison pour Sélim et de lui proposer de s'installer dans un coin et de jouer de son côté.

Dans un premier temps nous aurions pu être tentés de considérer cette solution comme bénéfique, puisque l'atmosphère du début de séance paraissait plus apaisée et propice aux différentes expérimentations auxquelles Mehdi pouvait se livrer librement. Cependant, Sélim avait en réalité tendance à se lasser rapidement de son activité, bien plus intéressé par celle de son frère ou bien à interpeller l'adulte en parlant fort ou en s'agitant. Il rentrait et sortait alors du cadre du jeu de son frère, ce qui avait pour effet de créer des discontinuités dans l'activité de Mehdi.

La position dans laquelle Sélim avait été placé était en fait très difficile puisqu'il était finalement intégré à la séance tout en étant exclu des activités. Nous pouvons imaginer combien il est difficile pour un enfant de se sentir exclu d'un jeu et d'autant plus lorsque ce jeu comporte une dimension affective immense puisqu'il se déroule entre sa mère et son frère. Cette exclusion involontaire opérée par sa maman pourrait avoir eu comme effet de renforcer le sentiment d'abandon, fréquemment observé chez les frères et sœurs d'enfants en situation de handicap, et donc hypothétiquement éprouvé par Sélim. Lequel aurait manifesté sa détresse par une agitation psychique et motrice.

D'une manière plus générale, ne pas intégrer le frère ou la sœur, d'un jeune patient aux activités communes peut donc avoir l'effet inverse de l'effet escompté : un renfort des problématiques de construction personnelle de celui-ci, une mise à mal du cadre thérapeutique et donc de la progression du patient, mais aussi une détérioration de la relation fraternelle et des difficultés à se rencontrer.

Bien entendu dans le cas de Mehdi et Sélim, cette proposition ne sera restée qu'à l'état d'essai, et la psychomotricienne tentait d'intégrer majoritairement Sélim aux propositions faites à son frère, en lui permettant très ponctuellement de jouer de son côté, notamment lorsque l'agitation se faisait trop importante.

Tout le long de cette dernière partie nous avons pu constater combien la présence de la fratrie en séance peut constituer un fort atout pour la prise en charge comme engendrer de réelles difficultés. Elle est en tout cas un véritable enjeu à part entière puisque c'est principalement par la capacité du psychomotricien à maintenir un cadre thérapeutique ferme tout en l'adaptant que les bénéfices de cette présence pourront être tirés. Toutefois le rôle de la fonction parentale y trouve également toute son importance ; celle-ci pourra constituer un véritable allié pour le thérapeute mais pourra nécessiter là encore un étayage de la part du professionnel. Accueillir la fratrie lors des prises en charge en psychomotricité peut donc venir fortement enrichir le travail accompli, mais nécessite un équilibre parfois difficile et éprouvant à trouver qui ne doit pas prendre le pas sur la primauté de l'intérêt du patient.

En tant qu'étudiante, la réflexion apportée par cette situation clinique m'a permis de constater combien la capacité d'adaptation du psychomotricien est régulièrement mise en jeu. Celle-ci va constituer un élément déterminant du travail thérapeutique réalisé auprès du patient. Dans le cas de la présence d'un membre de la fratrie en séance, il ne s'agit pas juste d'accepter ou non cette présence sans justification. Cela risquerait comme nous avons pu le voir de mettre à mal les prérequis indispensables au bon déroulement d'une thérapie : le cadre et l'alliance thérapeutique. Tandis que, réfléchir à la manière d'adapter le cadre pour que cette présence soit possible et surtout qu'elle ait un impact positif sur la prise en charge psychomotrice, constitue selon moi la qualité d'adaptation d'un thérapeute.

Finalement, s'adapter ce n'est pas seulement « faire avec » mais plutôt « penser avec ». C'est une réflexion que j'espère garder en tête tout le long de ma vie professionnelle afin de pouvoir me renouveler sans cesse et enrichir ma pratique de ces imprévus qui s'imposeront à moi.

Conclusion

Les frères et sœurs de personnes en situation de handicap ont longtemps été oubliés lorsqu'il s'agissait d'accompagnement professionnel. Pourtant nous avons pu voir que les répercussions du handicap sont nombreuses tant sur leur construction individuelle que sur leurs relations à leur pair désavantagé ou à leurs parents. Ces derniers ont effectivement un rôle important à jouer dans la prévention de ces conséquences. Cependant, étant eux-mêmes souvent en grande difficulté face au handicap de leur jeune enfant, il est assez fréquent que leur capacité à assurer un cadre sécure et stable à l'ensemble de leurs enfants soit mise à mal.

Telle une boucle, le handicap d'un enfant va venir impacter ses parents puis sa fratrie. Ces derniers ayant une influence directe sur son jeune patient, le psychomotricien tentera d'agir soit dans une démarche thérapeutique pour enrayer une spirale pathogène existante comme dans le cas de Mehdi ; soit dans une démarche de prévention pour éviter la formation de cette boucle pathogène et préserver les influences vertueuses de la fratrie sur l'enfant comme dans le cas de Nolan.

C'est par un étayage à la parentalité, en les rassurant dans leurs compétences, en stimulant les interactions avec leurs enfants et en répondant à leurs interrogations que le praticien va pouvoir aider les parents à favoriser le lien entre les frères et sœurs et la stabilité de l'environnement à travers lequel cette fratrie va évoluer.

Bien entendu, la possibilité d'action du psychomotricien sur les problématiques fraternelles par l'accompagnement parental comporte des limites, notamment celle de la population rencontrée sur le terrain clinique : la petite enfance. En effet, dans le cas de fratries plus âgées les difficultés seront différentes. Plusieurs dispositifs comme des groupes fratries dans les CAMSP ou encore des associations de frères et sœurs de personnes en situation de handicap voient progressivement le jour afin que chacun puisse trouver un moyen d'être entendu et d'apaiser les situations complexes face auxquelles il se retrouve parfois. Aussi nous pourrions nous interroger sur l'apport potentiel de la psychomotricité auprès de ces enfants, adolescents et adultes chez qui le handicap de leurs frères et sœurs a engendré un vécu difficile.

Bibliographie

ARNAUD, C. (2005). L'expérience psychomotrice à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents de porcelaine. *Evolutions psychomotrices. N°67* (7), 5-9

BALLOUARD, C. (2008). Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste*, *N° 28-29*(1), 17-26.

BERRY BRAZELTON, T. (2009). *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*. Paris : Points.

BILLETTE DE VILLEMEUR, T. (2019). *Le retard mental*. Cours de neuropédiatrie de deuxième année de psychomotricité.

BIOY, A., & BACHELART, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, *Vol. 49*(4), 317-326

BOUCHER, N., & DEROME, M. (2008). Les enfants. In BERT, C. (Dir.) *La fratrie à l'épreuve du handicap* (p. 61-88). Toulouse : ERES

BOUREGBA, A. (2011). *L'enfant et son parent : l'histoire d'une empreinte*. Paris : Dunod

BOURGUIGNON, O. (2008). Le lien fraternel. In BERT, C. (Dir.), *La fratrie à l'épreuve du handicap* (p. 17-30). Toulouse : ERES.

BULLINGER, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse : ERES

CAMBERLEIN, P. (2015). *Politiques et dispositifs du handicap en France*. Paris : Dunod

COLLIN-BETHEUIL, N. (2019). Rôle du psychomotricien en prévention et en petite enfance. In. Vachez-Gatecel, A. (Dir.), & Valentin-Lefranc, A. (Dir.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 69-79). Paris : Dunod.

COSTE, JC. (1989). *La psychomotricité*. Paris : Que sais-je ?

DEVANNE, I., & PAVOT-LEMOINE, C. (2017). Soutenir le développement et accompagner la parentalité. In BAUBY, C. (Dir.), BONNEFOY, M. (Dir.) & GAUTIER-COIFFARD, Y. (Dir.), *Jeunes enfants en situation de handicap : Les accompagner dans les soins, l'éducation, la vie sociale.* (p.117-132). Toulouse : ERES.

DUBEAU, D., COUTU, S., & DEVAULT, A. (2013). Mère et père, du parent à la coparentalité. In BERGONNIER-DUPUY, G. (Dir.), JOIN-LAMBERT & H. (Dir.) & DURNING, P. (Dir.), *Traité d'éducation familiale*. Paris : Dunod.

GIROMINI, F., ALBARET, J.M., & SCIALOM, P. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Tome 1 : Concepts fondamentaux). Louvain la Neuve : De Boeck – Solal.

GUILLORY, M.H. (2005). Se sentir coupable du hasard. In. GARDOU, C. (Dir.), *Frères et sœurs de personnes handicapées* (p. 151-162). Toulouse : ERES.

JUNKER, V. (2008). Quelle place pour les parents lorsque l'enfant est en séance ? *Contraste*, *N° 28-29*(1), 237-254.

KORFF-SAUSSE, S. (2008). Un double étrange : Handicap et relation fraternelle. In BERT, C. (Dir.), *La fratrie à l'épreuve du handicap* (p. 129-148). Toulouse : ERES.

LACAN, J. (2001). Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. In *Autres écrits.* (p.23-84). Paris : Seuil

LAPEYRE, M., HERROU, C., & KORFF-SAUSSE, S. (2007). L'intégration collective de jeunes enfants handicapés. *Reliance*, 26(4), 116-117. doi:10.3917/reli.026.0116.

LEBOVICI, S., GOLSE, B., & MORO, M.R. (2009). Les interactions fantasmatiques. In *L'arbre de vie* (p. 73-86). Toulouse : ERES.

LIVET, M.O., & GAMBINI, I. (2008). Le camsp et les crèches, dans l'accompagnement des enfants et des familles en difficulté. In CADART, M.L. (Dir.), *Les crèches dans un réseau de prévention précoce* (p. 85-99). Toulouse : ERES.

NOACK, N. (1997). Éléments de réflexion sur le développement et les caractéristiques psychomotrices du sujet porteur d'une trisomie 21. *Evolutions psychomotrices. N°36* (9).

PAVOT-LEMOINE, C. (2018). *Des bébés et des crèches : Comprendre le développement du tout-petit pour mieux l'accueillir*. Paris : Dunod

PINEL-JACQUEMIN, S., & TROUPEL-CREMEL, O. (2013). Éducation familiale et fratries. In BERGONNIER-DUPUY, G. (Dir.), JOIN-LAMBERT, H. (Dir.) & DURNING, P. (Dir.), *Traité d'éducation familiale* (p. 169-187). Paris : Dunod.

PIREYRE, E. (2011*). Clinique de l'image du corps, du vécu au concept.* Paris : Dunod.

POTEL-BARANES, C. (2019). *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : ERES

RINGLER, M. (2004). *Comprendre l'enfant handicapé et sa famille*. Paris : Dunod.

ROY, J. (2014). Impacts de l'annonce médicale sur le parcours naturel d'une famille d'enfant porteur de handicap. *Contraste, N° 40* (2), 41-56.

SCELLES, R. (2010). *Liens fraternels et handicap : De l'enfance à l'âge adulte, souffrances et ressources*. Toulouse : ERES

SCIALOM, P. (2004). La guidance parentale. *Evolution psychomotrice,* 65 (16), 152-158

SOLIS-PONTON, L. (2002). *La parentalité : Défi pour le troisième millénaire.* Paris : Presses Universitaires de France

THOMAS, R.M., & MICHEL, C. (1994). *Théories du développement de l'enfant : Études comparatives*, Paris : De Boeck Supérieur

VACHEZ-GATECEL, A. (2016). *L'enfant et l'imaginaire* : *jouer, créer, rêver*. Paris : Dunod

WINNICOTT, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot

WINNICOTT, D.W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot

WINNICOTT, D.W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Paris : Payot

WINNICOTT, D.W. (1991). *L'enfant et sa famille*. Paris : Payot

Sitographie

Larousse. (s. d.). Famille. Dans *Le Dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 15 avril 2020
sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/famille/32798?q=famille#32716

Larousse. (s. d.). Foyer. Dans *Le Dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 27 avril 2020 sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/foyer/34920?q=foyer#34883

Larousse. (s. d.). Fratrie. Dans *Le Dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 11 avril 2020
sur :https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fratrie/35118?q=fratrie#35091

Larousse. (s. d.). Groupe. Dans *Le Dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 25 avril 2020
sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/groupe/38423?q=groupe#38360

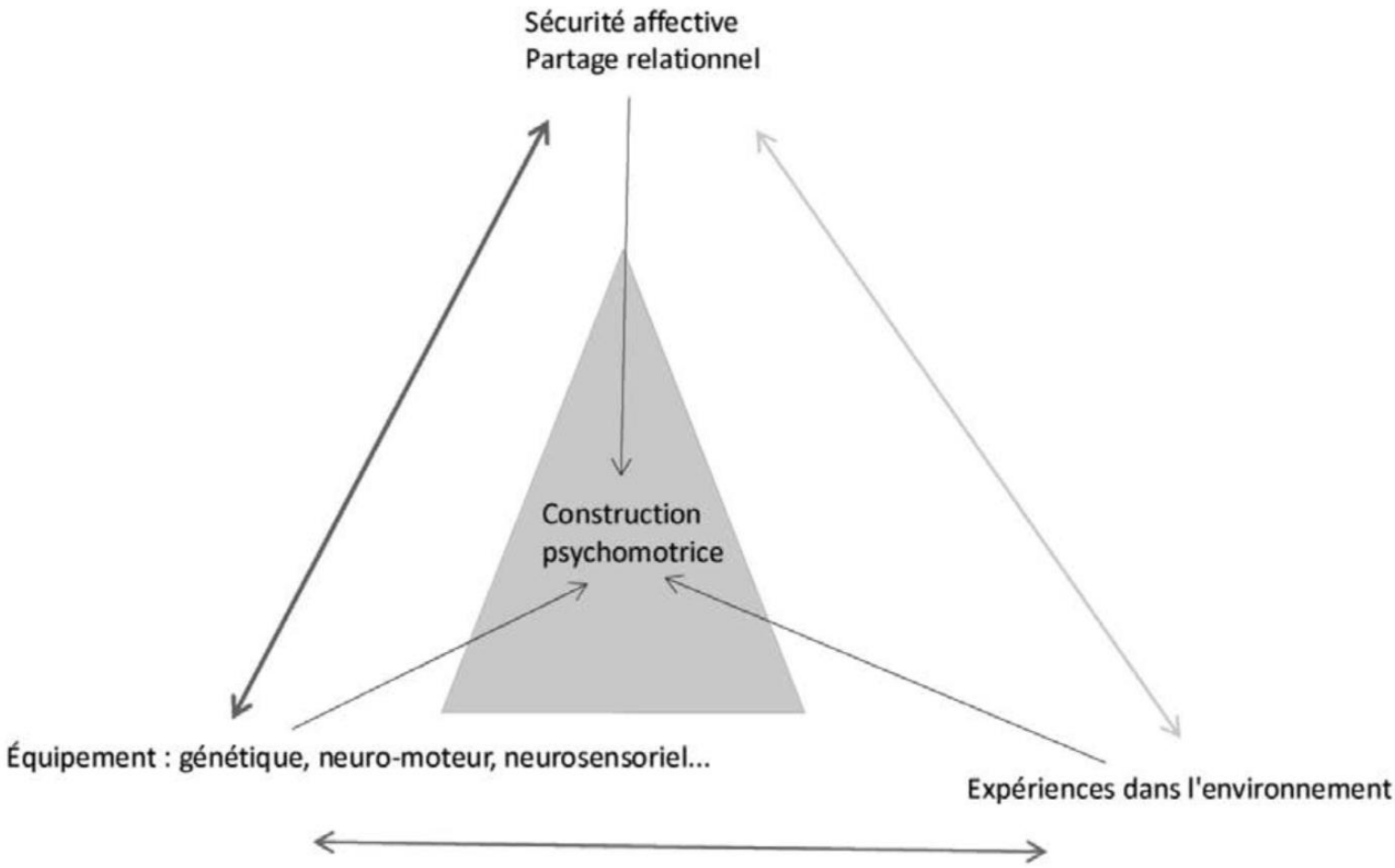
Larousse. (s. d.). Maternité. Dans *Le Dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 23 avril 2020
sur :https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maternit%c3%a9/49852?q=maternit%c3%a9#49755

Larousse. (s. d.). Mère. Dans *Le Dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 23 avril 2020
sur :https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%c3%a8re/50611?q=m%c3%a8re#50499

Loi n°2019-721 du 10 juillet 2019 - art. 1. Consulté le 29 mars 2020 sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038749626&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20190712

Loi n°2019-1480 du 28 décembre 2019 - art. 8. Consulté le 29 mars 2020 sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426469

Annexe I : Schématisation des différents éléments en jeu dans la construction d'un individu. (Pavot-Lemoine, 2017, p.123)



Résumé

Chaque être humain en venant au monde a des parents, mais également pour certains une fratrie avec laquelle il va évoluer et créer des liens. Ce mémoire traite de ces liens qui unissent une famille et des conséquences que la naissance d'un enfant en situation de handicap peut engendrer sur cette cellule familiale et plus précisément sur les enfants qui la composent. En s'appuyant sur l'histoire de deux familles différentes, nous nous questionnerons sur le rôle du psychomotricien mais aussi des parents dans ces problématiques fraternelles. Dans quelle mesure l'accompagnement à la parentalité exercé par le psychomotricien en petite enfance peut-il favoriser l'épanouissement du patient comme de ses frères et sœurs ? La question de la présence de ces derniers en séance fera également partie de cette réflexion.

Mots-clés : famille, fratrie, handicap, psychomotricité, étayage parental, petite enfance, prévention.

Summary

Every human being coming into this world has parents, and some of them also have siblings to grow up and bond with. This thesis deals with the existing bonds between family members' and the consequences the birth of an disabled child could have on the family, and especially on the children. Based on the experience of two different families, we are going to question and analyse the role of the psychomotor therapist and the one of the parents toward the kids. How could the work of a babyhood psychomotor specialist to parenthood can help and support the well-being and developpment of the patient and his siblings ? The question of the presence of the brothers and sisters during a session will also be taken into account in this term paper.

Key-words : family, brotherhood, disability, psychomotor, parentality advising, babyhood, prevention.