

Quand l'annonce du handicap autistique bouleverse : accompagnement et soutien de la maternalité en psychomotricité

Inès Grussenmeyer

▶ **To cite this version:**

Inès Grussenmeyer. Quand l'annonce du handicap autistique bouleverse : accompagnement et soutien de la maternalité en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03296099

HAL Id: dumas-03296099

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03296099

Submitted on 22 Jul 2021

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.

Institut de Formation en Psychomotricité

Site Pitié Salpêtrière

Médecine Sorbonne Université

91, Bd de l'Hôpital

75013 PARIS

Quand l'annonce du handicap autistique bouleverse : accompagnement et soutien de la maternalité en psychomotricité

Mémoire présenté par Inès GRUSSENMEYER

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien.

Référent de mémoire :

Mme Cécile Leclerc

Session juin 2021

Table des matières

Remerciements 4
Introduction 6

Partie 1 : Théorie

1. LA RELATION MERE-ENFANT … 9

1.1. LA NOTION DE DYADE MERE-ENFANT 9
1.1.1. Qui se construit dès les premiers mois de grossesse... 9
1.1.2. ... Et continue de se construire après la naissance 9
1.2. IMPORTANCE DE LA RELATION MERE-ENFANT 10
1.2.1. La motricité primaire du bébé 10
1.2.2. Les fonctions maternelles selon Winnicott 12
1.2.3. Concept des interactions précoces 13
1.2.4. Les compétences maternelles selon S. Robert-Ouvray 15

2. … IMPACTEE PAR UN DIAGNOSTIC AUTISTIQUE… 19

2.1. IMPACT D'UN DIAGNOSTIC SUR L'HISTOIRE DU PATIENT 19
2.1.1. Le regard des parents évolue face à l'annonce du handicap 19
2.1.2. L'enfant ressent différemment sa propre identité 22
2.1.3. Le regard culpabilisant de la société 24
2.2. SEMIOLOGIE DE L'AUTISME 26
2.2.1. Définition TED selon CIM10 26
2.2.2. Critères DSM5 26
2.3. CONSEQUENCES DEVELOPPEMENTALES CHEZ L'ENFANT AUTISTE DU POINT DE VUE PSYCHOMOTEUR 31
2.4. CONSEQUENCES DE L'AUTISME SUR LA RELATION MERE-ENFANT 32

Partie 2 : Clinique

3. … NECESSITANT UNE PRISE EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITE 35

3.1. PERTINENCE DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA RELATION MERE-ENFANT 35
3.2. PRESENTATION DU CADRE CLINIQUE 37
3.4.1. Généralités 44
3.4.2. Fondements de l'ESDM 45
3.5. UNE PRISE EN CHARGE SELON LA METHODE DENVER AVEC ILYAS ET SA MAMAN 46
3.5.1. Déroulement du bilan 46
3.5.2. Pertinence des objectifs 47
3.6. BIENFAITS DE LA METHODE SUR LA RELATION MERE-ENFANT 56
3.6.1. Moyens mis en œuvre et buts recherchés 56
3.6.2. Observations des changements chez Ilyas et Mme Benassi 59

Partie 3 : Discussion

I. PLACE DU PERE DANS LA DYADE 61

II. LIMITES ET QUESTIONNEMENTS AUTOUR DE LA PRISE EN CHARGE AVEC ILYAS 64

II.1. APPROFONDIR LES OBSERVATIONS ET ALLER PLUS LOIN DANS LA PRISE EN CHARGE 64
II.2. LIMITES ET DIFFICULTES RENCONTREES AU COURS DE L'ECRITURE 65
II.3. QUESTIONNEMENTS AUTOUR DU ROLE ET DE LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LA PRISE EN CHARGE AUTISTIQUE 68
Conclusion 72
Bibliographie I
Annexes VI
Résumé XI
Resume XII

Remerciements

Je remercie tout particulièrement Mme Cécile Leclerc de m'avoir accompagné dans la rédaction de ce mémoire, ses conseils, son écoute et sa disponibilité m'ont été d'un grand soutien.

Merci également à toute l'équipe professionnelle rencontrée au CMP, en particulier ma maître de stage, pour leur accueil, leur disponibilité et leur partage d'expériences qui m'ont enrichi tant sur le plan personnel que professionnel.

Un grand merci à Ilyas et à sa maman pour la confiance et la considération qu'ils m'ont accordé lors de nos séances.

Je tiens également à remercier toutes les autres équipes, les professionnels ainsi que les patients rencontrés au cours de ces trois années et qui ont participé à ma formation en tant que future psychomotricienne.

Un immense merci, enfin, à ma famille et à mes proches pour leur patience et leur soutien durant cette période.

« Il n'y a pas de handicap, il n'y a que des différences ; le seul handicap que je connaisse relève du fait de ne pas accueillir l'autre tel qu'il est. »

- Jean Pierre Brouillaud -

« Ces hommes et ces femmes ont surtout besoin d'être reconnus comme des êtres importants car chacun a quelque chose à apporter à la société. Ils peuvent tous nous apprendre ce qu'est la vraie fraternité, la simplicité, la relation gratuite, l'accueil dans la bonté. Ils ont le pouvoir de transformer ceux et celles qui acceptent d'entrer en relation avec eux. »

- Jean Vanier -

Introduction

« Par rapport à ma propre expérience, je dirais une seule chose aux autres parents : oui, on peut être révolté par le handicap de son enfant qui apparaît comme une injustice inacceptable, oui on peut se sentir coupable, mais on perd hélas beaucoup d'énergie face à quelque chose contre lequel on ne peut rien. Oui le handicap est injuste et on peut toujours chercher le "pourquoi" ? mais quand il est là et qu'on fait avec, la vie continue, riche d'une expérience unique qui s'appelle : la Vie ! Et je peux vous assurer que pour tout l'or du monde, je ne voudrais pas revenir en arrière. Oui on peut vivre heureux avec un enfant 'handicapé". Oui, une personne handicapée peut vivre heureuse. » (Témoignage anonyme d'une mère touchée par le handicap de son enfant).

Les mots de cette maman : "Oui on peut vivre heureux avec un enfant handicapé" résonnent particulièrement chez moi et m'incitent à me poser quelques questions sur l'acceptation du handicap. Le handicap n'est pas quelque chose d'inné. Pour éduquer son enfant handicapé il n'existe pas de solutions toute faite, il n'y a pas une seule manière de faire. Ce qui est certain c'est que le handicap effraie. Il fait peur. Il entraîne souvent, comme l'évoque cette mère, de l'incompréhension, un sentiment de culpabilité et une démarche nécessaire d'acceptation pour les parents et les proches. De plus, les répercussions de cette période cruciale pour les parents sont inévitablement ressenties par l'enfant. La question de l'annonce du handicap est ainsi cruciale pour toute la famille ! *« Il reste à savoir comment mieux aider ces familles, comment reconnaître cette souffrance et permettre aux parents de s'approcher de leur bébé, de vivre leur parentalité sans que ces aspects traumatiques viennent envahir et perturber le lien en construction »* (A. Borghini, C. Muller-Nix, 2008, page 99).

L'accompagnement par la suite de ces enfants différents ainsi que de leurs parents est donc primordial, quel que soit le handicap. Au cours de mes expériences, j'ai pu découvrir tout cet aspect de la prise en charge et en comprendre les enjeux. J'effectue actuellement un stage au sein d'un Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents dans lequel des enfants autistes, entre autres, sont accompagnés. Les séances de psychomotricité avec ces enfants en particulier sont construites selon la méthode Denver qui est une méthode de prise en charge

précoce pour enfants porteurs d'autisme[1]. La psychomotricienne accompagnée d'une pédopsychiatre effectue donc un bilan Denver dans ce cadre, à partir duquel elles construisent des objectifs et des séances adaptées. Au début de la prise en charge, un temps important est donné à la discussion avec les parents de l'enfant.

J'ai pu rencontrer Ilyas et sa maman, Mme Benassi (les noms et prénoms ont été remplacés afin de préserver leur anonymat) au cours d'un premier entretien suivi d'un bilan Denver pour cet enfant. Au cours de la discussion, la maman nous fait part de son histoire, de la naissance de son fils et de toute la période liée au repérage des signes autistiques. On peut déjà remarquer dans le discours de cette maman un réel désir de faire progresser son fils malgré un manque crucial de suivi médical et d'aide éducative. Cette mère s'est retrouvée confrontée au handicap de son enfant sans pouvoir être guidée ou accompagnée dans l'éducation et dans la construction de sa relation avec celui-ci.

Être psychomotricien c'est effectivement prendre en charge un patient et son histoire. Cette histoire inclut inévitablement ses parents et leur vécu face au handicap. Ce dernier peut être douloureux, difficile, source de stress, d'angoisse, de questionnements… Comment inclure dans notre prise en charge les besoins et les éprouvés des parents, en particulier de la mère, face au handicap ?

A partir de ce vécu, cette dernière a pu ressentir des difficultés à tisser une relation avec son enfant handicapé. Le "devenir mère", processus consistant à entrer petit à petit dans son rôle de mère au fil de la rencontre et des expériences avec son enfant, défini par Racamier (1961) comme la "maternalité"[2], peut alors être mis à mal. Par quels moyens le devenir mère s'établit-il ? Comment pouvons-nous amener la mère et son enfant autiste à équilibrer leur relation à travers la méthode Denver ?

En somme, la question générale à laquelle je tenterai d'apporter des éléments de réponses dans cet écrit est : Comment accompagner la maternalité et soutenir l'acceptation d'un handicap en psychomotricité ?

Dans ce mémoire, j'aborderai en premier lieu l'établissement d'une relation mère-enfant ajustée au travers de la motricité primaire du bébé et des fonctions maternelles. Puis je m'efforcerai de décrire les conséquences de l'annonce d'un diagnostic sur le regard des proches,

[1] J'expliquerai plus en détails les principes et le fonctionnement de la méthode Denver dans la partie clinique.
[2] Racamier définit la **maternalité** comme « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez les femmes à l'occasion de la maternité ». C'est une véritable « crise d'identité » pendant laquelle la femme doit passer du statut d'enfant de sa mère à celui de la mère de son enfant.

celui de la société ainsi que sur l'enfant lui-même. Enfin, après avoir défini le syndrome autistique, j'en exposerai les conséquences sur la relation mère-enfant.

Dans un deuxième temps, après avoir expliqué le rôle du psychomotricien dans la prise en charge de la relation mère-enfant, je tenterai d'illustrer ma théorie par l'exposition d'une prise en charge d'un enfant et sa mère au moyen de la méthode Denver. Ma partie clinique développera d'abord le cadre thérapeutique, l'anamnèse du patient ainsi que l'explication de la méthode puis une analyse des bilans, des séances et son évolution au cours de l'année.

Dans une dernière partie, une discussion s'établira autour des divers aménagements possibles afin d'approfondir la prise en charge, des limites rencontrées lors de l'écriture de ce mémoire et enfin sur le rôle du psychomotricien dans la prise en charge autistique.

Partie 1 : Théorie

1. La relation mère-enfant …

1.1. La notion de dyade mère-enfant

1.1.1. Qui se construit dès les premiers mois de grossesse...

La relation privilégiée qu'entretient une mère avec son enfant se construit dès les premiers mois de la grossesse. En effet, dès la 30ème semaine in utéro, on observe une modification du rythme cardiaque qui indique la présence d'une perception dès que la mère bouge ou change de position. D'après R. Feldman (2012), toutes les expériences vécues par le bébé in-utéro préparent aux expériences sensorielles après la naissance. Ainsi, les sensations somatiques, vestibulaires et auditives sont utilisées comme base fondamentale pour construire ses représentations et sont nécessaires pour les apprentissages. Cependant, le bébé est dépendant des expériences proposées par l'adulte, et en particulier de sa mère, pour expérimenter et ressentir.

1.1.2. … Et continue de se construire après la naissance

Dès la naissance, le nouveau-né est totalement dépendant vis-à-vis de son entourage. La mère répond à cette dépendance par la préoccupation maternelle primaire, *"c'est-à-dire une capacité à s'identifier à l'enfant pour le comprendre. Au cours de cette période, elle est littéralement en résonance avec les besoins de son enfant"*, selon I. Levert[3].

La mère éprouve une irrépressible nécessité de les satisfaire, ils forment ainsi une dyade. Le terme de dyade a été introduit par René Spitz à propos de la relation primitive entre la mère et l'enfant en 1954. Il assimile également cette notion à celle de "couple symbiotique mère-enfant", introduite à la même époque par Margaret Mahler en 1952.

[3] Isabelle Levert, psychologue, a créé un site internet sur lequel elle partage régulièrement des articles qu'elle écrit sur un thème particulier. J'ai tiré cette citation de son article *La relation précoce mère-enfant*, dans lequel elle décrit les différents concepts introduits par D. Winnicott.

1.2. Importance de la relation mère-enfant

1.2.1. La motricité primaire du bébé

Au fur et à mesure qu'il grandit, le nouveau-né va pouvoir se libérer petit à petit de cette dépendance maternelle afin de se construire lui-même et de se développer en tant que sujet.

Selon A. Bullinger (2007), le développement de l'enfant est un processus et non un état. Il débute à partir des premiers mois de grossesse grâce à la motricité primaire du bébé. Au départ, le fœtus est mou dans le ventre de sa mère, bercé et porté par le liquide amniotique qui l'entoure. Puis, vers le 7e mois de grossesse, le tonus musculaire apparaît dans les membres du bébé entraînant le repli des membres supérieurs et inférieurs vers le tronc. Cette répartition est cependant inégale car il présente une hypotonie au niveau du tronc, ce qui explique qu'il soit enroulé sur lui-même. C'est dans cette posture que naît le bébé, à la fois hypertonique et hypotonique.

"Le tonus assure une double fonction d'intégration corporelle et de système de communication entre soi et autrui" (Robert-Ouvray, 2007, p.48). En effet, le nouveau-né exprime un besoin ou une souffrance par un état hypertonique (tensions du visage et dans le corps, cris, poings fermés), ce qui alerte la mère qui va répondre à sa demande entraînant une hypotonie de satisfaction. Ainsi, *"le bébé vit des sensations agréables liées à la relation"* (Robert-Ouvray, 1993, p.77). Le tonus, par sa fonction de support des émotions, participe à la communication émotionnelle. C'est pour cela que l'on peut interpréter par l'observation d'une posture ou d'une manière d'être l'état d'esprit ou les émotions d'une personne. Par exemple, une personne qui s'agite dans la rue, marche très vite, de manière hypertonique, on pourrait émettre l'hypothèse qu'elle est en retard ou stressée. Le raisonnement est donc tout à fait identique quant à l'observation du bébé.

> *"La communication tonique infra-verbale n'a pas besoin d'être dite, car elle est sentie. (...) L'ensemble tonique qui se dégage d'une personne que nous appréhendons par le sens tactile ou visuel ne nous indique pas exactement qui est l'autre, mais nous pouvons situer cette personne dans notre monde sensoriel, affectif et représentatif. La tonicité est un élément identifiant"* (Robert-Ouvray, 2007, p.47).

Les parents illustrent par des commentaires face aux comportements de leur bébé combien les états toniques et affectifs sont liés : "il est calme et peut attendre sagement qu'on

vienne le chercher" suggère un enfant plutôt dans une dynamique hypotonique, tandis que "il est très agité et ne tient pas en place" suggère un comportement qui se situe plutôt dans le domaine de l'hypertonie. *"Les variations de tonicité du bébé font donc parties des premiers éléments qui nous entraînent vers la compréhension de la vie psychique de l'enfant. [...] Depuis sa naissance, la tonicité est un baromètre et une carte d'identité psychocorporelle"* (Robert-Ouvray, 2007, p.44-45).

Ce rapprochement entre tonicité et affectif rejoint la notion de dialogue tonique développé par H. Wallon dès 1930 et repris par J. Ajuriaguerra en 1977. *"Wallon parle de réactions tonico-émotionnelles. L'enfant s'exprime par des cris, des gesticulations, mais c'est dans la relation avec les autres, et en particulier avec sa mère, que ces aspects toniques prennent sens, car elle va leur donner une signification."* (Terriot, 2013, p.10-19). Cette notion est donc reprise par J. Ajuriaguerra qui parle alors de dialogue tonico-émotionnel comme étant *"le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge"*. (Cité par Bachollet & Marcelli, 2010, p.14-19). Cette capacité à instaurer un dialogue tonico-émotionnel entre la mère et l'enfant, couplée aux regards portés par la mère sur l'enfant et par un phénomène de réponse par l'enfant sur la mère, participent à la constitution d'une enveloppe tonique, prémisse du « Moi-Peau » selon D. Anzieu (1995). Cette enveloppe tonique de communication se complexifie et s'enrichit au fur et à mesure des variations toniques et sensorielles traversant l'enfant. De plus, selon A. Bullinger (1996), le tonus permet une perception profonde et une contenance participant activement à l'intégration des enveloppes physiques et d'une perception d'unité du corps chez le bébé.

Enfin, le besoin de rythmicité et d'interaction est omniprésent chez le bébé car il permet de soutenir le processus d'intégration qui implique son développement. Lors des 6 premiers mois après sa naissance, l'enfant ne peut engager la relation. Il exprime donc ce besoin par une sorte d'appel à la communication exprimé par un état hypertonique. Puis, un enfant dont la régulation tonique est adaptée aux moments vécus sera par la suite en mesure d'initier la relation, tout en favorisant le plaisir dans celle-ci. *"L'enfant deviendra partenaire symétrique dans l'interaction et initiateur de l'échange"*. (Stern,1988).

1.2.2. Les fonctions maternelles selon Winnicott

Ce besoin d'interactions du bébé pour vivre est un besoin auquel répond la mère par son adaptation et sa présence à ce dernier. Ainsi, le rôle de la mère, tant pratique qu'affectif, est nécessaire au bon développement de l'enfant. D. Anzieu (1995) fait le lien entre le corps et la psyché : selon lui, la fonction psychique s'étaye sur la fonction biologique et donc sur la peau qui est le contenant nécessaire, d'où la nécessité du portage. Il affirme que le toucher et les soins contenants sont des soins vitaux au même titre que la nourriture. Ainsi, la relation mère-enfant construite au fur et à mesure permet le développement harmonieux de l'enfant.

D. Winnicott (1953) identifie trois fonctions maternelles indispensables pour ce développement : l'object-presenting (la présentation de l'objet), le holding (le fait de tenir, de contenir) et le handling (la manipulation physique de l'enfant).

Le holding est une fonction d'enveloppe et de soutien tant physique que psychique que la mère propose à son enfant par ses bercements, son portage, son tonus… Elle a un rôle de pare-excitation, c'est-à-dire que la mère répond à une excitation à laquelle l'enfant ne peut pas encore faire face. Elle permet également une première sensation d'enveloppe pour l'enfant, un sentiment de contenance qui lui procure la sécurité nécessaire à son développement et à son individuation. Cette nidation au creux des bras maternels libère de la pesanteur et amène une perception de l'axe corporel. La posture en enroulement dans les bras de la mère apporte sécurité, globalité, et un sentiment d'unité corporelle. Cette fonction est fondamentale dans l'intégration du Moi. En parallèle avec le développement sensori-moteur, le holding permet l'intégration de repères simples et stables afin que l'enfant apprenne à reconnaître ce qu'il ressent. Bion et Pickler complètent également cette affirmation en soutenant que la mère, en verbalisant les ressentis de son enfant, permet à celui-ci de donner sens à ce qu'il ressent et permet l'anticipation.

D'après Winnicott, le regard et le visage de la mère est un miroir qui renvoie un premier contenu et favorise également la contenance psychique. Le regard possède une fonction normative, de communication et d'enveloppe tonique.

Le handling comprend tous les soins prodigués à l'enfant et qui participent à la construction d'une intériorité et des limites corporelles. Par de simples actions comme l'habillage qui aide le bébé à se figurer son corps ou bien la sensation de l'eau du bain sur sa peau qui lui permet de sentir la surface de son corps, l'enfant acquiert le sentiment d'habiter

son corps : *"psyché et soma sont ainsi reliés"* (Anzieu, 1995). Cette fonction permet également le processus d'individuation et l'intégration du Moi.

L'object-presenting est la capacité de la mère à présenter des objets et un environnement à son enfant. C'est par ce principe de présentation de l'objet que la mère inclut un troisième espace dans la relation qu'elle entretient avec son enfant. Ce troisième espace permet à l'enfant de se détacher de la dyade fusionnelle vécue avec sa mère depuis sa naissance et de se créer sa propre identité en vivant des expériences et en s'ouvrant au monde.

1.2.3. Concept des interactions précoces

A partir de leurs travaux sur les interactions précoces, S. Lebovici, P. Mazet, P. Visier (1989) ont défini trois niveaux d'interactions : comportementales, affectives et fantasmatiques. Ces interactions font émerger le phénomène d'intersubjectivité[4] permettant par la suite de participer au développement de l'identité de l'enfant.

1.2.3.1. Interactions comportementales

Les interactions comportementales regroupent les façons dont la mère et l'enfant interagissent ensemble par leur comportement. Elles sont à la fois corporelles, visuelles et vocales.

Les interactions corporelles impliquent tous les comportements où la mère est en contact directement avec son enfant : le portage, le toucher, les caresses, les soins… Cette notion regroupe donc les concepts de holding et handling de D. Winnicott par lesquels la mère offre une enveloppe contenante au bébé par un contact physique. Il fait également écho à la notion de dialogue tonico-émotionnel de J. Ajuriaguerra qui évoque une communication des affects entre la mère et l'enfant par le biais de leurs états toniques respectifs. Les états toniques étant eux-mêmes en relation directe avec la qualité du toucher bienveillant et contenant.

[4] *L'intersubjectivité est un concept philosophique développé pour la première fois par E. Kant comme l'idée que "les hommes sont des sujets pensants capables de prendre en considération la pensée d'autrui dans leur jugement propre". (E. Kant, la faculté de juger, 1790).*

Les interactions visuelles concernent le regard que chacun porte à l'autre dans la relation et qui induit des émotions (les regards sont chargés d'affects que l'on transmet). Selon D. Winnicott (1975), *« la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit »*, c'est la notion de "miroir".

Les interactions vocales permettent un mode privilégié de communication permettant au bébé d'exprimer ses désirs. Les cris et les pleurs font partie d'un premier langage pour lui. Selon J. Bowlby (1969), les interactions vocales jouent un rôle important dans l'attachement, comme une sorte de *« cordon ombilical acoustique* ». On retrouve une illustration de ces interactions vocales lorsque la mère utilise le "baby-talk" (parler-bébé) ou le "mamanais", qui correspond à une prosodie de la mère de manière ralentie, plutôt aiguë et chantante, revenant souvent dans les jeux. Enfin, selon J. Bruner (1983), l'acquisition du langage est fondamentalement basée sur les processus d'interaction mère-nourrisson.

1.2.3.2. Interactions affectives et fantasmatiques

Les interactions affectives concernent le climat émotionnel ou affectif dans lequel se créent les échanges. Elles aboutissent à un type de vécu agréable ou non de la communication. D. Stern (1989) parle "d'accordage affectif" ou "d'harmonisation affective" entre la mère et l'enfant. L'objectif dans le « jeu mère-nourrisson » est la communication des émotions, surtout lors des premières semaines et premiers mois.

Selon L. Kreisler, B. Cramer et S. Lebovici (1981), l'influence réciproque des vies psychiques de la mère et de celle du bébé (aspects imaginaires, conscient ou fantasmatique, inconscient) constituent les interactions fantasmatiques. C'est ce qui va donner sens aux interactions comportementales. Dès les premiers mois de grossesse, l'activité psychique de la mère va lui faire imaginer un bébé, supposé tout accomplir, tout réparer et tout combler. Cet enfant irreprésentable jusqu'à la naissance sera source de représentations psychiques, de rêves et de fantasmes. La rencontre avec l'enfant réel pourra alors revêtir des apparences de deuil de l'enfant imaginaire. Ces interactions fantasmatiques sont donc présentes bien avant la naissance du bébé.

Ainsi, les interactions par le regard, la parole, le contact physique ainsi que ce que la mère transmet à son enfant de son histoire détermine une qualité d'attachement entre les deux

partenaires. Selon J. Bowlby (1980), l'attachement est un type spécifique de liens appartenant à un ensemble plus vaste de liens que M. Ainsworth (1985) désigne ensuite par le terme de "liens affectifs". Ces liens ont pour fonction la protection de l'adulte envers l'enfant encore vulnérable, et la socialisation, l'attachement se déplaçant au cours du développement de la mère aux proches puis aux étrangers.

1.2.4. Les compétences maternelles selon S. Robert-Ouvray

"L'alliance des compétences psycho-corporelles du bébé avec les compétences de la maman provoque un effet de croissance pour l'enfant et pour la mère" (Robert-Ouvray, 2007, p96). La qualité des interactions entre la mère et son bébé conditionne donc le bon développement de ce dernier et permet à la mère de renforcer son rôle de mère, comme nous l'avons évoqué plus haut. La maternalité selon P-C. Racamier (1961) est le "devenir mère", c'est-à-dire le processus durant lequel la mère investit de plus en plus son rôle au fur et à mesure des expériences avec son bébé. Celle-ci est intimement liée à l'histoire de la mère et à sa capacité à s'en saisir afin de proposer ce qu'il y a de mieux pour l'enfant.

1.2.4.1. La transmission du savoir et du savoir-être lié à son histoire, ses lectures…

"L'histoire affective se situe au premier plan dans les interactions précoces" (Robert-Ouvray, 2007, p96). En effet, les comportements de la mère seront influencés par ceux qu'elle aura elle-même reçu dans son enfance par sa propre mère. Selon S. Robert-Ouvray (2007), on retrouve deux types de reproduction : soit les parents reproduisent ce qu'ils ont apprécié, ce qu'elle appelle *"la reproduction ou le même"*, soit ils font tout le contraire de ce qu'ils ont reçu, c'est *"l'opposition ou le contraire"*. Cependant, l'être humain est complexe par sa nature donc la reproduction des schémas relationnels de l'enfance sont néanmoins imprégnés par la subjectivité de chaque mère. Ainsi, la mère doit auparavant avoir pris conscience des manques ou des souffrances qu'elle a subi dans son enfance afin de pouvoir proposer en toute connaissance de cause la meilleure éducation possible à son enfant. *"Si le parent peut accéder à cette prise de conscience, il pourra éviter les répétitions, corriger certaines trajectoires, et se faire du bien en réparant quelque chose de sa propre enfance".* (Robert-Ouvray, 2007, p98).

Dans le cas où cette prise de conscience n'a pas abouti, la mère peut tomber dans un extrême et reprendre à l'inverse et sans juste mesure ce qu'elle a reçu. Dans le cas d'une personne n'ayant pas reçu assez d'attentions dans son enfance, cela peut donner une mère trop dévouée et trop protectrice envers son enfant (qui se traduira par une maman qui habille son fils ou le fait manger jusqu'à tard dans le développement de celui-ci par exemple). Dans le cas d'une personne dont la mère était omniprésente et ne laissait pas suffisamment la place aux expériences personnelles, la mère peut devenir au contraire absente, laissant trop de libertés et pas assez de limites dans l'éducation de son enfant. Afin de permettre à l'enfant de grandir au mieux en se construisant une identité propre et une capacité relationnelle ajustée aux situations, les parents doivent continuellement lutter contre ces oscillations entre "le même" et "le contraire". *"Les compétences maternelles seront la résultante d'une articulation entre la transmission socialisée du savoir-faire*[5] *et la transmission personnalisée du savoir-être*[6]*"*. (Robert-Ouvray, 2007, p101).

1.2.4.2. L'anxiété maternelle et la capacité à s'inquiéter pour son enfant

L'anxiété se développe chez la mère dès le début de la grossesse et se manifeste, par exemple, par la peur d'avoir un enfant anormal ou encore la peur qu'il lui arrive un malheur. Puis, au moment de la naissance, elle peut se traduire par le sentiment de ne pas être à la hauteur ou encore un sentiment d'inquiétude et d'angoisse quand son enfant ne va pas bien. Cette anxiété naturelle de la mère est souvent vécue comme culpabilisante et pour beaucoup de mères elle témoigne d'une fragilité. Pourtant, elle prépare et est le précurseur des capacités d'adaptation de la mère face à son enfant. Si le comportement de la mère est adapté, celle-ci très réceptive aux états émotionnels de son enfant, sait ce qui est bon pour lui et interprète ses besoins. Toujours selon S. Robert-Ouvray (2007), un bon ajustement serait la capacité à laisser son enfant expérimenter par lui-même sans pour autant créer un sentiment d'abandon. Là encore, l'influence du passé de la mère intervient et peut créer des situations inadaptées (trop ou pas assez d'anxiété). *"L'anxiété fait partie des compétences maternelles. Cette anxiété*

[5] Le savoir-faire est la connaissance des moyens qui permettent l'accomplissement d'une tâche. Ici, le savoir-faire désigne la connaissance des moyens permettant l'éducation et le développement d'un enfant.

[6] Le savoir-être correspond à la capacité de produire des actions et des réactions adaptées à l'environnement humain. Ici, cela désigne la capacité de la mère à adapter continuellement son savoir-faire en fonction de son enfant (ses besoins du moment, ses désirs qui lui sont propres).

préventive de situations douloureuses pour le bébé est donc une position intermédiaire entre les deux pôles opposés, l'angoisse et l'anesthésie". (Robert-Ouvray, 2007, p.104).

1.2.4.3. La langue maternelle et la capacité du bébé à interpréter mimiques et sons

"Une autre compétence maternelle favorise la croissance psycho-corporelle de l'enfant ; c'est la capacité d'interpréter les mimiques et les mouvements du bébé" (Robert-Ouvray, 2007, p104). Pour une mère, interpréter son bébé consiste à mettre des mots sur les comportements de son enfant, afin d'une part de donner à ce dernier la sensation d'être compris et reconnu si l'interprétation concorde avec ce qu'il exprime, mais aussi d'autre part, afin de lui donner un premier accès à la symbolisation et au langage.

> *"Lorsque le bébé bouge, la mère parle : c'est un accordage affectif entre deux modes d'expression qui passe par la tonicité. (...) Le bébé ne comprend pas les mots de l'adulte mais il perçoit les intonations de sa voix, il perçoit la mélodie des mots".* (*Ibid,* p. 105-106).

Ainsi, si les intonations concordent avec les mots prononcés et les émotions communiquées sont authentiques, alors la "langue émotionnelle" est comprise par le bébé qui réagit en agissant sur sa régulation tonique (apaisement, rigidité, qualité de mouvements…) et peut répondre par des regards ou encore un sourire. La tonicité et le dialogue tonico-émotionnel développés en amont permettent alors à l'enfant non seulement de s'exprimer mais aussi d'être deviné par sa mère, ce qui, d'après S. Robert-Ouvray, est un besoin fondamental. *"La langue maternelle conditionne l'univers affectif de l'enfant"*. (*Ibid*, p. 105).

L'interprétation adaptée de l'enfant grâce au bon ajustement de sa mère conditionne par la suite la manière dont l'enfant percevra lui-même ses sensations et se mettra en relation avec autrui. *"L'enfant est tiré vers l'interprétation de sa mère dont il a besoin pour sortir de l'univers corporel dans lequel il se trouve"* (*Ibid*, p. 107). La mère tient donc ici un rôle essentiel dans la construction psychique et le développement de son enfant pendant ses premiers mois.

Cette notion de compétences maternelles introduite par S. Robert-Ouvray complète le travail effectué par M. Ainsworth (1985) autour des trois types de relation dans la théorie de

l'attachement. Cette dernière a théorisé le fait que la mère représente la base de sécurité de l'enfant. Ses recherches lui ont fait mettre au point un dispositif pour mesurer l'attachement au travers de la "Strange situation" (la situation étrange). Elle propose une analyse de situations en fonction de séparations-retrouvailles entre l'enfant et sa figure d'attachement. Elle identifie trois types d'attachement ainsi que trois types de comportement du caregiver (celui qui prodigue les soins de l'enfant, ici la figure maternelle). En premier lieu, l'enfant sécure est celui dont le caregiver est adapté dans la relation, il a confiance en ce dernier et réagira alors au départ de celui-ci mais pourra être consolé par un étranger. Ensuite, l'enfant insécure évitant est celui qui démontre un total désintérêt en l'absence de son caregiver et qui réagit de la même manière dans les bras de celui-ci ou dans ceux d'un étranger. Dans ce cas, la figure maternelle encourage démesurément la dépendance de son enfant et répond peu à ses besoins. Enfin, l'enfant insécure ambivalent est celui qui montrera à la fois de la colère et de l'anxiété en l'absence de son caregiver mais aussi un manque de confiance et un dégoût de celui-ci lorsqu'il est dans ses bras. Ici, le comportement de la figure maternelle est incohérent, elle alterne entre réponses adaptées et absence de réponses. M. Ainsworth a ainsi montré que l'attachement est facilité par la sécrétion d'ocytocine, une hormone qui favorise les interactions sociales. Celle-ci est libérée lorsque la mère est ajustée dans la relation et propose une contenance dans le portage, des soins agréables, des réponses adaptées, lorsque l'accordage tonico-affectif est efficace. Au contraire, *"chez certaines femmes traumatisées la sécrétion d'ocytocine peut être ralentie voir supprimée, inhibant ainsi la capacité empathique maternelle".* (Robert-Ouvray, 2015).

La notion de mère suffisamment bonne est introduite par D. Winnicott en 1953, inspiré par les idées de M. Klein qui parlait elle d'expériences suffisamment bonnes pour l'enfant en désignant implicitement les soins maternels et la capacité de l'enfant à les recevoir. La mère suffisamment bonne est donc celle qui est capable de faire face aux frustrations de son enfant, celle qui saura s'adapter, ni trop longtemps absente, ni trop possessive ou envahissante : *"c'est une mère suffisamment suspendue aux états psychocorporels de son bébé pour leur donner un sens et le faire entrer dans l'univers humanisant de la communication"* (Robert-Ouvray, 2007, p. 108). Cette capacité est ainsi sous-tendue par l'ajustement efficace et adapté de la mère qui, dans les interactions et dans la communication avec son enfant saura comprendre et interpréter son enfant.

S. Escalona (1968) décrit "la spirale transactionnelle" qui se met en place entre la mère et son enfant, comme l'idée que ces interactions ne sont pas un cercle fermé mais une spirale,

tournée vers l'idée d'évolution. En effet, au fur et à mesure que l'enfant grandit, cette dépendance, cette nécessité de la dyade mère-enfant devient moins radicale. Le passage de cette adaptation parfaite aux besoins de l'enfant à une moindre adaptation s'effectue progressivement. Cela permet au bébé de quitter cet état de fusion avec sa mère en toute sécurité, sans angoisse, tout en maintenant une représentation de celle-ci. En ouvrant la représentation de son enfant à un espace tiers qui est celui de son environnement, la mère participe à l'individuation et à l'émergence du Moi de celui-ci.

2. … Impactée par un diagnostic autistique…

2.1. Impact d'un diagnostic sur l'histoire du patient

2.1.1. Le regard des parents évolue face à l'annonce du handicap

Ces liens qu'entretiennent une mère et son enfant se font plus ou moins naturellement, selon les dispositions psychiques des deux personnes concernées. En revanche, lorsque l'un des deux est handicapé, en particulier lorsque les parents apprennent la différence de leur enfant, c'est un véritable chamboulement de la relation mère-enfant qui s'opère.

L'annonce du handicap d'un enfant à ses parents est vécue pour la plupart comme un traumatisme. Les paroles prononcées ce jour-là restent gravées dans les mémoires car c'est à ce moment-là que les parents comprennent que leur vie est en train de basculer.

Une fois les mots annonciateurs prononcés, les parents sont en général sous le choc de la nouvelle. Ils expérimentent une période de leur vie où ils sont sans voix. Leur esprit a été tellement chamboulé qu'il les a même privés de leur voix, privés de tout moyen de communication. En l'espace de quelques secondes, ils ne sont plus eux-mêmes. Comme le chante le chœur antique dans la tragédie de Sophocle (442 av. J-C) à propos de l'accueil d'une mauvaise nouvelle : *"Comment raconter l'indicible ? Tu vas entendre le récit d'une souffrance égale à la mort…Ô nouvelle que l'esprit ne peut accueillir et ne peut fuir !"* Ces mots illustrent parfaitement ce que vivent la plupart des parents lors de l'annonce d'un handicap, confrontés à une grande douleur, ils ne peuvent y échapper. La psychanalyste S. Korff-Sausse rapporte dans son livre le témoignage d'une mère :

"C'est un événement qui fait qu'on ne peut plus retourner en arrière, à cet état "normal" de celui qui dit "ça n'arrive qu'aux autres. Cet état d'innocence est perdu à jamais. [...] Il faut du temps pour que cet événement traumatisant puisse être intégré et dépassé". (Korff-Sausse, 2016, p.38).

Aucun parent n'est préparé à entendre une telle annonce. En effet, on entend bien souvent l'adage "ça n'arrive qu'aux autres, ça ne m'arrivera pas à moi", on n'imagine même pas pouvoir vivre cette épreuve. Mais lorsque cela arrive, nous ne pouvons qu'être médusés par la nouvelle. De plus :

"*les modalités selon lesquelles le handicap est annoncé aux parents jouent un rôle déterminant dans leur manière d'assumer cette épreuve. [En effet], les interventions médicales, les paroles, les choix, s'inscrivent de manière indélébile et ont parfois des conséquences imprévisibles."* (Korff-Sausse, 2016, p.32).

S. Freud (1905), introduit la notion d'amnésie traumatique. Confrontés à des mots qu'ils ne peuvent entendre, révoltés, choqués, sidérés, dans un mécanisme de défense psychique, les parents oublient ce moment difficile et les mots qui ont été prononcés. Nous remarquons en effet que beaucoup de parents confrontés à une telle annonce se retrouvent aujourd'hui en difficultés lorsqu'ils essayent de raconter en détails le moment en question. Ce n'est pas le cas de tous, d'autres parents au contraire auront les mots et les visages gravés à jamais dans leur mémoire, ils pourront même décrire la pièce dans laquelle ils se trouvaient.

Si le handicap de l'enfant n'est pas détecté à la naissance (dans le cadre d'un diagnostic autistique par exemple ou d'un trouble développemental), cette période de choc est précédée d'une période d'anxiété et de culpabilité. En effet, le plus souvent c'est la mère (surtout si elle a eu d'autres enfants) ou la crèche qui remarquent les premiers signes du handicap (retards dans la motricité, absence d'interactions…). *"La mère se retrouve seule et culpabilisée avec le pressentiment angoissant que quelque chose ne va pas chez son enfant"* (Korff-Sausse, 2016, p.30). Le médecin vient alors constater un retard de développement, un dysfonctionnement sans pour autant pouvoir mettre en évidence un diagnostic, une étiologie ou un quelconque pronostic. Les parents, anxieux, peuvent alors tout imaginer.

"Ils passent d'un extrême à l'autre. Le meilleur : les médecins n'ont rien trouvé, (...) donc il peut s'en sortir, il peut rattraper son retard ! Le pire : ils ne m'ont pas dit toute la vérité. En fait, ils savent mais ils n'osent pas me le dire, c'est très grave !" (Korff-Sausse, 2016, p.31).

Une fois le handicap prononcé, les parents doivent passer par une phase d'acceptation de celui-ci. En effet, ce n'est pas Sa Majesté le bébé dont nous parle S. Freud[7], à savoir l'enfant merveilleux qui doit réaliser tous les souhaits secrets des parents mais un enfant différent, qui envoie à ses parents une image déformée, "tel un miroir brisé" pour reprendre les mots de S. Korff-Sausse, dans laquelle ils ont du mal à reconnaître l'enfant tant attendu. *"L'annonce du handicap change le regard que portent les parents sur leur bébé"* ajoute M. Gauberti (1993). De ce fait, ce changement drastique amène les parents à passer par un processus de deuil de l'enfant imaginaire, concept énoncé en premier lieu par le psychanalyste M. Soulé (1983). Pour lui, *"le bébé imaginaire est porteur de l'histoire transgénérationnelle, faite d'éléments de l'histoire des parents mais aussi des grands-parents"* (Soulé, 1983). Ce deuil est alors un processus nécessaire lors de la naissance de l'enfant réel, différent de celui imaginé, sain ou porteur de handicap. Dans le cadre de la naissance d'un enfant handicapé, la différence entre l'enfant parfait imaginé et l'enfant réel est majorée donc le travail de deuil est d'autant plus difficile. Mais c'est pour les parents une étape nécessaire afin de donner par la suite toute sa place au bébé. Cette notion de deuil est cependant délicate car elle sous-entend que la naissance d'un enfant handicapé est comparable à la mort de celui-ci. Comme le faisait très justement remarquer un patient de S. Korff-Sausse : *"on me parle de deuil à faire. Mais deuil cela veut dire que quelqu'un est mort… Mon enfant n'est pas mort, il est bien vivant ; handicapé, oui, mais présent !"*

Comment pouvons-nous alors proposer un travail d'acceptation du handicap si nous impliquons par nos propres mots qu'il aurait presque mieux valu que l'enfant fût mort plutôt qu'handicapé ? Cette étape, quel que soit le nom qu'on lui porte, doit néanmoins être franchie car ne pas accepter la différence de son enfant peut avoir de lourdes conséquences sur le développement du bébé mais aussi sur la santé mentale du parent. S. Korff-Sausse évoquait une patiente qui, envahie par l'effroi que lui suscitait le handicap de son enfant, n'a pas pu pendant plusieurs mois soutenir le regard de son bébé : *"je fermais les yeux, je ne voulais pas le voir"*. Pendant plusieurs mois, l'enfant était privé de tout lien affectif avec sa mère, seuls les soins primaires demeuraient. Aucun regard, aucune caresse, pas de mots…La relation mère-enfant qui permet un bon développement psychique et physique (comme décrit plus haut) ne peut s'installer.

[7] *Freud, S. (1995). Pour introduire le narcissisme (1914). La Vie sexuelle. Paris : PUF, p. 81-105.*

D'ailleurs, M. Gauberti nous parle également de ces carences au niveau de la relation mère-enfant dans son livre "A corps et à vie" paru en 1993. Pour elle, un développement réussi nécessite une cohérence et une souplesse dans les relations corporelles avec la mère. Dans le cadre d'un handicap, que ce soit la mère ou l'enfant qui est moins investi, le résultat est le même : c'est une barrière à la relation. Mais une barrière qui peut être franchie ! Par exemple, c'est à l'entrée en crèche de l'enfant que sa mère a pu changer son regard sur lui. En effet, le regard porté par les autres sur son enfant l'a rassurée et l'a amenée à le voir d'une toute autre manière. *"C'est par le regard des autres, comme au travers d'un miroir que cette mère a pu elle aussi regarder son enfant"* (Korff-Sausse, 2016).

Au-delà du choc et des potentielles difficultés d'acceptation rencontrées par les parents au moment de l'annonce du handicap, la question de l'éducation est à prendre en compte. En effet, on observe parfois que le comportement des parents face à leur enfant handicapé est soit excessif soit incohérent : surprotection, exigences trop rigides, aspirations trop élevées ou au contraire absence de désir et de perspective, absence de stimulation. Simone Korff-Sausse émet une hypothèse face à ces comportements : *"Sidérés, [les parents] ne parviennent plus à assumer leur fonction parentale. L'anxiété et la culpabilité leur fait perdre toute spontanéité"*. (Korff-Sausse, 2016). Certaines fois même, l'enfant est mis à l'épreuve et toutes les stimulations de la vie quotidienne sont transformées en séances de rééducation. D'autres fois encore, avec cet enfant qui bouleverse les codes de l'éducation et le rythme de vie habituel, les parents peuvent perdre la capacité spontanée de comprendre et de connaître leur propre enfant.

2.1.2. L'enfant ressent différemment sa propre identité

Dans le cadre d'un diagnostic de handicap posé avant la naissance, le processus est différent. En effet, l'enfant est encore imaginé et espéré par les parents. Savoir qu'il sera différent mais ne pas encore avoir l'opportunité de le voir et de pouvoir vérifier de ses propres yeux l'ampleur de cette différence peut laisser place à une activité fantasmatique anxiogène pour les parents : ils n'auront plus en tête que le handicap ainsi que les difficultés et bizarreries associées. *"Si le handicap est prononcé avant même d'avoir pu voir le bébé, celui -ci risque de porter le handicap avant même de porter un prénom."* (Korff-Sausse, 2016, p.29).

Le handicap effraie ceux qui ne le connaissent pas. Pour les autres, le handicap reste un stigmate qui différencie un enfant d'un autre enfant ou d'un autre membre de la famille dit

“normal”. On remarquera alors qu’une personne handicapée est sans cesse définie par ce qu’elle est ou ce qu’elle n’est pas. Comment peuvent-elles s’identifier ? *“Différent des autres, il cherche, désespérément, tel Narcisse, un miroir qui puisse refléter une image de lui-même”* (Korff-Sausse, 2016, p.55).

D’après D. Winnicott (1975), le précurseur du miroir, qui renvoie une image de soi-même, c’est le visage de la mère. En effet, dans son regard il trouve ce qui lui est nécessaire afin de prendre conscience de lui-même. La mère en regardant son bébé est en relation directe avec ce qu’elle voit donc le bébé voit dans ce regard ce qu’il est et ce qu’il provoque chez la mère, d’un point de vue affectif. On peut alors se poser la question : Que renvoie la mère à son enfant et que perçoit ensuite l’enfant dans le regard de sa mère ? Si les parents, et en particulier la mère, ont du mal à accepter la particularité de leur bébé, celui-ci voit alors dans leur regard de l’effroi, de la culpabilité ou encore de la peur ? En somme, il voit tout ce qu'il inflige à sa maman, pour reprendre la formulation de S. Korff-Sausse. A partir de là, comment peut-il se construire malgré ou avec ce handicap ? La question du regard ne concerne pas seulement celui des parents lors de cette période cruciale qu’est celle de l’annonce du handicap mais elle s’étend également à toutes les situations de la vie. En effet, le handicap attire la curiosité et les questionnements. Une personne dont le handicap est visible rencontrera régulièrement sur son chemin des personnes qui la dévisagent par fascination et curiosité ou au contraire qui la fuient du regard par pitié, rejet ou désintérêt. *“Un trop du regard qui renvoie à une fascination impudique ou un pas assez du regard qui signe le rejet”.* (Korff-Sausse, 2016, p.56)

Nous pouvons déduire de cette discussion, qu’afin de favoriser un développement harmonieux pour leur enfant handicapé, les parents doivent pouvoir faire un travail d’acceptation du handicap. Ce travail peut être ralenti par une culpabilité de leur part ou une peur d’avoir mal fait quelque chose. Par exemple, on retrouve souvent chez des parents d’enfant autiste, une culpabilité de ne pas avoir suffisamment stimulé leur enfant lors de la petite enfance. (C’est un exemple que nous développerons plus bas). Le besoin de connaître une cause précise du handicap ou au moins une explication qui les exemptent de toute culpabilité se fait alors sentir. De la même manière, l’individuation du nourrisson nécessitant un phénomène de décollement du corps de la mère ainsi qu’une attirance vers le reste de l’espace, ne peut se faire si le comportement de la mère n’est pas adapté. En effet, comme nous l’avons dit plus haut, le comportement des parents peut être parfois excessif ou incohérent. Ne pas accepter totalement le handicap de son enfant peut provoquer un tel comportement. Cela peut avoir comme conséquence d’empêcher ce décollement du corps de la mère et ainsi ralentir un bon

développement psychique et physique en supprimant des possibilités d'expérimentations pour le bébé. Tous ces éléments auront donc des répercussions sur l'histoire développementale de l'enfant.

2.1.3. Le regard culpabilisant de la société

La loi du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances propose une définition de la notion de handicap :

> *« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielle, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

Ce texte de loi propose donc de définir le handicap comme l'impossibilité de surmonter des obstacles environnementaux, sociaux ou économiques. Le handicap cible donc les personnes dont les ressources sont insuffisantes face aux exigences de la société. Quelle place la société peut-elle donc donner à ces personnes qui sont finalement défavorisées par la nature même de leur identité ?

"L'important n'est pas de vivre comme les autres mais de vivre parmi les autres" écrit D. Tammet (2006), ayant un syndrome d'Asperger, dans son livre "*Je suis né un jour Bleu*". Cette phrase résume finalement un combat que doit mener la personne handicapée pour vivre dans notre société. Il continue avec ces mots, qui peuvent s'étendre à toutes formes de handicap : *"Les personnes touchées par le syndrome d'Asperger cherchent à se faire des amis, mais ont beaucoup de difficultés à y réussir. Je ressentais très profondément ce sentiment douloureux d'isolement et cela m'était très pénible" (Ibid).* Un enfant handicapé est souvent bloqué dans la logique de *"celui qui a un plus ou un moins"* (Korff-Sausse, 2016, p.65). Nous avons d'une part un entourage qui voudra essayer de le maintenir dans une fausse normalité afin qu'il soit reconnu par la société et qui fera au mieux pour gommer le "plus". Nous avons d'autre part, ceux qui ne pourront voir que son handicap et non pas ce qu'il a de "normal". Ce qui est dangereux c'est que l'enfant finira peut-être par se définir uniquement par ce que l'on pense de

lui. Pourtant, D. Tammet éveille les consciences par cette phrase : *"Vous n'avez pas besoin d'être handicapé pour être différent, car nous sommes tous différents"*. (Tammet, 2006, p.175).

D'ailleurs, S. Korff-Sausse évoque la question de l'inclusion dont on entend beaucoup parler aujourd'hui. Inclure dans le système scolaire ou professionnel une personne handicapée c'est lui permettre d'avoir des opportunités d'apprentissage et de travail au même titre que chacun d'entre nous. Cependant, elle fait remarquer avec justesse que si l'on inclut une personne c'est parce qu'elle était considérée comme exclue en amont. Nous pouvons nous poser la question de savoir pourquoi est-ce que le handicap est autant considéré comme quelque chose d'étrange, un handicapé est-il un étranger comparé à une personne dite "normale", finalement ? Je crois qu'en effet les gens ont peur de la différence. Le handicap effraie car il n'entre pas dans les cases de la "normalité" définie par la société, ses capacités sont altérées, il ne fonctionne pas comme la plupart d'entre nous et par conséquent nous ne le comprenons pas complètement. Selon A. Jollien (2020), le handicap fait peur peut-être parce qu'au-delà du handicap lui-même, c'est de la différence dont chacun se méfie car elle représente l'inconnu. Il serait donc plus facile de la rejeter que d'y faire face. Cependant, une personne handicapée ne pouvant pas être comme une personne dite normale, demande néanmoins à pouvoir vivre comme les autres, car elle a des droits comme tout être humain.

Tous sont d'accord pour dire que l'apparence physique d'un enfant handicapé peut être dépassée si sa personnalité est remarquée. De même, lorsque nous nous rendons compte du handicap qui touche une personne, tout naturellement alors, nous excuserons en quelque sorte le comportement différent voire inadapté de celle-ci. Cependant, la société peut se montrer cruelle sans le vouloir face aux personnes dont le handicap n'est pas visible. Le comportement de ces personnes-là sera jugé et non excusé car personne ne saura qu'elle porte en réalité un handicap. Par exemple, un parent peut se heurter au jugement d'autrui face à son enfant qui se comporte de manière différente d'un enfant du même âge sans handicap, jugement qui, s'il est répétitif peut se transformer en véritable blessure pour les parents comme pour l'enfant. Les conséquences du handicap d'un enfant, selon le degré de sévérité de celui-ci et les répercussions sur son comportement, peuvent amener à une marginalisation de la famille en question : *"Le handicap provoque le rejet et, en retour, le rejet provoque le handicap"* (Korff-Sausse, 2016, p.28).

Nous allons ensuite parler d'un diagnostic en particulier : le syndrome autistique. Nous discuterons en premier lieu de ses caractéristiques ainsi que des conséquences d'un tel handicap sur la relation mère-enfant et la maternalité.

2.2. Sémiologie de l'autisme

2.2.1. Définition TED selon CIM10

De nombreuses personnes ont essayé de définir l'autisme. C'est un syndrome qui a porté plusieurs noms depuis qu'il a été identifié. Cependant, ce sont les classifications actuelles qui donnent un aperçu le plus juste et le plus global possible, tout en essayant de prendre en compte au maximum les différentes spécificités de ce handicap. En effet, on retrouve de nombreuses caractéristiques en fonction du type d'autisme rencontré, il n'y a pas deux fonctionnements autistiques identiques.

La CIM10 (Classification internationale des troubles mentaux et du comportement) est la grille de classification recommandée par la Haute Autorité de la Santé (HAS)[8]. C'est une classification dite "critériologique" : le diagnostic repose sur la constatation chez un individu d'un nombre minimal de critères parmi une liste plus grande.

Pour la CIM10, les TED (Troubles Envahissants du Développement) sont définis comme un "groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypés et répétitifs. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations". *(HAS, 2018)*

Les patients ayant un TED ont en commun une association de symptômes qui regroupe des troubles de la communication verbale et non-verbale, des troubles des relations sociales et des centres d'intérêts restreints et/ou conduites répétitives. *(HAS, 2018).*

2.2.2. Critères DSM5

En revanche, dans la classification du DSM5 (manuel diagnostic de l'association américaine de psychiatrie), le terme TED disparaît pour laisser place au terme de TSA (Trouble du Spectre Autistique). Les caractéristiques d'un diagnostic de TSA regroupent un déficit

[8] La Haute Autorité de Santé, ou HAS, est une instance qui participe au développement et à la qualité des soins dans les domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

persistant dans l'interaction et la communication sociale ainsi que des activités ou intérêts restreints et répétitifs. Les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance et doivent altérer le fonctionnement quotidien lorsque tous les symptômes sont mis ensembles. Il existe différents niveaux de gravité du TSA. *(HAS, 2018).*

2.2.3. Définition du syndrome autistique

Finalement, l'autisme est un syndrome c'est-à-dire l'association de certains signes ou symptômes dont l'étiologie, la cause, est inconnue.

Le syndrome autistique est un trouble neurodéveloppemental débutant avant l'âge de 3 ans. Ce diagnostic touche simultanément les interactions sociales (avec souvent une tendance au repli, à l'isolement), la communication, à la fois verbale (langage oral) et non verbale (gestes, mimiques…), le comportement (avec des gestes répétitifs, des rituels, des intérêts restreints) et de troubles sensoriels (réactions anormales à certaines stimulations).

Selon M. Lemay (2015), on parle d'autisme si les troubles apparaissent avant 3 ans, même s'ils ne sont pas tous présents à cet âge. C'est un trouble qui va durer toute la vie et interférer dans le développement et dans les apprentissages de tous ordres.

2.2.4. Signes d'alerte

Les premières anomalies apparaissent toujours avant 3 ans. Elles sont parfois visibles dès le début de la vie, progressivement, ou au contraire peuvent arriver parfois brutalement en quelques mois après une période de développement normal. Les premiers signes sont constitués par l'absence de mise en place de certaines fonctions et non pas par l'existence de réels symptômes.

On retrouve des troubles des interactions sociales : sourires moins fréquents, manque de réponses sociales (évitement du regard, contact visuel pauvre), initiatives sociales pauvres, absence d'expression faciale et manque de modulation des émotions. On observe également un trouble de la communication (retard de babillage, vocalisations moins fréquentes) et des troubles moteurs (ajustement postural anormal, trouble de diversité des mouvements, passivité, hypo-réactivité). *(HAS 2018).*

Selon les recommandations de l'HAS (2018), dans le cadre d'un diagnostic de trouble neurodéveloppemental, on observe avant 18 mois des particularités dans le développement concernant le niveau de vigilance ("trop calme", "irritable"), le sommeil (difficultés d'endormissements, nombreux réveils), la diversification alimentaire (sélectivité, refus de la nouveauté, rituels), la régulation des émotions (colères inexpliquées), ajustement tonico-postural (portage difficile), le répertoire moteur et l'exploration "inhabituelle" des objets.

Ensuite, autour de 18 mois, l'observateur doit associer au moins deux signes parmi les difficultés suivantes: difficultés d'engagement relationnel, d'attention et de réciprocité (initiation, réponse et maintien de l'attention conjointe, pointage à distance…), de réactivité sociale (réponse au prénom), de langage réceptif (compréhension des consignes) et expressif (répétition de syllabes ou de mots), dans le jeu socio imitatif et symbolique et dans les réponses sensorielles (recherche ou évitement de sensations).

Au-delà de 18 mois, en plus des signes repérés précédemment, l'observateur doit repérer des difficultés relationnelles persistantes, des difficultés à comprendre ou interpréter des intentions, des expressions langagières ou le second degré ainsi que des comportements et intérêts anormalement répétitifs, restreints et stéréotypés.

Selon B. Rogé (2015), quel que soit l'âge, l'inquiétude des parents vis -à -vis de leur enfant et l'observation de régressions concernant le langage et les relations constituent déjà des signes d'alerte majeur du TSA. En parallèle, on doit pouvoir repérer chez le jeune enfant une absence de babillage, de pointage à distance ou d'autres gestes sociaux pour communiquer à 12 mois. Puis, une absence de mots à 18 mois et enfin, une absence d'association de mots à 24 mois.

2.2.5. Caractéristiques des TSA

Selon A. Lazartigues et E. Lemonnier (2005), de manière générale, une personne autiste est caractérisée par trois types d'anomalies.

2.2.5.1. Les anomalies dans les relations sociales

C'est le point central de l'autisme. On observe que l'enfant ne répond pas à son prénom, a tendance à s'isoler et à éviter le regard de l'autre. Son propre regard est plutôt périphérique, vide ou transparent. De plus, il ne cherche pas le contact corporel, n'établit que rarement un contact voire il l'évite ou le refuse. Le contact social est étrange. Enfin, il utilise l'adulte comme un objet (par exemple : il prend la main de l'adulte pour parvenir à ses fins), il ne joue pas avec les autres enfants, ne s'intéresse pas, ses émotions sont très variables (pauvres ou alors exagérées). Il ne partage pas non plus les émotions d'autrui et ne les comprend pas.

2.2.5.2. Les troubles de la communication

Le langage réceptif et expressif ainsi que la communication non verbale sont très perturbés.

Le langage est caractérisé par de nombreuses particularités dans différents secteurs. Au niveau du développement, on observe une absence de langage ou un retard de langage. Dans le secteur de la fonction pragmatique, on observe des écholalies, émissions vocales, un langage non communicatif. Enfin, sur le plan de la fonction symbolique, on observe une incapacité à utiliser les termes abstraits : les mots concrets sont les premiers et l'accès à l'humour est difficile.

La compréhension des modes de communication non verbale (mimiques, sourires, gestes) est aussi limitée. En effet, un enfant autiste n'utilise pas les gestes conventionnels ou les mimiques (désigner du doigt, expression de joie, surprise ou peur), n'initie pas de gestes interactifs et n'imite pas les gestes de l'adulte.

2.2.5.3. Comportements et activités répétitifs et/ou restreints

Dans le cadre d'un diagnostic autistique, les intérêts de l'enfant sont restreints, l'activité est pauvre et répétitive. Les objets sont utilisés de façon détournée ou stéréotypée (exemple :

fait longuement tourner un objet sur lui-même, comme une toupie), il s'attache à des objets inhabituels et est capable d'aligner des objets inlassablement. Les jeux de faire semblants, les jeux spontanés, imaginatifs ou symboliques sont inexistants ou limités.

2.2.5.4. Réactions particulières

Selon M. Lemay (2015), en parallèle de ces troubles, un autiste peut avoir des réactions particulières à l'environnement et produire des bizarreries du comportement. Ces troubles peuvent correspondre à des anomalies perceptives, comme les travaux de J. Ayres le montrent. Au niveau auditif, il peut être très sensible à certains bruits et pourtant ne pas réagir à son prénom. Certains bruits familiers peuvent déclencher des angoisses de panique comme le bruit de l'aspirateur. Certains autistes peuvent même être fascinés par la musique.

Toutes les modalités sensorielles peuvent être affectées (par exemple, certains contacts comme celui des vêtements peut être insupportable pour certains autistes ayant une hypersensibilité au toucher).

Les personnes autistes sont par ailleurs dans une recherche d'auto-stimulations (mouvements des doigts devant les yeux, balancements du corps, tournoiements, grincements des dents, fascination pour la lumière…)

De plus, les enfants TSA présentent un manque de flexibilité et un besoin d'immuabilité. En effet, l'enfant peut avoir des peurs inhabituelles d'objets ou de situations, une intolérance au changement de lieux, de personnes, de vêtements… ce qui suscite des réactions d'angoisse, de colère vive, d'agressivité avec parfois des automutilations. Le besoin de routines et de rituels est très présent.

Le fonctionnement d'une personne autiste est ainsi touché par ces troubles. Des recherches concernant les conséquences de ces troubles dans le développement d'un enfant autiste permettent de les comprendre davantage et d'avancer des hypothèses quant à leur comportement.

2.3. Conséquences développementales chez l'enfant autiste du point de vue psychomoteur

Selon A. Bullinger (2004), le corps et ses expressions tiennent une place prépondérante chez les enfants autistes. Les nombreuses manifestations corporelles propres à chacun apparaissent comme des éléments de compréhension de leur monde et de leurs ressentis. Son hypothèse est de dire que le recrutement tonique, les mouvements peuvent être des moyens pour faire exister ou stabiliser les limites corporelles. Le sentiment d'unicité ainsi que l'image du corps sont alors maintenus présent par les sensations, d'où cette recherche presque continuelle de sensations.

En raison de la variabilité des profils cliniques et de l'étendue du spectre autistique, les données concernant le développement moteur des enfants autistes sont nombreuses mais souvent contradictoires. Quelques particularités motrices apparaissent cependant fréquemment et concernent le tonus, le niveau d'activité, les comportements anticipatoires et les postures. En général, les compétences perceptives et motrices sont supérieures aux compétences des domaines de la communication et de la socialisation (imitation et langage), selon les études de Ming (2007) et de Perrin (2013).

Les troubles moteurs vont des difficultés praxiques majeures à des compétences motrices exceptionnelles mais rares (les "kinésies paradoxales" selon Leary et Hill, 1986). En effet, les enfants autistes possèdent souvent une grande variabilité des habiletés motrices au sein d'un même domaine. On repère fréquemment un déficit des compétences concernant la motricité fine (prise plus faible ou plus lente), une latéralisation plus tardive, des difficultés de coordination bi manuelle ainsi que des difficultés praxiques liées à la difficulté d'intégrer des informations multiples ou liées à des difficultés d'intégration sensorielle. On observe également une hypotonie et une hyperlaxité ligamentaire liées à des particularités posturales.

Du point de vue psychomoteur, on notera également un trouble du niveau d'activité ou de l'attention (agitation, instabilité, apathie, inhibition, troubles de l'attention…) ainsi que des mouvements anormaux tels que des stéréotypies corporelles ou d'objet et des comportements d'autostimulation ou d'apaisement. *(HAS, 2010)*

Connaissant à présent les liens qu'entretiennent une mère et son enfant par les interactions, quelles que soient leur nature, ces derniers sont donc inévitablement altérés par tous les troubles et les carences d'un enfant autiste.

2.4. Conséquences de l'autisme sur la relation mère-enfant

De nombreuses études ont démontré que le trouble des interactions sociales et de la communication chez un enfant autiste altérait la relation mère-enfant. *"Ils soulignent l'incapacité pour l'enfant à exprimer ses attentes et la difficulté pour la mère à les comprendre et répondre à ses besoins".* (Persini, 2013, p.145-158). En effet, l'intérêt du bébé pour les interactions sociales est ce qui le pousse en premier lieu à engager une relation avec sa mère. C'est grâce à cet intérêt que le bébé va communiquer ses besoins afin qu'ils soient entendus. L'altération de cet intérêt pour l'espace social chez l'enfant autiste *"implique toujours le corps du bébé dans sa tonicité, sa gestuelle, sa mimique, donc sa relation avec le corps de sa mère"*. (Robert-Ouvray, 2007). De plus, comme décrit plus haut, la communication est la base des interactions entre la mère et l'enfant. Or l'enfant autiste est fuyant du regard, il ne regarde pas ou très peu sa mère donc il ne peut recevoir ce que la mère lui communique par son regard. Un bébé en bonne santé communique également par la régulation de ses états toniques. Or l'enfant autiste ne régule pas de manière adaptée sa tonicité : il est sur un versant hypertonique ou hypotonique, en continuelle recherche de sensations qui lui apporteront un cadre et une régulation qui lui fait défaut. Ainsi, sans communication de la part du bébé, la mère, ne connaissant pas ses besoins et ne comprenant pas son fonctionnement, ne peut y répondre. La dynamique de la dyade mère-enfant s'en trouve altérée.

Sachant cela, la mère peut de son côté s'engager davantage dans la relation. Cependant, la culpabilité de ne pas répondre de manière adaptée aux besoins de son enfant ainsi que la souffrance face à l'absence de réponses la laissent seule dans cette relation. En conséquence, cela peut provoquer également un découragement et un désinvestissement dans la dyade de la part de la mère. Les soins sont alors effectués par habitude et par nécessité sans y mettre les affects et l'engagement personnel qui font de ses moments des moments d'expériences, de plaisir et de relation. En manque de holding et de handling, l'enfant autiste se trouve alors privé de nombreuses expériences permettant les sensations d'unité du corps et d'enveloppe corporelle, ce qui déjà lui fait défaut par la nature de son handicap.

De manière générale, l'espace de la dyade mère-enfant est un espace de désir, de plaisir et de communication. Or dans l'autisme, cet espace est en réalité un espace envers lequel l'enfant est indifférent. De cette indifférence naît la souffrance de la mère et l'impossibilité d'instaurer une relation mère-enfant narcissisante.

Ce trouble de la communication *"empêche les niveaux affectifs et représentatifs de s'étayer sur les niveaux toniques et sensoriels"* (Robert-Ouvray, 1997, p.225). En effet, selon une étude de F. Tustin (1984-1989), les paliers toniques et affectifs sont effectivement mis en place mais *"le processus semble s'être altéré dans l'étayage du palier suivant qui est le palier affectif"*. (Cité par Robert-Ouvray, 1997, p.81). L'enfant gardant pour lui ses sensations et la mère ne pouvant communiquer ses affects, l'interprétation n'est pas possible. Or "*l'enfant doit être tiré vers l'interprétation de sa mère dont il a besoin pour sortir de l'univers corporel dans lequel il se trouve"* (Robert-Ouvray, 2007, p. 107). C'est donc un cercle vicieux dans lequel se trouve l'enfant ne pouvant élaborer seul à partir de son vécu et la mère ne pouvant venir en aide dans cette mise en mots. Le sentiment de ne pas être compris que peut alors développer l'enfant participe à son sentiment de marginalité et de solitude.

L'absence de rythmes stables et d'ajustement dans la relation peuvent également être dus à l'absence de repères de la mère. En effet, elle ne peut se référer au savoir-faire reçu par sa propre mère dans son enfance ou obtenu par l'observation de ses proches avec leurs propres enfants. Sans références sur lesquelles s'appuyer, elle tâtonne au fur et à mesure que son enfant grandit. Son manque de stabilité dans ses propositions viendrait donc aussi de son manque de connaissance et de son manque d'assurance.

En conclusion, dans le cadre d'un diagnostic autistique c'est toute la notion de dyade mère-enfant qui est impactée. Les interactions précoces sont minimes ou inexistantes selon le degré de déficience. Le phénomène d'attachement est perturbé car les liens affectifs sont difficiles à mettre en place. Par conséquent l'enfant a des difficultés à sentir la protection de sa mère et de surcroît la socialisation devient impossible. Enfin, la maternalité ne peut entièrement se mettre en place, alors la mère doute de ses compétences, s'inquiète et souffre car à ses yeux elle ne sera jamais la "mère suffisamment bonne". Un vrai soutien à la parentalité est alors à effectuer pour que la mère puisse réinvestir son rôle de mère et permettre à la relation mère-enfant de se restructurer.

Par ailleurs, les parents en quête de toutes les stimulations possibles dont pourrait bénéficier leur enfant, *"endossent des rôles qui débordent largement ceux des autres parents :*

intervenants, enseignants, thérapeutes et soignants. Ils doivent de surcroît jouer les médiateurs entre l'enfant et l'entourage" (Sénéchal, 2009, p. 247) car le trouble du comportement dans l'autisme suscite de l'incompréhension. Hayes et Watson (2013) ont ainsi établi que les parents d'enfants autistes étaient plus stressés que ceux ayant d'autres troubles et qu'ils auraient eux-mêmes besoin d'un soutien.

L'impact d'un diagnostic autistique sur la relation mère-enfant et sur la charge familiale est à nuancer en fonction du degré d'atteinte de la maladie. Cependant, de manière générale, accueillir au sein de sa famille un enfant autiste est une réelle charge pour les parents, en particulier pour la mère qui s'épuise à aimer et à aider son enfant qui ne lui montre dans les premiers mois que peu de réceptivité.

Je vais à présent m'efforcer d'expliquer à mon lecteur la place de la psychomotricité dans ce type de prise en charge et les moyens qui sont à notre disposition afin d'accompagner et de soutenir les parents dans ces épreuves.

Partie 2 : Clinique

3. … Nécessitant une prise en charge en psychomotricité

3.1. Pertinence de la psychomotricité dans la prise en charge de la relation mère-enfant

Selon S. Lebovici (1989), quel que soit le partenaire en cause dans les troubles de la relation mère-enfant, l'autre partenaire se trouve également affecté car l'interaction dans laquelle il se trouve engagé est perturbé. En effet, dans une prise en charge, le jeune enfant ne peut être envisagé comme une entité isolée. Dès les premiers mois de sa vie, la relation qu'il établit avec ses parents permet son développement et l'expression de ce qu'il est, un être à part entière. Ainsi, l'enfant présentant des troubles dans la petite enfance ne peut rester isolé dans une prise en charge, car ces troubles se répercutent d'une manière ou d'une autre au sein de la relation parents-enfant. De plus, le fait qu'il ne se développe pas comme les autres enfants génère chez les parents de l'inquiétude ou de la culpabilité pouvant peser sur la qualité des échanges et entraînant ainsi une aggravation de l'atteinte dans la relation.

Selon C. Potel (2010), en tant que psychomotricien nous avons donc deux rôles majeurs dans ce type de séance visant à travailler sur la relation mère-enfant : soutenir le développement psychomoteur du nourrisson et accompagner la maternalité en construction. Le travail auprès de ces enfants implique donc une réflexion en amont sur la place des parents dans la prise en charge proposée.

L'objectif serait dans un premier temps de proposer un environnement le plus adapté possible à son développement lui permettant des éprouvés corporels agréables, rassurant et stimulants. Nous essayons par le jeu et les propositions d'éveiller l'enfant afin de lui donner l'envie de communiquer et d'être en relation. *« Notre rôle est de soutenir les capacités corporelles naissantes du bébé en offrant un étayage à une mise en mouvement du corps pour aller vers une construction corporelle sécure et une activité représentative »* (Astier, 2010, p. 7).

Soutenir le développement de l'enfant permet dans un second temps aux parents d'être témoins de ses capacités, de ses compétences mais également de ses limites et facilite par conséquent le changement du regard qu'ils portent sur celui-ci. *« C'est bien l'enfant qui doit*

rassurer, s'il le peut, ses parents et initier ainsi une spirale interactive positive, avec l'étayage offert par le psychomotricien jouant le rôle de tiers à la fois neutre et bienveillant » (Esculpavit, 2013).

L'observation sera alors un outil majeur de la prise en charge car par ce moyen, le psychomotricien se rend réceptif et attentif à l'ensemble des signaux émis par l'enfant ou par les parents et peut alors comprendre ce qui se joue dans la relation ainsi que le fonctionnement des deux intéressés. Grâce à ce qu'il comprend de leur fonctionnement, le psychomotricien est ainsi à même de verbaliser ce que l'enfant vit afin d'aider les parents à comprendre ce qu'il se passe puis de les aider à traduire les états corporels de leur enfant. *« Le thérapeute se positionne comme un observateur, un lecteur des mots du corps qui s'enchaînent, cohérents ou non, pour raconter l'histoire de la rencontre entre le corps de la mère et le corps de l'enfant »* (Gauberti, 1993, page 74).

Cela rejoint la notion de dialogue tonico-émotionnel de J. Ajuriaguerra qui exprime la façon dont peuvent être transmises des émotions entre deux personnes. Ainsi, aider la mère à percevoir le fonctionnement de son enfant permet un meilleur ajustement et un meilleur dialogue tonico-émotionnel. Le rôle du psychomotricien est également d'inviter la mère à développer ce dialogue également grâce à la sphère tonique, la prosodie, la voix et les mimiques du visage.

Un autre rôle primordial incombe au psychomotricien dans ce type de prise en charge, celui de rassurer les parents et d'être à leur écoute. *« Tout comme leur enfant, il est indispensable que les parents soient entendus ; on ne peut accompagner efficacement le premier sans se placer à proximité des seconds »*. (Gardou, 2006, p. 205). Avec leurs doutes et leurs inquiétudes, les parents se sentent démunis ou incapables d'élever leur enfant. Notre premier rôle, avant même de leur donner les outils afin de les soutenir dans la parentalité, est de les rassurer. Aucun parent n'est parfait, l'erreur est ce qui fait de nous des Hommes. *« Les aider à surmonter leurs sentiments d'incapacité et d'imperfection exige d'abord de leur faire entendre que l'on n'attend pas d'eux qu'ils soient parfaits, mais simplement humains »*. (*Ibid,* p. 200).

En résumé, le psychomotricien *"tiercéise la dyade mère-bébé"* (Lebovici, 2009, p. 130), c'est-à-dire qu'il joue le rôle de tiers dans la relation mère-enfant. Il s'affilie à la place du parent sans pour autant en substituer le rôle. Ainsi, il peut apporter le soutien nécessaire au bon développement de l'enfant et rétablir un certain équilibre au sein de la relation parents-enfant.

Insérer une tierce personne dans cette relation peut également aider la mère à retrouver son rôle de mère avec l'aide du psychomotricien. Il est donc important que cette dernière observe la façon dont le thérapeute interagit avec l'enfant afin de s'en inspirer. De la même manière, l'observer chercher des solutions, s'impliquer dans cette relation, s'adapter sans cesse, permet à la mère de ne pas trop culpabiliser et de s'investir à son tour pour chercher des moyens de relations. Dans une thérapie visant à réinvestir la relation mère-enfant, les parents sont donc en quelque sorte des alliés pour le thérapeute car c'est eux qui connaissent le mieux leur enfant, lui n'étant que la tierce personne aidante et accompagnante.

Je vais à présent illustrer cette théorie par l'exemple de Ilyas, un petit enfant autiste, et sa maman, Mme Benassi, que nous avons accompagnés tout au long de l'année.

3.2. Présentation du cadre clinique

J'effectue mon stage dans un Centre Médico-Psychologique[9] qui accueille des enfants et des adolescents nécessitant une prise en charge relevant du service de pédopsychiatrie. La structure est composée de trois pédopsychiatres, trois psychologues dont une qui se charge des thérapies familiales, une assistante sociale, trois psychomotriciens et une secrétaire médicale. Les psychomotriciens proposent des séances individuelles mais aussi des groupes, tels que « le groupe graphomotricité », « le groupe inhibition » ou encore « le groupe Playmobil ». Tous les vendredis matin, une réunion d'équipe est organisée afin de discuter des patients du CMP et de prendre des décisions sur leurs prises en charge. Les patients y sont adressés généralement après un suivi dans l'hôpital dont dépend ce CMP. Il est possible de réorienter certains patients vers d'autres professionnels, en particulier des professionnels paramédicaux libéraux afin de poursuivre un suivi dans un autre environnement ou tout simplement parce que les longues listes d'attente du CMP ne permettent pas une prise en charge rapide.

[9] Un Centre Médico-Psychologique (CMP) est un lieu de soins public proposant des consultations médico-psychologiques (avec un pédopsychiatre, un psychologue, un orthophoniste ou un psychomotricien par exemple) et sociales (avec un assistant social, un éducateur…) à toute personne en difficulté psychique.

3.3. Présentation du patient

C'est donc dans le cadre de cette structure que je rencontre pour la première fois Ilyas et sa maman.

Ilyas vit avec ses deux parents et une petite sœur âgée de 2 ans, sans troubles du développement. La famille est d'origine algérienne et les deux parents parlent couramment le français et le Kabyle à la maison. C'est un garçon souriant, qui chantonne. Les échanges de regard sont possibles mais fugaces. Il présente des stéréotypies gestuelles (mouvements de doigts, gestes sur les murs) et se trouve en recherche permanente de sensations. Il marche sans poser le talon et apprécie les jeux moteurs ou sensoriels : ballon, trottinette, bulles, chatouilles… Il ne présente aucun intérêt pour les jeux symboliques, il répond à son prénom mais présente une altération de la communication non verbale et n'a pas accès au langage verbal. Ilyas ne présente pas d'hétéro ni auto-agressivité, ni de troubles du sommeil. En revanche, il s'endort uniquement en présence de sa mère. L'alimentation est diversifiée au niveau des goûts mais il ne mâche pas et mange uniquement la nourriture écrasée.

De manière générale, Ilyas montre un visage douloureux, les sourcils souvent froncés, un regard comparable à celui des chiens battus, en continuelle recherche de repères et exprimant une grande souffrance intérieure. Il est également souvent malade, le nez doit être mouché de manière régulière et il tousse souvent. De ce fait, il respire uniquement par la bouche.

3.3.1. Anamnèse

D'après les parents de Ilyas, toute la période périnatale s'est déroulée sans complications particulières. Il a acquis la marche à 18 mois et à 20 mois Ilyas a babillé. Peu d'évolutions ont été observées depuis.

La famille a été adressée par le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI)[10] lorsque Ilyas avait 20 mois auprès d'une Unité Thérapeutique d'Évaluation et de Prise en charge Précoce (UTEPP), devant un retard de langage et une absence de pointage. Ilyas y sera suivi de février 2018 à mars 2020, puis la famille déménage en région parisienne. Lors de cette période, un bilan somatique et une Imagerie à Résonnance Magnétique (IRM) avaient été réalisés en

[10] Le service de protection maternelle et infantile est un service chargé d'assurer, de prendre en charge et d'orienter la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

juin 2019 sans résultats contributifs. Un bilan génétique a été demandé. Le consultant a également envoyé un certificat à la Maison Départementale des Personnes Handicapée (MDPH)[11] en vue de l'obtention d'une auxiliaire de vie scolaire (AVS)[12].

Ilyas a ainsi été adressé à l'âge de 3 ans et 9 mois auprès d'un pédopsychiatre du Centre Médico-Social, dans le cadre d'un trouble développemental. Celui-ci évoque la possibilité d'un trouble autistique auprès des parents qui ne semblent pas surpris.

Après plusieurs entretiens, le pédopsychiatre décide d'intégrer Ilyas au centre référent de l'autisme afin de lui faire passer les bilans nécessaires à une pose de diagnostic autistique. La liste d'attente au centre référent étant longue, l'équipe décide alors de proposer un premier bilan psychomoteur afin d'initier rapidement une prise en charge Denver avec la psychomotricienne. En effet, une prise en charge commencée le plus tôt possible promet des soins efficaces pour l'enfant et une aide éducative pour les parents. La prise en charge en psychomotricité débute alors en octobre après un bilan. En parallèle, une demande de place en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) a été faite, Ilyas intègre cette structure en janvier 2021. Il y est suivi quatre fois par semaine, une fois par semaine Ilyas va à l'école et la famille reçoit deux fois la visite d'une éducatrice à domicile. L'ensemble de ces prises en charge semblent beaucoup étayer la mère et elle observe une amélioration au niveau des troubles du comportement à la maison. En revanche, les difficultés sensorielles semblent toujours aussi présentes malgré la prise en charge en psychomotricité au CMP.

3.3.2. Pose du diagnostic

En parallèle des observations et des bilans qui seront effectués dans le centre référent, un premier bilan psychomoteur adapté aux capacités de Ilyas est alors proposé au CMP lorsqu'il a 3 ans et 11 mois. On observe que le contact oculaire est possible mais pas automatique, il peut répondre à des demandes de l'adulte quand elles sont complétées par une démonstration et uniquement si l'activité lui plaît. Une demande, seule, ne suffit pas.

[11] La MDPH permet la reconnaissance du taux d'invalidité, les orientations en établissements, les aménagements scolaires spécifiques, les compensations financières pour couvrir les frais liés au handicap, etc...

[12] Les AVS sont des professionnels intervenant dans des établissements scolaires auprès d'enfants handicapés intégrés au sein d'une classe (ordinaire ou spécialisée), afin de faciliter leur intégration.

Il chantonne durant la totalité du bilan, fait des bruits de bouche (il souffle) et a des rires immotivés. On note des stéréotypies gestuelles de type flapping (c'est-à-dire des mouvements des bras rapides et réguliers, comme des battements d'aile) lorsqu'il est content. Ilyas réagit au son, mais pas à son prénom de façon systématique ce jour-là. En revanche, d'après la maman, il réagit toujours à son prénom à la maison. Lorsqu'il désire un objet, il ne pointe pas mais prend la main de sa maman. Il ne donne pas les objets sur demande ou quand on lui tend la main et il ne suit pas non plus le pointéde l'adulte.

L'imitation est également difficile et il tourne souvent la tête ou regarde ailleurs.

Du point de vue du graphisme :

La tenue du crayon est palmaire. La latéralité graphique n'est pas encore en place, Ilyas passe alternativement de la main droite à la main gauche. Spontanément, il gribouille et fait des points. En imitation graphique, il ébauche la verticale mais l'horizontale et le rond ne sont pas possibles. Cela correspond à un niveau de 2 ans ½.

Du point de vue du développement moteur :

On effectue par la suite le bilan appelé Def-mot [13] de Laurence Vaivre-Douret :

1) Echelle de préhension-coordination visuo-manuelle

Ilyas réussit la tour de 2 cubes, mais pas au-delà. Il peut enlever ses chaussons mais pas boutonner/déboutonner. En revanche, il sait encastrer des formes si on initie le geste. Il ne ferme pas la fermeture éclair et ne tourne pas non plus les pages d'un livre. Son niveau moteur fonctionnel est de 15 mois.

2) Echelle posturo-motrice

Ilyas peut rester sur une jambe, tenu par une main, il court correctement, il tient sur une petite poutre, monte et descend les escaliers en changeant de pieds. Son niveau moteur fonctionnel est de 24 mois.

De manière générale, Ilyas est un enfant qui présente un retard psychomoteur global mais plus marqué dans le domaine des coordinations fines. Ce retard s'inscrit dans un tableau de trouble de la communication qui le pénalise dans la réalisation de consignes sur demande ou

[13] La Def-mot est une échelle clinique du développement, adaptée pour les petits jusqu'à 4 ans, qui a pour but d'établir un niveau moteur standardisé de coordination motrice et d'adaptation posturale.

sur imitation. Il est entravé également par des stéréotypies gestuelles comme les “flappings”, les bruits de bouche ou les rires immotivés.

A la suite de ce bilan et au vu des résultats observés, une prise en charge en psychomotricité est à mettre en place dès que possible.

Quelques semaines plus tard, dans son compte-rendu, l’équipe du centre référent de l’autisme annonce alors le handicap de Ilyas ainsi que son degré d’atteinte.

3.3.3. Qualité de la relation mère-enfant et témoignage de la mère

Afin d’en savoir plus sur l’histoire de Ilyas pour comprendre davantage ce qui a poussé les parents à consulter ainsi que pour connaître le fonctionnement de cette famille, j’ai entrepris de poser quelques questions à la mère. Celle-ci s’est alors confiée, avec ses mots, sur cette période qui s’est révélée traumatisante pour elle et son mari.

Depuis l’apparition des premiers symptômes du handicap, la maman de Ilyas a toujours été très présente pour son fils. C’était son premier enfant, elle nous raconte donc cette période comme très frustrante et angoissante pour elle.

Lors de la petite enfance de Ilyas, elle remarque qu’il tient très vite sa tête (1 mois ½) et est un bébé “très curieux”. A la crèche, on remarque son absence de babillage et d’interactions avec les autres bébés, c’est un bébé “dans sa bulle”. Un bébé qui ne cherche pas les interactions, qui ne répond pas aux sollicitations extérieures et qui ne s’investit pas dans une relation quelconque. Cela ne permettra pas un bon vécu de la dyade mère-enfant. La mère sera, comme nous l’avons vu plus haut, dans une difficulté à tisser des liens, au même titre que les professionnels de crèche, et l’enfant se trouvera alors en défaut d’expériences.

Mme Benassi se met alors à chercher d'éventuelles pathologies qui seraient liées à son retard et, au fur et à mesure, repère certains signes d’alertes de l’autisme qu’elle retrouve sur son enfant. Dès les premiers signes, Mme Benassi. S’est tournée vers des professionnels qui ont commencé de leur côté à établir un diagnostic. Au moment où Mme Benassi commence ses recherches, l’équipe de l’UTTEP commence également à parler de l’autisme mais sans pour autant en être convaincus.

Toujours en recherche de réponses pour son enfant, Mme Benassi et son conjoint se renseignent sur l’autisme et commencent à accepter l’éventualité que leur fils en est peut-être

atteint. Lors de cette période de recherches qui a duré près de 2 ans, son mari et elle se sont posés beaucoup de questions. Ils se sentaient coupables, avaient peur d'avoir raté quelque chose dans l'éducation de leur fils. Pour reprendre ses mots, ils se sont sentis livrés à eux même face à leur enfant différent. Pendant cette période de doutes, une petite fille est née dans la famille. A ce moment-là, la maman avait très peur que sa fille soit comme son aîné. Ils étaient à l'affût du moindre signe d'alerte et accueillirent les différentes étapes de son développement comme un soulagement. En effet, bouleversés par un premier enfant autiste, les parents n'ont qu'une crainte c'est que le handicap soit inscrit dans les gènes et que leurs autres enfants en héritent également.

L'équipe médicale en charge du diagnostic de Ilyas ne se prononce toujours pas sur son diagnostic. Ce point précis du discours de Mme Benassi attire notre attention. Il est possible que les médecins aient déjà commencé à parler d'autisme mais que les parents n'étaient pas encore prêts à l'entendre. Le phénomène d'amnésie traumatique évoqué plus haut expliquerait alors qu'ils aient oublié, c'est pourquoi Mme Benassi n'en parle pas. N'ayant aucune possibilité de vérifier cette hypothèse, nous prenons en compte le discours de Mme Benassi car même si elle se trompe sur la véracité des faits, il n'en reste pas moins qu'elle souffre de cette situation.

Par ailleurs, des tests sont effectués afin d'écarter tout autre piste diagnostique (IRM, bilan ORL[14], bilan génétique…). Les parents de Ilyas disent avoir eu confiance en ces spécialistes mais par défaut car, pour reprendre ses mots, ils connaissaient forcément bien leur travail et sont, après tout, des spécialistes *"mais pendant deux ans ils n'ont pas pu poser un diagnostic précis et Ilyas n'a pas pu avoir des soins adaptés dès le début".* Nous avons senti à ce moment-là que Mme Benassi avait été particulièrement affectée par l'absence de nom posé sur les troubles de son enfant. Elle dit ne pas en vouloir aux personnes elles-mêmes mais plutôt au fonctionnement de la structure : le temps d'obtenir des rendez-vous dans les différents services et que les dossiers soient traités aux différentes étapes du parcours de diagnostic n'a pas aidé non plus. Mme Benassi évoque même "un véritable combat" de leur part pour reconnaître leur souffrance et celle de leur enfant. Elle a alors essayé de compenser les soins manquants en faisant travailler Ilyas à la maison environ 3h par jour (jeux moteurs, activités de motricité fine à table…)

[14]Le médecin oto-rhino-laryngologiste (appelé plus communément ORL) est un spécialiste des affections de la sphère ORL, c'est-à-dire des oreilles, du nez, de la bouche, des sinus ou encore de la gorge. Un bilan ORL regroupe les observations du bon fonctionnement de ces éléments du visage et du cou mais aussi de tout ce qui est lié à la respiration, à l'oreille interne (lié à l'équilibre) ou au sommeil.

Après leur déménagement, le dossier est repris par le CMP dans lequel nous avons l'opportunité d'accueillir Ilyas. L'équipe du centre référent de l'autisme l'observe durant une semaine et parvient effectivement à une même conclusion : Ilyas est atteint d'autisme sévère.

Les parents acceptent difficilement le degré de sévérité. En effet, un diagnostic de ce type posé aussi tard les laisse sans voix. Pour elle, ils ont été victimes d'injustice : comment se fait-il que personne n'ait vu un handicap aussi sévère ? Pourquoi leur enfant souffrant d'un aussi gros retard n'a pas pu bénéficier suffisamment tôt d'une prise en charge adaptée ? Mme Benassi renchérit en disant qu'ils s'étaient préparés à ce que leur fils soit autiste mais qu'ils ne s'attendaient pas à ce que ce soit sévère. Cet aspect du handicap leur fait peur : quelle évolution pourront-ils observer ? Ilyas pourra-t-il au fur et à mesure entrer en interactions, parler, être autonome ? Autant de questions légitimes que les parents d'enfants autistes (ou porteurs d'un autre handicap) peuvent se poser lorsqu'ils sont confrontés à un handicap qu'ils ne connaissent pas.

Par la suite, nous amenons Mme Benassi à s'interroger sur les conséquences de cette annonce par rapport à sa relation avec Ilyas.

Au quotidien, elle remarque que son regard sur son fils a changé. Auparavant, selon son propre point de vue, elle était sévère avec Ilyas. Elle était catégorique dans ses décisions liées à l'éducation de son fils et stimulait beaucoup son enfant jusqu'à obtenir des résultats. Par la suite, elle dit prendre plus de temps pour comprendre son fils, elle est plus à l'écoute, plus patiente et plus douce, plus adaptée. Néanmoins, ne pas toujours comprendre Ilyas notamment lorsqu'il pleure est très frustrant pour elle. *"Ces comportements sont difficiles à supporter parce qu'ils sont inquiétants et incompréhensibles et parce qu'ils blessent à nouveau les parents et réveillent leurs blessures narcissiques. Ils peuvent penser alors qu'eux-mêmes seront à jamais incompétents pour lui".* (Trouilloud, 2004).

De plus, nous avons évoqué avec la maman les dangers d'une sur-stimulation. En effet, Ilyas ayant déjà un suivi en psychomotricité, en orthophonie, à l'école et au Sessad, travailler à la maison environ 3h avec maman n'est pas forcément une bonne chose. Ilyas a besoin d'un temps de détente à la maison, un temps d'expérience libre, un temps de jeux avec sa maman qui ne soit pas du travail mais plutôt source de plaisir et riche en relations. Mme Benassi comprend bien cette nécessité de détente pour son enfant et souhaite l'appliquer au maximum car "je veux le meilleur pour mon fils !". Cependant, elle nous rapporte avoir des difficultés à

lâcher prise, son dévouement pour son enfant est très grand, au point qu'elle a beaucoup de mal à accepter que ce qu'elle met en place de son côté n'est peut-être pas bon pour lui.

Cette réflexion de la part de Mme Benassi fait écho au concept de "mère suffisamment bonne" de Winnicott. La mère suffisamment bonne est entièrement dévouée à la cause de son enfant. Lorsqu'une mère n'est pas suffisamment adaptée, elle peut culpabiliser. Lorsqu'on se place du point de vue de la mère, penser que l'amour qu'on porte à l'enfant, son dévouement et ses actions envers son propre bébé ne sont pas suffisants ou encore lui font plus de mal que de bien, c'est culpabilisant et très blessant. Lorsqu'une mère se trouve contrainte de demander de l'aide à des professionnels pour son enfant, sa démarche est difficile pour elle, d'où la nécessité aussi, en parallèle de la prise en charge de l'enfant, de travailler à renarcissiser la mère.

Nous avons choisi une méthode particulière pour initier la prise en charge avec Ilyas, afin de travailler autour de la relation. Avant de commencer les séances nous avons expliqué les principes de la méthode Denver et le déroulement de la prise en charge à Mme Benassi, c'est ce que j'exposerai dans la suite de cet écrit.

3.4. Une médiation particulière en psychomotricité : la méthode Denver

3.4.1. Généralités

L'ESDM (Early Start Denver Model) est une nouvelle application du modèle de Denver développé il y a 30 ans par G. Dawson et S. Rogers, psychologue du développement aux Etats-Unis. C'est une approche qui intègre des concepts développementaux, relationnels, comportementaux et d'apprentissage. Dans ce nouveau modèle ont été introduits de nouvelles adaptations permettant son utilisation spécifique pour des enfants de 12 à 48 mois à risques autistiques ou avec un TSA avéré. L'ESDM figure aujourd'hui parmi les programmes recommandés par l'HAS pour la prise en charge des enfants avec autisme.

Le modèle de Denver est influencé par les recherches de D. Stern. Celui-ci émet l'hypothèse qu'un trouble précoce de l'imitation serait responsable du déficit de développement socio-communicatif dans l'autisme. Ce trouble de l'imitation empêcherait la synchronie corporelle entre le nourrisson et ses parents et donc affecterait l'accordage affectif

parents/enfants. De plus, il aurait aussi des répercussions sur le développement de l'attention conjointe et de la communication intentionnelle.

L'ESDM se base également sur l'hypothèse d'un déficit de la motivation sociale dans l'autisme. D'après G. Dawson, les enfants TSA seraient moins sensibles à la gratification sociale, ce qui entraînerait une diminution de leur attention envers les informations extérieures et une difficulté dans l'imitation. Il en résulterait une "privation sociale" qui empêcherait l'enfant de faire les expériences nécessaires à ses apprentissages.

3.4.2. Fondements de l'ESDM

Ainsi, l'ESDM fait appel à des techniques visant la répétition d'activités centrées sur la relation sociale appelées "routines sociales sensorielles" (comptines, jeux de cache-cache, bulles…) qui visent à améliorer l'attention sociale de l'enfant et sa motivation pour les interactions.

On retrouve certains principes de l'ABA[15] (méthode de prise en charge de l'autisme appelée "Applied Behavioral Analysis" ou analyse appliquée au comportement) tels que l'initiation et le maintien de l'attention, le format ABC (Antécédent Comportement Conséquence), l'incitation et la diminution de celle-ci, ainsi que le renforcement des comportements désirés. On retrouve également le principe du séquençage de l'action présent dans l'ABA ou le PECS[16].

En revanche, la méthode Denver met l'accent sur l'utilisation de renforçateurs naturels directement liés aux buts et aux réponses de l'enfant. Contrairement à d'autres méthodes comportementales telles que la méthode ABA ou TEACCH[17], elle cherche à prendre en compte les intérêts de l'enfant et ses choix d'activités et alterne entre les compétences acquises et celles émergentes. Ce principe est en adéquation avec la thérapie psychomotrice qui repose

[15] Le traitement **ABA** (Applied Behaviour Analysis, ou analyse comportementale appliquée) fait partie des programmes d'intervention précoce pour les enfants avec **autisme**. Cette approche vise la modification du comportement via le renforcement, avec l'utilisation de procédures (guidances, chaînages, incitations…).

[16] Le **PECS** est un système de communication alternatif développé aux USA en 1985 pour les enfants d'âge préscolaires avec autisme.

[17] La méthode **TEACCH**, est une **méthode** d'éducation structurée pour enfants et adultes avec autisme. Elle leur donne la possibilité d'apprendre dans un cadre d'éducation structuré. Elle a pour but de développer l'autonomie par la structuration et la compréhension.

essentiellement sur le plaisir du patient et son attrait pour les propositions. De plus, le rôle de la psychomotricité, comme celui de la méthode Denver, n'est pas d'apprendre quelque chose à l'enfant mais au contraire de lui proposer des activités et des expériences qui lui permettent de se développer par lui-même. L'ESDM pouvant être adaptée par d'autres professionnels paramédicaux, il est ainsi tout à fait pertinent de proposer son utilisation au cours des séances de psychomotricité.

La méthode Denver est également une méthode qui est transposable dans tous les environnements naturels de l'enfant, que ce soit à la maison, à l'école ou dans un centre de soins.

3.5. Une prise en charge selon la méthode Denver avec Ilyas et sa maman

3.5.1. Déroulement du bilan

Comme toute prise en charge, il est nécessaire d'effectuer un bilan de départ afin de situer les compétences de l'enfant suivant une grille d'évaluation appelée "liste de contrôle des compétences". Elle permet par la suite de construire les objectifs d'apprentissages. Cette évaluation est à refaire toutes les 12 semaines, sous réserve d'une prise en charge importante (au minimum 4 séances par semaine). Celle-ci se déroule en présence de la mère, d'une psychomotricienne formée à la méthode ainsi que de trois observateurs (une pédopsychiatre, une deuxième psychomotricienne et moi-même).

Durant 1h30, le patient se verra proposer des activités (des jeux moteurs ou à la table), adaptés à son âge et à ses capacités. Le travail des observateurs est donc de déterminer au fur et à mesure des propositions si les différents items sont réalisés ou non par l'enfant.

L'évaluation comporte quatre niveaux. Pour chaque niveau d'évaluation, les items d'observations sont répartis entre huit domaines de compétences : la communication réceptive, la communication expressive, les habiletés sociales, l'imitation, les compétences de jeu, la cognition, la motricité fine, la motricité globale et les compétences dans les comportements adaptatifs. Si tous les items d'une catégorie sont réalisés, nous observons les items de cette même catégorie proposés dans une grille qui évalue le niveau supérieur.

Ce bilan est alors proposé à Ilyas afin de débuter la prise en charge spécifique, selon le modèle d'intervention précoce de Denver pour jeunes enfants avec autisme. Celui-ci se déroule en présence de la mère, d'une psychomotricienne formée à la méthode ainsi que de trois observateurs (une psychomotricienne, une stagiaire en psychomotricité et une pédopsychiatre). Le patient se verra proposer des activités (des jeux moteurs ou à la table), adaptés à son âge et à ses capacités. Le travail des observateurs est alors de déterminer si les différents items proposés sont réalisés ou non par l'enfant. Les items sont divisés en plusieurs catégories : la communication réceptive ou expressive, les compétences sociales, l'imitation, la cognition, le jeu, la motricité fine ou globale, le comportement et l'autonomie personnelle (les repas, l'habillage, la toilette et les tâches ménagères).

Pour Ilyas, nous avons observé son fonctionnement uniquement à partir de la grille de niveau 1. [18]

3.5.2. Pertinence des objectifs

A partir des résultats de ce bilan, des objectifs réalistes sont élaborés. Ils sont formulés sur un format bien précis indiquant l'action à obtenir, le contexte dans lequel ce but doit être atteint et le nombre de réussites à observer avant de considérer l'item comme réussi…

Le choix des objectifs se fait en un ou plusieurs axes de travail pour chaque catégorie, en fonction des résultats observés. Pour Ilyas, les catégories retenues pour commencer cette prise en charge sont : le jeu, la communication expressive, la cognition et la motricité globale. [19]

Concernant la capacité de Ilyas à jouer :

Trois objectifs sont mis en place concernant le jeu. Ceux-ci sont également divisés en plusieurs catégories afin de faciliter le travail et encourager Ilyas.

Objectif n°1 : "Quand l'adulte propose à Ilyas des jouets différents (au moins cinq), il doit les utiliser de façon habituelle sans démonstration de la part de l'adulte, durant trois séances consécutives, à l'école et à la maison."

[18] Cf Annexe n°1, p.78.
[19] Cf Annex n°2, p.81.

Au cours des séances, nous proposons à Ilyas différents jeux. Il a su en utiliser quelques-uns de façon autonome sans démonstration de notre part (voitures, train, ressort, ballon, cubes gigognes…). Pour d'autres jeux (tels que la pâte à modeler, les bulles, les légos…), Ilyas les manipule uniquement comme source de stimulation sensorielle. En effet, il obtient une stimulation visuelle en les agitant devant ses yeux de manière stéréotypée, une stimulation auditive par exemple en tapant les objets contre la table ou encore une stimulation de la sphère orale en léchant la pâte à modeler.

Objectif n°2 : "Quand l'adulte propose à Ilyas des jouets (au moins dix) nécessitant une action simple, il doit jouer de façon autonome sans les détourner, durant trois séances consécutives, à l'école et à la maison."

Dans le cadre de cet objectif, une action simple est, par exemple, le fait de positionner un bâtonnet dans un trou, un anneau sur son socle, de placer des objets dans une boîte… Au cours de la prise en charge, on observe que Ilyas réussit à utiliser 4 objets de manière adaptée sans les détourner. Par exemple, il peut empiler des cubes gigognes, placer des cubes dans une boîte ou jouer à un jeu de cause à effet. Cependant, il ne sait pas enfiler des perles, construire un petit train ou fermer une boîte.

Objectif n°3 : "Quand l'adulte propose huit à dix jouets impliquant deux actions motrices, Ilyas doit les utiliser de façon autonome, durant trois séances consécutives, à l'école et à la maison."

Les jeux concernés sont ceux nécessitant deux actions afin d'arriver au but recherché. Par exemple, rouler de la pâte à modeler puis former un escargot ou encore faire fonctionner une caisse de vendeuse (enfiler une pièce puis ouvrir le tiroir pour récupérer les sous). Ilyas éprouve des difficultés à comprendre et mémoriser le principe et ne parvient donc pas à utiliser des jeux nécessitant une double action pour le moment.

Concernant la qualité de la communication expressive :

Objectif n°1 : "Quand on montre un jeu préféré de Ilyas, il doit tendre le bras dans sa direction, dans 80% des cas, durant trois séances consécutives, à la maison et à l'école."

Au début de la prise en charge, Ilyas ne savait pas choisir. En effet, quelques soient les propositions, il ne communiquait pas et ne choisissait pas le jeu qui lui donnait envie. Au fur et à mesure, il réussit quelquefois dans la séance à tendre le bras et orienter son regard vers l'objet souhaité.

Objectif n°2 : "Quand l'adulte montre un objet désiré à Ilyas, il doit vocaliser en même temps qu'il tend le bras pour l'obtenir, dans 80% des cas, durant trois séances consécutives, à l'école, avec l'orthophoniste et à la maison."

Cet objectif n'est pour le moment pas rempli par Ilyas. Celui-ci vocalise beaucoup pendant les séances. Cependant, ce n'est pas dans le but de communiquer. Nous faisons plutôt l'hypothèse que Ilyas cherche à combler un vide angoissant ou un manque de perception par des stimulations vocales (les cordes vocales vibrent dans la gorge et donnent à vivre des sensations à ce niveau-là).

Objectif n°3 : "Quand on donne un jeu à Ilyas qui nécessite l'aide de l'adulte, il doit tendre l'objet à celui-ci, dans 80% des cas, durant trois séances consécutives, à la maison, avec l'orthophoniste ou la maîtresse."

Lorsqu'il est en difficultés, Ilyas demande rarement de l'aide. Quand il le fait, il va chercher l'aide de l'adulte en lui prenant la main et en orientant celle-ci sur le jeu en question. En quelque sorte, il utilise encore l'adulte comme un objet et non pas comme une personne à qui il demanderait de l'aide. Ce stade étant franchi lorsque l'enfant tend l'objet à l'adulte ou lui montre du doigt, communiquant ainsi son désir d'obtenir de l'aide. C'est la différence entre la relation "avec" et la relation "à" selon Freud (cité par Dubreuil, 2009).

Objectif n°4 : "Lors de jeux vocaux ou d'échanges d'objets (ballon), Ilyas doit babiller ou vocaliser en maintenant le contact visuel avec l'adulte pendant deux à trois tours, durant trois séances consécutives, à la maison et avec l'orthophoniste."

Une fois pendant les séances, Ilyas peut imiter des productions vocales de manière adaptée lors d'un échange de ballon. Jusqu'à présent, nous n'avons pas réussi à obtenir cette imitation dans d'autres situations.

Objectif n°5 : "Quand l'adulte montre un objet désiré à Ilyas, en étant à côté de lui, il doit pointer de près pour l'obtenir, dans 80% des cas, durant trois séances consécutives, à la maison et avec l'orthophoniste."

Ilyas ne pointe pas pour désigner l'objet de son choix de manière spontanée et autonome. Pour le moment, il réussit une fois à le faire après que l'adulte l'ait aidé physiquement et verbalement.

Concernant les capacités cognitives :

Objectif n°1 : "Quand l'adulte propose à Ilyas 3 à 4 paires d'objets, il doit les associer de façon autonome au cours de trois séances consécutives, à la maison et avec l'orthophoniste."

Objectif n°2 : "Quand l'adulte propose à Ilyas des paires d'images, il doit associer les images identiques de façon autonome, en réponse au modèle de l'adulte, pour trois paires d'images, durant trois séances consécutives, à la maison et avec l'orthophoniste."

Pour le moment, Ilyas n'en est pas encore à un niveau d'élaboration aussi élevé. Ces objectifs seront donc mis de côté cette année.

Concernant la motricité globale :

Objectif n°1 : "Quand l'adulte donne un gros ballon à Ilyas, il doit donner des coups de pieds dedans, sans appui, en imitation de l'adulte, dans 80% des cas, durant trois séances consécutives, avec les parents et à l'école."

Au fur et à mesure de la prise en charge, Ilyas a pu atteindre cet objectif. Tout d'abord, il lui a fallu une aide physique de l'adulte pour tirer dans un ballon, puis il a ébauché le geste sans aide pour enfin réussir à tirer spontanément et de manière autonome à chaque séance ainsi qu'à la maison ou à l'école.

Objectif n°2 : "Quand l'adulte propose à Ilyas de lancer un sac et/ou une balle dans un cerceau, il doit le faire de façon autonome dans 80% des cas, durant trois séances consécutives, avec les parents et à l'école."

Ilyas ne comprend pas la consigne même avec une démonstration et n'ébauche pas encore des lancers orientés.

3.5.3. Séances selon la méthode Denver

A la suite du bilan et du choix des objectifs, les séances sont mises en place et se déroulent selon une routine précise avec des aménagements particuliers.

3.5.3.1. Aménagements de la salle

L'aménagement de la salle lors d'une séance de psychomotricité selon la méthode Denver est primordial. En effet, afin de ne pas éparpiller les enfants avec beaucoup de matériel, seuls les objets destinés à la séance sont visibles dans la pièce. De plus, afin d'encourager les enfants à demander de l'aide et à faire des choix, les jouets sont placés sur une étagère en hauteur permettant ainsi à l'enfant de faire appel à l'adulte par le pointage, un son, un mot…

Tout cela favorise les bonnes conditions de travail et la concentration de l'enfant qui réalise une activité à la fois.

Il y a également deux espaces distincts dans la salle : un espace de jeux (suffisamment grand pour les activités de motricité globale), l'espace pour les activités à table ainsi qu'un petit espace dédié aux chansons et aux comptines pour les temps calmes. Cela permet de proposer un cadre spatio-temporel à l'enfant afin de l'aider à structurer et organiser le temps de la séance et pour lui donner des repères.

L'aménagement de la salle doit être pensé suffisamment contenant et adapté afin d'accueillir de manière sécurisante le parent et l'enfant. Selon C. Ballouard, *« un cadre contenant c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître »*. (Ballouard, 2003, p.27).

3.5.3.2. Déroulement des séances

En amont, tous les jeux choisis en fonction des objectifs visés sont placés sur l'étagère. Lorsque l'enfant entre dans la salle, il se dirige vers le fauteuil où sera chanté la routine de début de séance ainsi que quelques comptines.

Lors d'une séance type, sont présents sur l'étagère : un petit camion, de quoi faire des bulles, une tortue qui avance lorsqu'on tire sur un ressort, un bâton de pluie, un grand ressort, un train qui avance tout seul lorsqu'on appuie sur un bouton, des rails, une boîte de Duplo et une boîte de kaplas. Ces objets sont pour la plupart des jeux que Ilyas connaît et dont le mécanisme fait écho aux objectifs choisis.

Ilyas se souvient du chemin pour aller en salle de psychomotricité et y entre pour immédiatement marcher rapidement d'un mur à l'autre, les sourcils froncés. Sa maman lui demande alors de retirer son manteau mais il attend qu'on vienne à lui pour l'aider. La psychomotricienne le prend alors par la main pour l'amener à s'asseoir sur le fauteuil dédié aux routines. Une fois assis, on observe qu'il ne la regarde pas en face mais possède plutôt un regard périphérique. Il me regarde furtivement car je suis un peu plus loin dans la salle et finit par s'accrocher au regard de sa mère, qui se trouve à quelques mètres de lui, jusqu'à la fin de la routine. Au moment de se dire bonjour en faisant "coucou" de la main, Mme Benassi insiste pour que Ilyas effectue le geste qu'il ne fait pas en séance car "il le fait très bien à la maison".
Lors des comptines, Ilyas ne semble pas du tout intéressé ni par l'air de la chanson ni par nos gestes, jusqu'à ce qu'il voie sa mère les effectuer. D'après elle, ils font souvent des petites comptines à la maison. Par la suite, que ce soit lors de la comptine "Petit escargot", "je cache mes yeux" ou encore "tourne petit moulin", Ilyas ne fait pas les gestes mais présente ses mains à la psychomotricienne afin qu'elle lui fasse faire les gestes. L'attention de Ilyas est néanmoins de courte durée car il revient rapidement dans un regard périphérique, sans intérêt quelconque pour les propositions. Cependant, en fin de prise en charge nous avons pu observer une évolution par rapport au début car auparavant, Ilyas ne s'intéressait pas du tout aux comptines quelles qu'elles soient et de quelques manières que ce soit.

Puis, l'enfant est invité à choisir un des jeux sortis sur l'étagère. Il peut manifester son choix par un geste, un son, un mot… mais notre objectif est qu'il utilise le pointage. Il est important de le laisser choisir son activité car cela lui permet d'être motivé par son propre plaisir et cela facilite le travail. Cela rejoint un des principes de la thérapie psychomotrice qui est de proposer avant tout un plaisir dans l'activité, l'exploration et la relation à l'autre, plaisir qui est provoqué chez le patient comme chez le thérapeute.

> *« Le plaisir ne s'apprend pas, ne s'éduque pas, ne se conditionne pas... Le plaisir s'éprouve, se prend, se partage, se donne ; et voilà reposée la spécificité du psychomotricien d'être "partie prenante-donnante" dans la thérapie face à l'enfant,*

avec l'implication de son propre plaisir à être là, corporellement présent avec lui, et dans le travail de décodage de ce plaisir » (Gauberti, 1993, page 138).

Au début de la prise en charge, Ilyas ne choisissait pas du tout et n'a jamais pu exprimer une envie ou un choix. A présent, j'observe qu'il est capable de chercher lui-même une chaise afin d'atteindre plus facilement l'étagère et de positionner sa main en direction d'un jeu de son choix.
Lors de cette séance type, Ilyas choisit le bâton de pluie, jouet qu'il connaît déjà et apprécie beaucoup. Il choisira également par la suite les bulles, le ressort et les Duplo. En général, il ne choisit que ce qu'il connaît déjà.

Une fois l'activité choisie, un temps est donné à l'enfant pour l'explorer. Cela nous permet de voir la manière dont il utilise l'objet, s'il peut jouer avec de manière adaptée… Cependant, on cherchera à partager les activités avec l'enfant afin de travailler autour de la relation, de créer du lien, d'introduire l'alternance des rôles ainsi que pour proposer de multiples possibilités de jeux. Cela permet également de ne pas laisser l'enfant autiste s'enfermer dans un seul type d'action et de l'ouvrir à d'autres possibilités. De plus, l'adulte se doit de maintenir l'attention et la motivation de l'enfant en rendant le jeu "intéressant" par des bruitages par exemple. Dans ce travail de relation, le psychomotricien peut également choisir d'introduire la mère dans l'activité.

Pendant la séance, Ilyas a choisi la boîte de Duplo. Une fois assis à table, il essaye de l'ouvrir mais n'y arrive qu'avec l'aide de l'adulte. Agité, il essaye de quitter la table pour aller sauter dans la salle en dépit de consignes données. Il croise le regard mécontent et les sourcils froncés de sa mère et revient immédiatement s'asseoir sans plus attendre.
La psychomotricienne propose plusieurs Duplo à Ilyas afin d'observer ce qu'il en fait de manière spontanée. Il les touche tous un par un du bout des doigts puis les agite devant ses yeux. Il ne les utilise pas de façon adaptée. La mère est alors invitée à jouer avec son fils pour entrer en relation avec lui et le stimuler en lui apprenant à assembler les pièces.
Mme Benassi commence alors à assembler des pièces en demandant à Ilyas de l'imiter. Son

ton est ferme et directif mais il obéit et positionne ses pièces de la même manière que sa mère. Le positionnement est correctement reproduit mais un manque de tonus dans les doigts ne lui permet pas de les fixer entre elles. Même lorsque Ilyas commence à pleurer, Mme Benassi l'encourage et continue à lui demander d'assembler les pièces afin de construire un petit train. Une fois ce dernier construit, la mère initie un échange de train auquel Ilyas réagit très bien car il lui envoie à chaque fois le véhicule. Cependant, j'observe une certaine résistance au moment de lâcher totalement le train.
Dans cette situation, au moyen d'un ton directif, cette maman a donc rapidement réussi à obtenir de son fils ce que nous avions du mal à obtenir en temps normal. Nous les avons laissé continuer les échanges de voitures au sol afin de tester des lancers plus forts et dans différentes directions, tout en précisant à la mère que nous souhaitions que Ilyas expérimente le plus possible par lui-même sans forcer des résultats.

Lors de la séance, le langage de l'adulte doit être adapté au langage de l'enfant, c'est-à-dire que les consignes doivent être les plus courtes et les plus précises possibles. Chaque action doit être accompagnée par un mot ou un son apparenté. (Par exemple, si je fais rouler une voiture, je pourrais associer le bruitage d'une voiture en même temps que j'effectue le geste).

Une fois le jeu suivant choisi, Ilyas se précipite dessus pour le manipuler et l'explorer dans son coin. En l'occurrence, avec le bâton de pluie, il décide de le faire rouler devant lui et de l'agiter juste devant ses yeux pour voir les billes rouler à l'intérieur. En pleine exploration de l'objet, entrecoupée par des moments d'absence durant lesquels il fixe la fenêtre, immobile, Ilyas ne tient pas du tout compte de l'autre. En effet, nous essayons d'instaurer une certaine alternance dans le jeu en lui disant "A moi" pour lui demander de nous envoyer le jouet. Lorsque l'une de nous réussit à s'emparer du bâton de pluie, nous le faisons rouler doucement en disant "roule" afin que ce mot soit associé à l'action qui est définie.
Cependant, Ilyas n'en tient pas compte et continue à utiliser l'objet comme une stimulation visuelle, tout en produisant des sons vocaux.
De manière générale, les échanges avec Ilyas sont très courts mais possibles. Cependant, il ramène beaucoup à lui le jeu et a du mal à accepter l'intervention de l'adulte et la relation.

Dans la méthode, toute la séance est structurée en vue de permettre à l'enfant autiste de garder des repères d'une séance sur l'autre mais aussi pour lui permettre une certaine anticipation sur la séance qu'il s'apprête à vivre. Ainsi, chaque activité doit être clôturée de façon claire : "on range". La séance est également basée sur l'alternance des activités autour d'objets mais aussi d'activités autour de routines sociales sensorielles centrées sur la relation à l'autre.

Ilyas aime beaucoup le jeu de "la petite bête qui monte". Cette comptine le fait beaucoup rire et c'est aussi ce que nous recherchons avec la méthode Denver. En effet, il réagit très bien au phénomène d'attente : ses yeux sont fixés sur "la petite bête" représentée par la main de l'adulte. De plus, pendant toute l'expectative des chatouilles, le haut de son corps se tonifie et se raidit en signe d'attente jusqu'à l'explosion de rires au moment où "la petite bête" arrive au niveau du cou et de la tête. C'est très rare d'entendre Ilyas rire, même à la maison nous dit sa mère. On peut observer alors que voir son enfant rire lui fait beaucoup de bien et finit par la faire rire elle aussi.

Enfin, le début et la fin de la séance sont repérés par un rituel (une comptine pour dire bonjour et une autre pour dire au-revoir).

Les 45 min de séance sont toujours longues pour Ilyas qui, dans le dernier quart d'heure, est peu attentif quelle que soit l'activité, vocalise beaucoup et est de plus en plus agité. Nous observons également de plus en plus de tensions qui s'installent au fur et à mesure de l'avancée de la séance notamment au niveau du visage, ce qui est le signe d'après la mère qu'il en a assez et qu'il souhaite partir. Amener Ilyas à s'asseoir pour la routine de fin de séance est alors plus aisé que pour la routine de début de séance. En revanche, on voit qu'il a compris que c'était la fin car il est très agité une fois assis et tend la main vers la porte. Lorsque la psychomotricienne essaye de le maintenir assis pour qu'il écoute la petite chanson, il regarde sa mère avec insistance. Celle-ci, décide de détourner le regard pour ne pas l'inciter à continuer et pour éviter qu'il s'accroche à son regard. Ne voyant aucun répondant du côté de sa maman, Ilyas regarde effectivement à nouveau la psychomotricienne afin de finir la routine. Par la suite, il se précipite dans les bras de sa maman pour un gros câlin, enfile son manteau très vite puis ouvre la porte pour se précipiter dans le couloir.

3.6. Bienfaits de la méthode sur la relation mère-enfant

3.6.1. Moyens mis en œuvre et buts recherchés

La méthode Denver se base sur un travail initial autour de la relation afin d'améliorer les compétences sociales de l'enfant et l'ouvrir davantage au monde qui l'entoure. Au travers de la disposition des jeux qui nécessite une demande, des jeux dans lesquels l'alternance est primordiale ou encore dans l'imitation des sons ou des mots, l'adulte met tout en œuvre afin de permettre l'instauration d'une communication avec autrui, qu'elle soit verbale ou non-verbale. C'est cette communication, soutien de toute relation, qui va permettre à l'enfant de faire le premier pas dans la reconstruction du lien qu'il a avec sa mère.

Les séances sont construites afin que l'enfant autiste puisse compenser et diminuer les recherches de stimulations. Des dispositifs répondant aux besoins sensoriels de l'enfant sont proposés afin que celui-ci puisse être davantage disponible aux apprentissages et à la relation. Par exemple, Ilyas a besoin de sentir une contenance au niveau de son buste pour pouvoir être calme et disponible sur sa chaise. Sans celle-ci, Ilyas se lève brusquement afin de courir, de tourner sur lui-même et de se coller contre les murs. Afin de pallier à ce défaut de perception, lors des jeux assis la mère vient se positionner assise juste derrière lui, comme si elle voulait l'entourer et lui faire un câlin. Ainsi, on a pu observer une meilleure attention de la part de Ilyas et un plus grand engagement dans l'activité proposée.

Cette posture de la mère qui entoure son bébé pour lui donner une perception de l'enveloppe qui l'entoure rappelle les notions de holding et handling de D. Winnicott. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, le holding est précisément tous ces gestes que la mère fait pour porter son enfant, lui donner une contenance et lui apporter une certaine perception de son corps et de ses enveloppes. Nous pouvons également faire un lien avec le concept de dialogue tonico-émotionnel : un vrai dialogue tonique se crée entre la mère et son enfant à ce moment-là, induisant davantage de sensations d'enveloppes chez Ilyas. Mme Benassi adopte donc une position de contenance corporelle mais aussi tonique et visuelle (car Ilyas voit son corps entouré par celui de sa maman). Ce principe de contenance, selon A. Braconnier et J. Sipos (1998), est engagé dès la naissance entre la mère et le nourrisson dans le cadre des interactions précoces regroupant les interactions corporelles, visuelles et vocales. Enfin, D. Anzieu parle de la peau comme enveloppe physique et psychique, perception qui se construit au fur et à mesure des expériences proposées par la mère à son enfant. On peut donc supposer que la posture de Mme

Benassi participe par ce toucher contenant au renforcement de la perception d'enveloppe de son fils.

Il serait intéressant dans ce dispositif d'inverser régulièrement les rôles entre Mme Benassi et la tierce personne. En effet, initialement c'est la mère qui offrait de la contenance et la psychomotricienne qui entrait en relation et jouait avec Ilyas. Dans le cadre d'un travail sur les interactions entre mère et fils, permettre à Mme Benassi d'être à son tour en relation avec son enfant grâce au soutien physique proposé par la psychomotricienne, offre à Ilyas et à sa maman un vrai temps de relation et de jeu. Cela permettrait donc à la mère de réinvestir cette relation difficilement accessible.

De la même manière, la construction temporo-spatiale de la séance permet à l'enfant autiste d'avoir un certain contrôle sur celle-ci. Cela lui permet d'avoir la possibilité d'anticiper les différentes parties de la séance, de se repérer plus facilement dans le temps et dans l'espace et de ne pas ressentir de l'angoisse face à une dimension temporelle non contrôlée. Ainsi, la séance est découpée en plusieurs temps définis et un espace spécifique est dédié à chacune de ces parties. Ces aménagements permettent de donner un rythme particulier à la séance permettant à l'enfant autiste d'ancrer ses repères dans un environnement concret. C'est également pour cela que le cadre de la séance est toujours le même, il permet d'apporter à l'enfant la stabilité et les repères qui lui font défaut.

Dans le cadre d'un développement sain et équilibré, cette stabilité et ces repères sont apportés à l'enfant grâce à la dyade mère-enfant. En effet, comme expliqué plus haut, la mère a pour vocation de mettre du sens sur les vécus de l'enfant, de lui offrir un environnement sécurisant et favorable à un développement équilibré. Elle est ainsi le médiateur permettant par la suite à l'enfant de s'ouvrir au monde sereinement. Les repères créés par la mère dès la naissance favorisent également la construction de l'espace chez l'enfant. En lui offrant des sensations, l'enfant va pouvoir au fur et à mesure percevoir son enveloppe et se représenter son corps. Associant ensuite mouvement et sensations à un endroit précis, l'enfant va pouvoir se représenter son corps en déplacement dans l'espace, aidé par le soutien de sa mère. Ces premiers repérages étayent la construction du schéma corporel [20] qui lui-même constitue la base de la construction de l'espace. Or, le schéma corporel selon B. Le Lièvre et L. Staes (1993), se fait grâce aux expériences vécues et est également liée au développement de la motricité et à celui

[20] Le schéma corporel est la représentation du corps fondée sur des données sensorielles et proprioceptives permettant à l'individu de se situer dans l'espace. C'est une représentation du corps dans sa dimension spatiale, anatomique, physiologique, une sorte de carte topologique du corps.

de l'affectivité. J'ai pu également expliquer dans la partie théorie le rôle de la mère dans l'environnement affectif de l'enfant ainsi que la nécessité pour elle de proposer des expériences à l'enfant afin de l'ouvrir au monde de manière sécurisante. L'équilibre de la dyade mère-enfant est donc essentiel pour l'acquisition de repères spatiaux. De plus, il est également essentiel pour l'acquisition de repères temporels car la construction de la dimension temporelle s'effectue par les premiers rythmes du bébé (repas, sommeil…), les rituels qui rythment la journée (le change, le bain, la promenade…), les phénomènes d'attente du bébé face à une demande puis de réponse de la part de la mère, etc. Il est donc tout à fait pertinent de supposer qu'une des causes des carences spatio-temporelles de l'enfant autiste pourrait être un déséquilibre de la dyade, la mère n'ayant pas pu compenser le déficit de son enfant par ses propositions. Le cadre spatio-temporel d'une séance selon la méthode Denver essaye d'apporter justement ce que la dyade n'a pas eu l'opportunité d'offrir en termes de repères.

Enfin, la méthode se construit en séance mais a pour vocation d'être poursuivie de manière aménagée à la maison par les parents. Le rôle de la mère dans cette méthode est alors primordial car c'est elle qui fait le lien entre la séance et la maison. C'est également elle qui s'investit et met en place les aménagements nécessaires à la maison. Pour Mme Benassi, c'est un support éducatif très intéressant car, nous l'avons dit plus haut, elle a très longtemps fait travailler son fils à la maison dans l'attente des prises en charge et elle s'investit beaucoup dans le développement et les apprentissages de son fils. Cette alternative lui permet donc de continuer à s'investir à la maison pour son enfant sans pour autant proposer une prise en charge comme celles dont il dispose à présent au CMP. En somme, cela lui permet d'entrer pleinement dans son rôle de mère en proposant à son enfant différentes explorations tout en y prenant du plaisir, car le temps libre à la maison pour un enfant de 4 ans, doit après tout être du temps pour jouer et s'amuser.

En conclusion, la méthode Denver est un soutien pour la maman et pour l'enfant car elle vise à rééquilibrer les sensations et les perceptions, à redonner un cadre et une sécurité propices au bon développement de l'enfant, à instaurer les bases de la communication et des interactions et permet à la mère de réinvestir son rôle de mère dans les séances et à la maison.

3.6.2. Observations des changements chez Ilyas et Mme Benassi

Nous avons entrepris de mettre en place ce dispositif afin d'aider Ilyas à se développer au mieux et d'accompagner Mme Benassi dans son rôle de mère. Nous avons pu observer quelques changements entre le début et la fin de l'année scolaire.

Au départ, je suis témoin d'un déséquilibre dans cette famille car depuis la naissance de cet enfant particulier, aucun diagnostic n'ayant été encore posé, les parents étaient perdus et sans repères pour élever ce bébé qui ne répondait pas et semblait fuir les interactions. La période de l'annonce du handicap tant attendue est néanmoins difficile à vivre et à accepter comme en témoigne Mme Benassi. Cependant, j'observe depuis lors que les relations sont plus adaptées, l'acceptation se fait au fur et à mesure que les prises en charge se mettent en place et l'équilibre se trouve au fur et à mesure. J'observe également que la mère est plus à l'écoute de son fils et attentive à ses besoins. Elle-même nous dit qu'elle est beaucoup moins sévère et qu'elle prend davantage le temps de comprendre et d'aider son enfant. Il en va de même pour le reste de la famille et les proches qui sont plus à même de le faire grandir et de l'accompagner maintenant qu'ils savent qui est réellement Ilyas. Une fois que les prises en charge ont enfin pu débuter, les parents se sont sentis davantage accompagnés et épaulés dans cette aventure qu'est la vie avec un enfant handicapé.

Du côté de Ilyas, je perçois également un petit changement. En effet, il réussit à demander plus spontanément de l'aide par exemple, que ce soit en séance ou à la maison d'après la mère. Ilyas commence également à produire des sons adaptés, par exemple il reproduit le son de la voiture en même temps qu'il la fait rouler, il produit également des sons qui ressemblent aux mots chantés lors des premières comptines de la séance. A la maison, il imite plus facilement qu'avant la mère dans les activités de construction : il assemble par exemple sur imitation des Duplo afin de former un petit train et il peut assembler des perles l'une avec l'autre, toujours sur imitation uniquement. Rapidement, il a su mettre son manteau ou enlever ses chaussures tout seul. Ilyas gagne donc un peu en autonomie quant à l'habillage et entre petit à petit dans la communication, notamment avec sa mère. Je me rends compte également que plus la prise en charge avance, plus Ilyas est sensible aux demandes et aux réactions de sa mère. En effet, il lui obéit de plus en plus vite et elle arrive à obtenir de plus en plus par son attitude et le ton de sa voix des actions que nous n'obtenons pas toujours même après beaucoup de

sollicitations. Cela montre bien que la mère arrive de plus en plus à communiquer ses affects par un dialogue non verbal. Cette capacité de renvoi des affects et de communication non-verbale est la base de la relation mère-enfant comme j'ai pu l'évoquer dans ma partie théorique. Ilyas, de son côté, est donc de plus en plus sensible au dialogue tonico-émotionnel développé par J. Ajuriaguerra et aux réactions tonico-émotionnelles de sa mère, introduites par H. Wallon, notions que j'ai eu l'occasion de présenter dans ma première partie.

En conclusion, Ilyas et Mme Benassi retrouvent un certain équilibre dans leur relation mère-enfant au travers des séances proposées selon la méthode Denver. Les progrès sont légers mais néanmoins essentiels car ils permettent petit à petit d'avancer dans la recherche de cet équilibre perdu et posent déjà le socle de la communication et de la relation. Ils offrent aux parents, et à la mère en particulier, un soutien et un accompagnement dans leur épreuve. Les progrès ressentis et observés par Mme Benassi lui donnent de l'espoir et participent à sa revalorisation en tant que mère. Le soutien et les pistes éducatives proposés au cours de cette année lui permettent également de retrouver son rôle de mère à la maison et de proposer un environnement adapté à Ilyas.

Partie 3 : Discussion

Plusieurs questionnements ont émergé chez moi à la suite de la prise en charge de Ilyas et de sa maman. En effet, j'ai été confrontée à une situation difficile qui m'a bouleversée et m'a fait prendre conscience de la difficulté pour une mère d'accepter le handicap de son enfant et de persévérer dans la recherche de son rôle de mère. Cette situation m'a permis d'une part de tenter d'approfondir la théorie concernant la relation mère-enfant dans le cadre de l'annonce d'un diagnostic mais d'autre part, elle m'a encouragé à réfléchir davantage à ce que ma clinique en tant que future psychomotricienne pourrait leur apporter.

Dans cette discussion je vais tenter d'approfondir dans une première partie le rôle de la dyade mais du point de vue de l'enfant cette fois, c'est-à-dire que je vais expliquer en quoi la relation mère-enfant permet à l'enfant de construire son espace et d'aboutir à sa propre individuation. Dans une deuxième partie, j'exposerai les difficultés auxquelles j'ai été confrontée ainsi que quelques réflexions qui me sont apparues lors des différentes séances ou des discussions avec Mme Benassi et ma maître de stage.

I. Place du père dans la dyade

Dans ce mémoire, j'ai eu l'occasion de développer le principe de la dyade mère-enfant et les conséquences qu'un enfant handicapé provoque dans l'établissement de cette dyade. Cependant, un enfant naît d'une mère et d'un père donc le père construit lui aussi inévitablement un lien avec son enfant. L. Bertalanffy dans sa théorie générale des systèmes parue aux Etats-Unis en 1968 parle de la famille comme *"un système ouvert, complexe et dynamique, formé par des individus en interaction les uns avec les autres et dans lequel les évolutions et le changement des uns sont associés au changement des autres"* (Bertalanffy, 1968, cité par Merucci, 2006). Un couple formerait alors à lui seul un système et la venue d'un enfant remaniera ce système en apportant de nouvelles relations et un nouveau fonctionnement. Le père étant à la base de ce nouveau système au même titre que la mère, il a donc autant de raisons qu'elle d'être en relation avec ce nouvel enfant. Quel est donc la place de la figure paternelle au sein de la dyade ?

En effet, le lien mère-bébé est d'abord physiologique et se constitue tout au long de la grossesse, symbolisé par le cordon ombilical qui relie déjà de manière physique la mère à son enfant. Celle-ci aura également un statut particulier contrairement au père car elle porte la vie en son sein. *"Ayant porté, accouché, puis éventuellement allaité, la mère sera toujours en*

avance sur le père, lequel devra trouver d'autres voies pour combler ce décalage." (Reuillard, 2008). Comment mettre en avant l'attachement d'un père pour son bébé ? D'après D. Winnicott (1971), cet attachement du père sera traduit et illustré par des attentions envers celle qui porte son enfant, par sa manière de s'impliquer, de s'inquiéter et de prendre soin : *"Le père est nécessaire pour aider la mère à se sentir bien dans son corps et heureuse en esprit"* (Winnicott, 1971, p.118). D'après lui, c'est donc ce qui constitue le rôle premier du père avant la naissance. Une fois le bébé venu au monde, le rôle du père envers son enfant devient à la fois plus évident pour un œil extérieur mais peut être complexe avec l'installation immédiate de la dyade mère-enfant.

Il doit alors trouver sa place et s'insérer progressivement entre la mère et l'enfant afin de permettre petit à petit un détachement de cet état fusionnel de la symbiose en s'immisçant dans la relation pour s'affirmer comme figure paternelle. Selon A. Naouri, *"si la mère est un acquis, le père, quant à lui, est un dû".* (Naouri, 2008). Selon elle, pour faire sa place dans cette relation duelle, deux conditions doivent être remplies. Le père doit en premier lieu accepter ce statut, ce rôle de père et faire le choix de s'investir dans le développement de l'enfant, puis la mère, quant à elle, doit accepter cette figure paternelle et cette possibilité de triade. C'est elle qui finalement introduit le père dans la relation symbiotique qu'elle entretient avec son enfant. Nous pouvons faire un lien à ce moment-là avec la théorie énoncée précédemment, affirmant que le bébé est dépendant des affects, de la verbalisation et de l'interprétation de sa mère pour penser son environnement. Ainsi, si la mère n'introduit pas le père auprès du bébé, ce dernier ne pourra pas le reconnaître comme tel de manière autonome.

D. Winnicott (1971) introduit alors le terme de préoccupation paternelle, désignant ainsi "*un père soucieux du bien-être et de l'équilibre de l'enfant, dans une relation où chaque adulte s'efforce d'occuper sa place de parent qui lui est propre. Comme la mère, ils se constituent parent dans l'inconscient de l'enfant en l'accompagnant par la main, la voix et le regard."* (Cité par Reuillard, 2008).

En introduisant une tierce personne dans la relation mère-enfant, la mère ouvre alors l'horizon de son enfant en lui faisant découvrir "l'autre", son environnement, tout ce qui viendrait élargir l'espace de la dyade et le faire grandir en tant qu'individu différencié de sa mère. Selon M. Mahler (2013), le processus de séparation-individuation que constitue ce phénomène d'ouverture de la dyade, permettrait à l'enfant d'acquérir ses propres caractéristiques individuelles. La figure paternelle est donc essentielle dans la construction psychique de l'enfant.

Par ailleurs, d'un point de vue sémantique, le mot « père » désigne la relation entre un homme et un enfant. Il est donc sous-entendu que cet homme en devenant père veuille s'impliquer dans la relation avec son enfant d'un point de vue affectif. De la même manière que la mère, le père va alors être capable de montrer l'intensité de son attachement par des marques d'affections. Selon Le Camus (1997-2000) et P. Humbert (2003), la différence entre les deux types de démonstration d'affection (maternelle et paternelle) réside dans leur nature. En effet, la mère serait plus dans un soin et une qualité d'interaction plutôt protectrice et didactique alors que le père serait plus dans le jeu, la stimulation et le plaisir de la relation.

> *"Les échanges physiques avec le père inciteraient l'enfant à réguler les échanges avec les autres et constitueraient un stimulant pour son développement social. Ainsi, on trouverait déjà à l'âge de 5 mois un lien entre l'implication paternelle et la sociabilité de l'enfant".* (Humbert, 2003).

A partir de cet exposé de la place de la figure paternelle dans la relation mère-enfant et de cet écrit autour de l'annonce du handicap, une question me vient alors à l'esprit : Comment réagit ce père, cofondateur d'un système familial se voulant équilibré, face à l'annonce du handicap de son enfant ? Quelle serait alors la place du père dans le cadre de la naissance d'un enfant handicapé dont les capacités d'interactions sont limitées ?

Avec la naissance d'un enfant handicapé, le système familial se trouve ébranlé au plus profond de son fonctionnement. Il incombe donc aux parents de reconstruire ce système en décidant alors de leur propre évolution et de ce qu'ils souhaitent mettre en place pour accueillir au mieux leur enfant.

> *"Beaucoup de pères d'enfants handicapés témoignent de leur souffrance et des bouleversements dans l'organisation de leur vie familiale et professionnelle. L'organisation du couple, leur rôle de père devant la fratrie, leurs liens avec l'enfant ainsi que les relations avec la famille élargie et leurs propres parents, leur situation professionnelle, changent au-delà de toute prévisibilité".* (Merucci, 2006).

Tout comme la mère, l'annonce du handicap plonge le père dans une période d'incertitude, de souffrance, d'angoisse peut-être même. Pourtant, dans les suivis post-annonce, ces derniers sont souvent absents, que ce soit par crainte de devoir s'ouvrir à un thérapeute ou à cause d'une incompatibilité professionnelle. Comment peuvent-ils partager leur souffrance ? Comment en tant que thérapeute peut-on malgré tout proposer au père de l'aide ?

Comme évoqué précédemment, le rôle du père dans le développement de l'enfant est entre autres de l'ouvrir à cet aspect social. Comment un père peut-il l'assumer si son enfant, dans le cadre de l'autisme par exemple, ne peut entrer en interaction ? Quel est alors son rôle ? Selon M. Merucci (2006), il est aussi question de savoir comment le père peut montrer sa présence et son amour pour son enfant si celui-ci n'est pas réceptif à cela. Il en découle alors une certaine frustration chez le père faisant écho à celle de la mère qui ne peut également investir sa relation avec son enfant.

Nous avons vu que dans ce cadre-là, la mère pouvait avoir tendance à surinvestir la relation avec son enfant afin de compenser son déséquilibre. Cela peut engendrer une mise à l'écart du père dans l'éducation, la protection et le développement de cet enfant. Le père est donc isolé petit à petit à la fois dans sa propre famille et dans son couple, la mère réservant l'essentiel de son temps et de ses forces pour son enfant.

Finalement, nous serons d'accord pour dire qu'annoncer le handicap d'un enfant peut être source de beaucoup de souffrances sur plusieurs plans chez les deux parents, blessés dans leur parentalité car mis en grande difficulté pour accomplir leur rôle de mère et de père auprès de leur enfant.

II. Limites et questionnements autour de la prise en charge avec Ilyas

II.1. Approfondir les observations et aller plus loin dans la prise en charge

Lors de la prise en charge de Ilyas, des questionnements me sont apparus. Le sujet de ce mémoire étant centré sur la relation mère-enfant, j'ai donc pu aborder le déséquilibre dans la dyade à cause du handicap puis la souffrance au moment de l'annonce de ce dernier. Cependant, un accompagnement autour de l'acceptation de l'annonce du handicap suppose de prendre en charge les deux parents concernés et non pas uniquement la mère. Comme j'ai pu le détailler plus haut, chacun est touché à sa manière par le handicap de l'enfant et réagit différemment. Il est donc important d'aller à la rencontre du père pour l'aider dans sa relation père-enfant. Qu'en est-il alors du vécu du père de Ilyas ? Comment vit-il la situation ? Arrive-

t-il à jouer avec son fils et à prendre du temps pour construire leur relation père-fils ? Il aurait donc pu être intéressant de rencontrer le père afin de connaître son implication dans le développement physique et affectif de son enfant mais aussi pour lui proposer un espace d'écoute et d'échange.

De la même manière, observer le comportement de Ilyas en interaction avec ses pairs dans son environnement familial pourrait apporter de nouvelles informations sur son fonctionnement. On pourrait alors observer les éventuelles différences de comportements entre les séances et le domicile, évaluer la qualité de ses repères à la maison (repères spatiaux, temporels, routines, jeux favoris…), ses capacités à jouer seul ou avec d'autres mais aussi les réactions du reste de la famille par rapport à lui.

J'ai pu évoquer avec le reste de l'équipe du CMP des aménagements possibles dans la structure afin d'améliorer au mieux la prise en charge et l'écoute des parents à la suite de l'annonce d'un diagnostic. Plusieurs pistes sont en discussion mais aucune n'a pu aboutir pour le moment. Entre autres, nous avons proposé de mettre en place un groupe de parole pour les mamans et/ou les papas qui le souhaitent, animé par un professionnel du CMP afin de soutenir ces parents en leur proposant un espace de parole, d'écoute, d'échanges entre parents rencontrant le même type de difficultés, groupe dans lequel nous pourrions également renseigner, orienter et rassurer les parents. Cette idée est apparue après avoir remarqué que plusieurs mamans attendant leur enfant en salle d'attente se sont liées d'amitié et ont beaucoup discuté de leur enfant et de la problématique du handicap dans leur famille (les parcours de soin, l'acceptation etc…). Il nous est donc venu à l'idée d'imaginer un dispositif permettant expressément la rencontre entre ces parents dans un cadre sécurisant et contenant.

II.2. Limites et difficultés rencontrées au cours de l'écriture

Au cours de l'écriture de ce mémoire, j'ai été confrontée à quelques difficultés dont certaines ont amené un réel questionnement.

En premier lieu, il m'a été difficile d'accéder à toutes les informations utiles concernant Ilyas et sa famille, notamment la fiche de suivi des soins lors des deux années passées à l'UTEP ou les comptes-rendus des évaluations au centre référent qui ont conclu à un diagnostic autistique sévère, car les dossiers ne sont pas accessibles par souci de confidentialité. Poser des questions à Mme Benassi pour obtenir ces informations a été la seule solution. Cependant, la mère de Ilyas étant algérienne, sa langue maternelle est le Kabyle. Elle parle néanmoins correctement le français mais n'arrive pas toujours à bien comprendre les questions ni à exprimer précisément sa pensée.

J'ai pu également émettre l'hypothèse d'une difficulté à verbaliser son vécu et à nous raconter cette période difficile à cause de ce que S. Freud (1905) appelle l'amnésie traumatique. Cette amnésie surviendrait notamment chez des parents à qui les médecins ont annoncé le handicap de leur enfant et pour qui les mots ont été trop difficiles à entendre. En signe de protection et de défense, ils ont chassé de leur mémoire les souvenirs difficiles. Peut-être que Mme Benassi se trouve victime de ce phénomène.

Quoi qu'il en soit, j'ai pu avoir quelques informations sur Ilyas mais des questions sur son parcours de soins ainsi que sur son comportement à la maison sont restées en suspens. Comment pouvons-nous étudier un cas clinique dans le détail si nous ne connaissons pas toute l'anamnèse d'un patient ? En effet, un simple détail peut apporter une explication clinique ou orienter une prise en charge par exemple. Pourtant, avons-nous le droit d'avoir accès à la vie privée d'un patient, où se situe la limite entre le nécessaire à connaître sur lui et l'intimité de son histoire ?

En somme, j'ai fait la rencontre en début d'année d'un patient dont le diagnostic d'autisme n'avait pas été posé malgré son âge et de multiples examens auparavant. Mettre en place une prise en charge pour un enfant autant en difficulté n'a pas été facile. Par ailleurs, il s'avère que plus la prise en charge est tardive, plus l'enfant a du mal à rattraper son retard. Dans le cadre du diagnostic autistique, je me rends compte au cours de mes observations que Ilyas s'est beaucoup enfermé dans ses stéréotypies et a pris beaucoup de retard dans les apprentissages. Le champ d'action étant très large en psychomotricité chez un enfant très en retard, le travail de préparation des objectifs et des axes de progression n'est pas évident. De ce fait, la méthode Denver paraît être un outil adapté dans la prise en charge de Ilyas car elle permet un travail approfondi autour du jeu, de la relation, de la communication et de la motricité fine

et globale. Cette méthode permet également d'impliquer les parents dans la prise en charge, ce qui paraît pertinent au vu de la demande de la maman et de la situation émotionnelle des parents. Cependant, nous nous rendons compte par la suite, ma maître de stage et moi-même, que la méthode n'est pas spécialement conçue pour des enfants ayant un tel degré d'autisme. Les objectifs sont difficilement atteignables car conçus en premier lieu pour des enfants qui ont initialement des compétences sociales et comportementales plus élevées que Ilyas. Ce dernier est très envahi par ses stéréotypies. Le besoin et la recherche de stimulations sont très présents chez lui ce qui m'amène à penser qu'une prise en charge axée davantage sur les enveloppes et les aspects sensoriels serait peut-être pertinente.

Enfin, la situation sanitaire actuelle a également rendu les choses plus complexes lors de cette prise en charge. En effet, entre les divers confinements entraînant un taux d'absentéisme plus important et les autres mesures restrictives (les gestes barrières, le port du masque), instaurer une alliance thérapeutique avec le patient et ses parents et établir un climat propice au développement n'ont pas été aisés. Le port du masque pose question dans la mesure où il réduit le contact et la communication, d'autant plus lorsque nous sommes face à un enfant autiste.

Des études menées par une équipe de professionnels de la petite enfance ont montré que la compréhension, la production du langage (les babillements notamment) ainsi que la qualité d'écoute sont visiblement impactées par le port du masque en crèche. En effet, les petits cherchent la bouche de l'adulte lorsqu'il leur parle et c'est en regardant cette bouche et en l'imitant qu'ils apprennent le langage et développent leur capacité de communication.

> *"Lors de temps individuels, j'enlève parfois mon masque, je constate une attention accrue des enfants avec un certain apaisement et davantage de réponses. L'interaction entre l'enfant et l'adulte se modifie : le visage de l'enfant s'illumine, le sourire-réponse s'affiche quasi systématiquement et se manifeste plusieurs fois durant le temps de l'échange non masqué",* déclare un professionnel.

Ils remarquent également une baisse de la fréquence du sourire chez les enfants, et constatent que ces derniers sont peu nombreux à sourire.

> *"Le mécanisme de sourire-réponse, c'est-à-dire de sourire en réponse au sourire de l'adulte, est également plus long à se déclencher en présence d'un masque.*

Tandis qu'à l'inverse, le retrait du masque par l'adulte se traduit par un sourire spontané de l'enfant dans plus de 80 % des cas", déclare ce même professionnel.

Cette capacité innée de communiquer par des mimiques du visages, des mots, un regard ou un sourire est altérée par le port du masque cachant la moitié du visage. Il est intéressant de faire le rapprochement entre ces bébés en défaut d'interactions par la barrière du masque et les enfants porteurs d'autisme en défaut d'interactions à cause de leur syndrome. Comment pouvons-nous être à l'écoute de leurs besoins et impliqués totalement, corporellement et psychiquement, dans leur prise en charge si nous effaçons la moitié de notre visage qui pourtant est celle qui exprime le plus ? L'autisme enferme une personne dans sa bulle, par définition c'est un trouble des interactions sociales. Si chacun se met "dans sa bulle", réduisant ainsi toute relation sociale, ne serait-ce pas isoler encore davantage ces personnes handicapées, tels que les autistes, qui ont besoin au contraire de cet aspect social ?

II.3. Questionnements autour du rôle et de la place de la psychomotricité dans la prise en charge autistique

Au contact de cette famille, j'ai pu ressentir ce besoin de venir en aide à ces personnes en difficultés et j'ai également compris à quel point notre métier et les prises en charges qui en découlent sont essentielles pour elles. J'ai retenu de ces rencontres que les qualités qui font d'un psychomotricien un thérapeute compétent et efficace sont : l'empathie, la capacité à observer et à écouter le patient, la capacité à verbaliser ce qui se passe en séance, la capacité à établir un dialogue tonico-émotionnel contenant, la capacité d'adaptation, la bienveillance et la créativité.

Je vais développer à présent quelques qualités qui, à mon sens, sont primordiales dans l'accompagnement de sujets autistes.

L'empathie est cette disponibilité essentielle au psychomotricien qui consiste à *"se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver ses émotions"* (Jorland, 2004, p.20). Elle se caractérise *"par deux composantes primaires : 1) une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, et 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne".* (*Ibid*, p.57). Pour cela, le psychomotricien doit être disponible psychiquement et corporellement afin d'accompagner les enfants dans leur vécu. Le psychomotricien doit cependant veiller à respecter le cadre thérapeutique et ne pas confondre l'empathie avec la sympathie qui consiste inversement *"à*

éprouver les émotions de l'autre sans nécessairement se mettre à sa place, c'est une contagion des émotions". (*Ibid*, p.20).

J'ai pu expérimenter lors de ma pratique que garder une posture professionnelle face à ces familles n'est pas évident. En effet, l'histoire de Mme Benassi et de son fils m'a beaucoup touchée car elle fait écho à ma propre expérience face à l'annonce d'un handicap. Il m'a donc été très difficile de ne pas projeter mes ressentis face à ma propre expérience sur ceux de Mme Benassi. J'ai également éprouvé beaucoup de difficultés à prendre de la distance par rapport à son discours. En effet, par ses mots et ses intonations elle déverse ses éprouvés et sa frustration face à une situation douloureuse et un corps médical auquel visiblement elle en veut. En écoutant ses propos, il m'a donc été difficile de ne pas prendre le parti de cette maman et de me dire que mon rôle dans ce cas-là est surtout d'accueillir des propos et non de les corriger. J'ai donc pu lors de ce stage éprouver l'importance de différencier empathie et sympathie. Être empathique est un atout en psychomotricité car cela permet de proposer ce qui est le mieux pour l'enfant, au contraire avoir trop de sympathie pour les patients participe à rompre le cadre thérapeutique.

La capacité à verbaliser, mettre des mots sur le vécu du patient est également essentielle, surtout si le patient est autiste. En effet, *"l'enfant a besoin d'intonation émotionnelles ajustées, il a besoin de cohérence entre les sensations et les mots affectés pour favoriser sa cohérence interne"* (Robert-Ouvray, 1999, p.4). Choisir les mots adaptés aux sensations et aux émotions perçues par le patient va lui permettre d'assimiler ces sensations et de les ancrer plus facilement dans son vécu ainsi que de se sentir compris par l'adulte. C'est en partie ce processus de reconnaissance de l'histoire personnelle qui favorise par la suite l'émergence du Moi. J'ai éprouvé des difficultés à proposer une consigne claire et précise au patient sans le perdre dans une consigne trop difficile ou trop longue. En effet, en proposant une consigne trop longue avec des mots compliqués, nous perdons le patient qui, face à un flot trop important de mots et des tournures compliquées, décroche le peu d'attention qu'il a réussi à accorder.

J'ai également mesuré la portée que pouvaient avoir les mots dans les échanges avec la mère. Savoir choisir ses mots permet à la fois de ne pas blesser ou inquiéter les parents (ou l'enfant) mais permet aussi de ne pas induire la réponse des parents afin de les laisser s'exprimer en toute liberté.

Établir un dialogue tonico-émotionnel contenant avec son patient permet une communication infra-verbale authentique et adaptée aux capacités de l'enfant et permet de tisser un lien spécifique avec lui.

> *"Notre corps non seulement est en relation avec l'espace environnant, mais ne peut se vivre que dans et par le corps d'autrui. [...] Le tonus, non seulement prépare et guide le geste, mais exprime en même temps, par les postures qu'il suscite, les fluctuations affectives qui sont elles-mêmes les manières qu'a l'enfant d'intérioriser et d'assimiler l'expérience d'autrui".* (Bernard, 1972).

Lors de ce stage, je me suis rendu compte que ma posture et la qualité de mon engagement dans la séance influent beaucoup sur l'engagement du patient. En effet, souhaitant entrer en relation avec un patient mais ne réussissant pas, je me suis rendu compte que j'étais trop en retrait par rapport à lui et que les mots ne suffisaient pas. De son côté, l'enfant comprenant mal les mots et étant affairé dans son jeu ne s'est pas rendu compte que je m'adressais à lui… En adaptant ma posture à mon intention, c'est-à-dire en m'approchant davantage du patient et en essayant d'entrer davantage dans un dialogue corporel afin de soutenir les mots, j'ai pu obtenir son attention et entrer dans le jeu.

Enfin, l'adaptation au patient est le maître mot lors d'une prise en charge autistique. En effet, de la même manière qu'une mère doit s'adapter aux besoins de son enfant pour y répondre de la manière la plus adaptée possible, le psychomotricien doit lui aussi s'adapter à son patient en fonction des capacités de celui-ci, de ses envies et de son état émotionnel du moment afin de l'accompagner au mieux dans son développement. La psychomotricité est une thérapie qui prend en compte la globalité du patient. Il est donc cohérent que le thérapeute propose des activités qui soient enrichissantes pour l'enfant, lui procure un certain plaisir et qui prennent sens pour lui. Lors des séances avec Ilyas, il est indispensable de changer plusieurs fois d'activités dans la séance. Il se lasse facilement des jeux proposés et des temps de stimulations sensorielles et de recherche de sensations sont indispensables de manière très régulière. C'est alors un vrai défi de réussir à attirer son attention et obtenir du plaisir dans les jeux en lui proposant ce qui, à ce moment-là particulièrement, lui conviendra.

Une question émerge alors de ces observations : en tant que psychomotricien, comment trouver la bonne limite entre le maternage et le soin dans ce type de prise en charge ? En effet, on observe que dans une séance les premières relations avec la mère sont matérialisées dans la

disponibilité psychique (holding, fonction pare-excitante, mise en mots…) et dans les situations proposées (bercements, miroir, portage, contenance…) Par ses dispositions psychiques et corporelles, le psychomotricien aide le patient autiste à construire son corps et son identité. Or, ce sont les fonctions attribuées à la figure maternelle. Afin de ne pas se substituer au rôle de la mère, le psychomotricien veille alors à poser un cadre thérapeutique et des limites contenantes mais solides. Par exemple, lorsque Ilyas cherche à faire câlin ou à se lover dans nos bras, nous veillons à ce que la mère reçoive soit à son tour soit à notre place ces marques d'affection. Cela permet de mettre à profit les élans affectifs (ou du moins sa recherche de contenance et de sécurité) afin de réinvestir la mère dans son rôle maternel.

En tant que stagiaire, j'ai pu mettre en pratique mes capacités d'observations acquises tout au long de ma formation afin de comprendre le fonctionnement et le développement de l'enfant ainsi que les émotions de la mère dans le but d'adapter sans cesse la séance en fonction d'eux. En passant du rôle d'observateur au rôle d'acteur dans la séance, je me suis également posé quelques questions. En effet, passer d'un savoir[21] et d'un savoir-faire[22] à un savoir être[23] n'est pas évident. Cela demande de la pratique et une connaissance de soi et de ses limites très précises. Il m'est donc arrivé plusieurs fois de me retrouver face à des situations où trouver les ressources et les idées nécessaires afin d'aider au mieux le patient en difficultés m'a demandé beaucoup de temps et d'imagination.

Dans cette optique d'être toujours dans un engagement corporel et psychique total envers son patient, comment faire pour pouvoir entrer dans le monde de l'enfant autiste afin d'entrer en contact avec lui et progressivement l'en faire sortir ? Pour tenter d'atteindre ce but, le psychomotricien veille à être avant tout présent à soi et pour l'autre : il centre son attention et sa vigilance, est présent par sa posture, son engagement corporel, son intonation de voix, sa fréquence respiratoire… et veille à instaurer de la contenance dans ses rapports aux patients.

Afin d'aller à la rencontre de l'enfant autiste dans son monde, il peut proposer des dispositifs veillant à apporter à l'enfant ce qui lui fait défaut en termes de perception d'enveloppe ou d'unité du corps (par exemple, proposer des disques sensoriels pour la perception de la plante des pieds ou bien un hamac pour la sensation d'enveloppe et d'unité

[21]Le savoir est défini comme la connaissance de la population concernée, de la pathologie et du patient.

[22] Le savoir-faire est la capacité à mettre en pratique des connaissances au cours d'une séance créée

[23] Le savoir être est la capacité à se connaître soi-même et à être véritablement un soutien dans la séance, par son engagement corporel à travers le dialogue tonico-émotionnel, par son écoute, par l'empathie, la bienveillance, la disponibilité pour le patient et la créativité.

corporelle). Réussir à maintenir cet engagement lors de toute la durée de la séance demande un réel effort et trouver sans cesse de nouvelles idées pour s'adapter demande de la créativité. Tout cela s'acquiert au fur et à mesure de la pratique et demande de se former continuellement afin de proposer toujours une séance la plus complète et la plus efficace possible.

Conclusion

Proposer une prise en charge globale de la famille après l'annonce d'un handicap est une nécessité. Déstabilisé par cette annonce, chaque membre de la famille réagit à sa manière. Il est donc important de les accompagner et de les soutenir durant cette épreuve. Cependant,

ajoutée à cette acceptation, les parents doivent faire face à une autre problématique : celle d'éduquer cet enfant différent. L'enjeu est donc de taille car la manière dont cet enfant va se développer et va se construire tout au long de sa vie est finalement conditionnée par cette période cruciale durant laquelle les parents doivent faire face à ce handicap, l'accepter et trouver une façon différente d'être parent.

La mère en particulier est ébranlée dans sa nature même de mère. Le lien tissé entre un nourrisson et sa mère est un lien vital. Lorsque celui-ci ne se fait pas, quelle qu'en soit la raison, la mère et l'enfant se trouvent mis à mal. De son côté l'enfant perd ce soutien maternel et cette nécessité pour lui d'être en relation et d'être compris. Du côté de la mère, c'est tout un monde qui s'écroule laissant place à une situation où elle ne comprend pas son enfant, où celui-ci ne lui renvoie rien qui puisse la gratifier et la conforter dans son rôle de maman. C'est donc la maternalité, le processus de "devenir mère" qui peine à se construire.

Le rôle de la psychomotricité est alors d'accompagner ces mères en difficultés à trouver ou à retrouver ce lien avec leur enfant. Par la posture et l'engagement du thérapeute et par sa capacité à proposer des situations adaptées et pertinentes, il permet de soutenir la rencontre entre ces deux êtres blessés.

Le psychomotricien procède alors de manière à rappeler à la mère par ses attitudes le rôle crucial de la dyade. En effet, ce lien spécifique qu'est la dyade est nécessaire au développement de l'enfant car il lui permet à travers des jeux et des échanges tonico-émotionnels, infra-verbaux, des mots ou des mimiques ainsi que par les rythmes instaurés par sa mère de construire ses représentations de son propre corps et de ses limites. Il permet également la construction de sa manière de penser, d'être et de voir son environnement ainsi que la construction de l'espace et du temps dans lequel il se trouve. En somme, la dyade mère enfant est à l'origine de la capacité d'un enfant à être dans le monde.

Dans le cadre d'un diagnostic autistique, le rôle de la psychomotricité est d'autant plus important que la dimension relationnelle elle-même dans ce syndrome se trouve affectée. De ce fait, un des principaux objectifs de la prise en charge serait de travailler les capacités relationnelles à travers le jeu tout en travaillant à renarcissiser la mère. En effet, sans attrait pour la sphère sociale et la communication, et entravé dans son corps par ses déficits, un enfant autiste empêche, malgré lui, la mère d'investir son rôle de manière adaptée. La relation elle-même est une relation à sens unique car l'enfant ne peut renvoyer à son tour ce que sa mère lui transmet. Il peut en résulter de la frustration ou de l'angoisse de la part de la mère, des périodes

d’incertitudes ou d’inquiétudes, une difficulté à savoir ce qui est bon pour son enfant ou encore un doute quant à ses propres capacités et le sentiment de ne pas être une bonne mère. Au fur et à mesure du développement de son enfant, il peut également en résulter une véritable blessure face à son enfant qui n’est pas comme les autres, qui est moins habile ou dont le comportement choque ou questionne l’entourage. La mère est blessée dans sa nature même de mère, d’où l’importance pour nous thérapeutes et futurs thérapeutes d’aller au contact de ces mères et de leurs souffrances afin de les soutenir dans leur maternalité, les aider à retrouver un certain équilibre familial et leur redonner ce nouvel élan de confiance en elles.

On comprend donc toute l’importance de la qualité d’annonce du handicap pour les familles et en particulier pour la mère. Le choix des mots, le choix du moment, la qualité de présence de l’équipe médicale, la qualité du suivi de la famille par la suite sont autant de paramètres à prendre en compte afin de limiter le traumatisme des personnes concernées. Mais les difficultés de ces familles et de ces parents ne s'arrêtent pas là. Pour les parents d’enfant autistes en particulier, c’est un combat de toute une vie. Après avoir fait face à la nouvelle, ils vivent quotidiennement avec le handicap et les difficultés qu’il représente. C’est une aventure vécue à la maison, en éduquant cet enfant dont le comportement n’est pas toujours compréhensible ni facile à vivre. C’est une aventure vécue à l’extérieur car cet enfant comprend différemment le monde et ne réagit pas comme les autres. C’est une aventure vécue face à la société actuelle elle-même qui a du mal à accepter le handicap de manière générale : une personne handicapée devra toujours se battre pour ses droits contrairement à une personne qui entre dans les normes de la société.

Après avoir participé à l’acceptation du handicap par la famille, quel serait alors le rôle de la psychomotricité dans l’acceptation du handicap par la société ? Comment permettre à l’enfant handicapé, puis à l’adulte handicapé, de se sentir reconnu, accepté et inclus dans l’environnement scolaire ou professionnel ? Il serait intéressant d’approfondir cette question de la place du handicap dans la société actuelle.

Bibliographie

1) Livres

Anzieu, D., (1985) *Le Moi-Peau*. Presses Universitaires de France.

Naouri, A., (2008). *Une place pour le père*. Ellipses.

Ballouard, C., (2003). *Le travail du psychomotricien*. Edition Dunod.

Berger, J., (2014) *Sortir de l'autisme.* Buchet-Chastel.

Bernard, M., (1972) *Le corps.* Presses Universitaires de France.

Borghini, A. et Muller-Nix, C., (2008). *Un étrange petit inconnu.* Érès.

Bowlby, J., (1969). *Attachement et perte*. Presses Universitaires de France.

Bowlby, J., (1980). *Attachment and loss : Loss, sadness and depression.* Basic Books London.

Braconnier, A., Sipos, J., (1998). *Le bébé et les interactions précoces*. Presses Universitaires de France.

Bruner, J., (1983). *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire.* Presses Universitaires de France.

Bullinger, A., (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars.* Erès.

Couvert, M., (2011). *Les premiers liens*. Fabert éditions.

Eméyé, E., (2015). *Le voleur de brosse à dents.* Éditions Robert Laffont.

Escalona, S., (1968). *The Roots Individuality.* Adline.

Esculpavit, H., (2013). *Bilan et prise en charge du nourrisson et du jeune enfant, La psychomotricité auprès du jeune enfant présentant des difficultés de développement et de sa famille*.

Gardou, C., (2006) *Quand le handicap s'immisce dans la famille, Peut-on vivre avec et malgré le handicap de son enfant* ? Erès.

Gauberti, M., (1993). *Mère-enfant : à corps et à vie : analyse et thérapie psychomotrice des interactions précoces.* Presses Universitaires de France.

Jorland, G., (2004). *L'empathie*. Odile Jacob.

Korff-Sausse, S., (2016). *Le miroir brisé, l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste.* Librairie Arthème Fayard/Pluriel.

Lazartigues, A., Lemonnier, E., (2005). *Les troubles autistiques, du repérage précoce à la prise en charge.* Ellipses.

Lebovici, S., (1983). *Le nourrisson, la mère, le psychanalyste : les interactions précoces.* Editions Centurion.

Lebovici, S., Mazet, P., Visier, J-P., (1989). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires.* Eshel Editions.

Lebovici, S., (2009) *L'arbre de la vie, Éléments de la psychopathologie du bébé.* Erès.

Lemay, M., (2015). *Forces et souffrances psychiques de l'enfant - Tome 2 : Les aléas du développement infantile*. Érès.

Liratni, M., Blanchet, C., (2019) *Enseigner les habiletés sociales aux enfants avec autisme avec la méthode GACS.* Dunod.

Manzano, J., (1996). *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles,* Editions Médecine et Hygiène.

Milcent, C., (1991) *L'autisme au quotidien.* Odile Jacob.

Mineau, S., Duquette, A., Elkouby, K., Jacques, C., Ménard, A., Nérette, P-A., Pelletier, S., Thermidor, G., (2018). *Parlons Parents : l'enfant autiste : stratégies d'intervention psychoéducatives.* Editions CHU Sainte Justine.

Morar, T., (2003). *Ma victoire sur l'autisme.* Odile Jacob.

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

Robert-Ouvray, S., (1993). *Intégration motrice et développement psychique*. Desclée de Brouwer.

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

Robert-Ouvray, S., (2015). *Le holding psychomoteur.* Site internet de Suzanne Robert-Ouvray.

Rogé, B., (2015). *Autisme : comprendre et agir*. Dunod.

Rogers, S., Dawson, G., (2013) *L'intervention précoce en autisme, le modèle de Denver pour Jeunes Enfants.* Dunod.

Rogers, S., Dawson, G., Vismara, L., (2020) *L'intervention précoce en autisme pour les parents avec le modèle de Denver.* Dunod.

Soulé, M., (1983). *Les Bon Enfants : une perspective optimiste de la dynamique évolutive de l'enfant.* Paris, ESF.

Stern, D., (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développementale.* Presses Universitaires de France.

Touati, B., Joly, F., Laznik, MC., (2013) *Langage, voix et parole dans l'autisme,* De Boeck-Solal Paris.

Tustin, F., (2017) *Autisme et psychose de l'enfant.* Points.

Winnicott, D., (1953). *La mère suffisamment bonne.* Petite bibliothèque Payot.

Winnicott, D., (1956). *La préoccupation maternelle primaire, de la pédiatrie à la psychanalyse.* Petite Bibliothèque Payot.

Winnicott, D., (1960). *La théorie de la relation parent-nourrisson, de la pédiatrie à la psychanalyse.* Petite Bibliothèque Payot.

Winnicott, D., (1965). *Processus de maturation chez l'enfant.* Payot.

Winnicott, D., (1975). *Jeu et Réalité. L'espace potentiel.* Gallimard.

2) Articles

Ainsworth, M., (1985). Attachment across the life span, *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.

Astier, C., (2010) L'approche psychomotrice du bébé au sein d'une unité de Psychopathologie Périnatale. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*,161.

Bachollet M-S., Marcelli D., (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements, *Enfances et Psy*, 4, 14-19, 49.

Bullinger A. (1996). Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson. *Motricité cérébrale*, 17, 21-32.

Dubreuil, M. (2009). L'objet, de la relation « avec » à la relation « à », chez Freud. *Figures de la psychanalyse*, 2(2), 55-75.

Feldman, M., Champion, M., Bitu, M., Gayraud-Vergier, B. (2012). Le contre-transfert dans le soin du lien parent/bébé : une expérience en unité mère-bébé et en crèche familiale préventive. *La psychiatrie de l'enfant*, 2, 485-526.

Jollien, A., (2020). Alexandre Jollien : "Le handicap est une porte ouverte sur la condition humaine". *Psychologie*.

Kreisler, L. & Cramer, B. (2004). 111. Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. Dans : Serge Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : 4 volumes* (pp. 1927-1952). Presses Universitaires de France.

Lamboy B., (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? *Devenir*, 1, 21.

Mahler, M. (2013). Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-héron*, 2(2), 59-73.

Merucci, M. (2006). Être père d'enfant handicapé : une réflexion sur la fonction paternelle. *Thérapie familiale.* 1(1), 61-73.

Persini, C., Viellard, M., Chatel, C., Borwell, B., Poinso, F., (2013). Troubles autistiques et troubles de l'attachement : quels liens ? *Devenir,* 3, 145-158.

Reuillard, P. (2008). La préoccupation paternelle… primaire du père suffisamment bon. *Le Journal des psychologues*, 10(10), 51-54.

Saint-Georges, C., (2013) La synchronie et le mamanais dans les films familiaux peuvent-ils nous éclairer sur la dynamique interactive précoce de bébés futurs autistes avec leurs parents ? *Cahiers de Préaut, 1, 79-114.*

Schröder, C. M., Florence, E., Dubrovskaya, A., Lambs, B., Stritmatter, P., Veccionacci, V., Bursztejn, C., Danion-Grilliat, A., (2015) Le modèle de Denver, une approche d'intervention précoce pour les troubles du spectre autistique. *Neuropsychologie de l'enfance et de l'adolescent,* 63, 279-287.

Sénéchal, C., Rivières-Pigeon, C. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. *Santé mentale au Québec*, 34, 245–260.

Terriot, K., (2013). La naissance de l'acte chez Wallon : un acte de naissance pour une approche dynamique du développement. *Enfances & Psy*, 4, 10-19.

Trouilloud, M. (2004). L'impact du handicap mental sur les liens familiaux au fil du temps. *Gérontologie et société*, 3(3), 147-167.

3) Mémoires

Ballet, A., (2015). *La fonction d'étayage du psychomotricien dans la relation parents-enfant*. (Mémoire présenté en vue de l'obtention du DE de psychomotricien, Université de Bordeaux).

Desthieux, A., (2019) *Evaluation d'un outil destiné aux orthophonistes en partenariat avec les parents visant à l'émergence des habiletés prosociales chez un patient porteur de TSA.* (Mémoire présenté en vue de l'obtention du CC d'orthophoniste, université de Lille).

Kauffman, M., (2012) *Troubles de la régulation tonique et premiers liens : quand la psychomotricité soutien la relation parent-enfant fragilisée par le handicap.* (Mémoire présenté en vue de l'obtention du DE de psychomotricien, Université de Lyon).

Lavigne, M., (2017) *L'enfant autiste et le psychomotricien, une rencontre sensible.* (Mémoire présenté en vue de l'obtention du DE de Psychomotricien, Université de Lyon).

Ottaviani M., (1987). *Les séances post-natales : un soutien à la parentalité ?* (Mémoire présenté en vue du DE de sage-femme, Université de Metz).

Rogers, S., (2014) *Psychomotricité et programmes d'intervention globale dans la prise en charge précoce de jeunes enfants atteints d'autisme.* (Mémoire présenté en vue de l'obtention du DE de Psychomotricien, Université de Toulouse).

Annexes

Annex n°1 : Liste de contrôle du modèle d'interaction précoce de Denver pour jeunes enfants avec autisme.

- Niveau 1-

Item	Niveau 1	Obs le....	Par-ent	Au-tre	Code	. .	Obs le....	Par-ent	Au-tre	Code
	COMMUNICATION RECEPTIVE									
1	Localise les sons en se tournant vers leur source sonore	+	+							
2	Regarde vers les sons amusants (bruits de pets, sifflements)	- ?	+							
3	Répond à la voix en se tournant vers la personne	-	-							
4	Regarde les images indiquées quand l'adulte les pointe du doigt dans un livre	-	+							
5	Suit un pointé proximal pour placer les objets dans des récipients, place les éléments d'un puzzle	-	+							
6	Regarde quand on lui montre un objet en lui disant « X regarde »	+/-	+							
7	Regarde vers son partenaire quand il l'appelle par son nom	-	+							
8	Suit le pointé proximal vers un objet ou un endroit	-	+							
9	Suit le pointé distal pour récupérer un jouet	-	-							
10	Regarde, tend les bras, ou sourit en réponse aux gestes et à la voix de l'adulte dans les jeux sociaux	-	+							
11	Regarde, tend les bras, ou sourit en réponse aux gestes et à la voix de l'adulte dans les comptines	-	+							
12	Répond à des mots d'interdiction en arrêtant momentanément ses actions	-	+							
13	Donne l'objet demandé verbalement si l'adulte accompagne cette demande d'une main tendue	+	+							
14	Exécute une consigne verbale courante en une étape impliquant les actions du corps couplées à une indication verbale/gestuelle (ex : assied-toi, viens ici)	+/-	+							
15	Exécute une consigne verbale courante en une étape impliquant les actions du corps sans accompagnement gestuel (ex : assied-toi, viens ici)	-	?							
	COMMUNICATION EXPRESSIVE									
1	Tend les bras vers la cible pour exprimer une demande	+/-	-							
2	Vocalise intentionnellement	-	+							
3	Demande de l'aide en tendant l'objet à l'adulte	-	-							
4	Echange tour à tour des vocalisations avec le partenaire de communication	+/-	-							
5	Exprime un refus en repoussant l'objet au loin ou en le tendant à une autre personne	-	-							
6	Pointe du doigt de près pour réclamer un objet désiré	+/-	-							
7	Etablit un contact visuel pour obtenir l'objet désiré lorsque l'adulte lui barre le passage/retient l'objet désiré	-	+							
8	Pointe du doigt pour indiquer un choix entre deux objets	+/-	-							
9	Associe une vocalisation et le regard pour une demande intentionnelle	-	+/-							
10	Pointe du doigt à distance pour demander un objet désiré	-	-							
11	Pointe du doigt à distance pour indiquer un choix entre 2 objets	-	-							
12	Vocalise des syllabes répétitives (CV/CV répétées) en babillant	+	-							
13	Produit 5 consonnes ou plus dans des vocalisations répétées	-	+							
14	Produit des syllabes (CV/CV avec des séquences différentes) : babillement panaché	-	+							

	COMPETENCES SOCIALES		
1	Accepte de brèves activités sociales à caractère sensoriel et le contact	+	+
2	Utilise l'incitation motrice pour initier ou poursuivre une routine sociale sensorielle	—	+/-
3	Prête brièvement attention à une personne par le contact visuel	+/-	+
4	Maintien son engagement dans les routines sociales sensorielles pendant 2 minutes qui s'allonge	+	+
5	Réagit aux objets/activités préférées par le regard, les bras tendus, des sourires, des mouvements	+/-	+
6	Observe et s'engage avec l'adulte qui l'imite dans des activités, des jeux parallèles, avec des jouets	—	—
7	Possède un répertoire de 5 à 10 jeux sociaux sensoriels		+
8	Répond aux sollicitations en regardant, se retournant, etc ...	+/-	
9	Répond aux sollicitations par un geste ou une vocalisation	—	
10	Echange des sourires avec son partenaire dans un jeu coordonné	—	
	IMITATION		
1	Imite 8 à 10 actions simples (1 étape) avec objet 2 max	—	—
2	Imite 10 mouvements impliquant des parties visibles de son corps dans des routines de chant/jeu	—	—
3	Imite 6 mouvements impliquant des parties non visibles de son corps (tête, visage) dans des routines de chant /jeu	—	—
4	Imite 6 mouvements oraux-faciaux	—	—
	COGNITION		
1	Apparie/trie des objets identiques	—	—
2	Apparie/trie des images identiques	—	—
3	Apparie/trie des images avec objet	—	—
4	Apparie/trie des objets par couleur	—	—

	JEU		
1	Adapte son comportement à la nature de 5 objets différents	—	+
2	Joue de façon autonome et de manière appropriée avec 10 objets dont l'utilisation est simple (1 action) 2 objets	—	—
3	Joue de façon autonome avec des jouets demandant la répétition d'une même action sur des objets variés (pyramide d'anneaux, coupes qui s'emboîtent)	—	+
4	Présente des comportements de jeu appropriés avec une variété de jouets simples pour jeunes enfants : lance une balle, empile des cubes, met des bâtonnets dans les trous, fait rouler une voiture)	+	+
5	Joue de façon autonome avec des jouets impliquant 2 actions motrices différentes (enlever, mettre dedans)	—	—
6	Joue de façon autonome avec des jouets demandant plusieurs actions différentes (ex ; mettre dedans, ouvrir, enlever , fermer)	—	—
7	Présente des actions conventionnelles sur sa personne avec une série d'objets	—	
8	Termine le jeu et range	—	+
	MOTRICITE FINE		
1	Place une à 2 formes dans un trieur de formes (essai/erreur en majorité)	+/-	—
2	Place des anneaux sur leur socle pour les empiler	—	+
3	Assemble 3 pièces de puzzle avec des poignées en bois	—	+
4	Place des bâtonnets dans une planchette à trous	—	+
5	Appuie sur les boutons de 5 jouets de cause à effet différents	—	+
6	Sépare les perles qui s'emboîtent, des duplos	—	?
7	Saisit les objets avec la pince digitale ou avec 3 doigts selon ce qui est approprié à l'objet	—	—
8	Empile 3 gros cubes pour faire une tour (ou gobelets empilables)	—	+
9	Fait des marques, des lignes, des points, des gribouillages avec des feutres/crayons de couleur	+/-	+

10	Tape avec le marteau jouet sur les balles, chevilles...	+ +
11	Recueille avec une pelle, ratisse, verse du sable, de l'eau, du riz	? +
12	Empile de gros légos	+ +
	MOTRICITE GLOBALE	
1	Donne des coups de pied dans un gros ballon	− −
2	Monte et descend les marches avec soutien sans alterner les pieds	+ +
3	Grimpe à 1 ou 2 barreaux de la petite échelle d'un toboggan	+ +
4	Monte et descend des éléments d'ameublement	? +
5	Se protège quand il perd l'équilibre	− +
6	Contourne les objets au sol plutôt que de marcher dessus	+
7	Lance une balle et des sacs de graines dans une direction	−
8	Fait rouler une balle vers une autre personne et la reçoit à son tour	+ +
	COMPORTEMENT	
1	Présente seulement quelques difficultés sévères du comportement	+
2	S'assoit sur une chaise ou reste en face de l'adulte pendant des activités agréables sans difficultés pendant 1 à 2 minutes	+ +
3	S'engage volontiers dans des jeux simples sur une chaise ou au sol avec l'adulte pendant 5 min	+/− +
4	Tolère la proximité de l'adulte et l'interaction (avec des demandes minimes) sans comportement problématique pour une durée de 20 min	− +
5	Interagit de manière appropriée avec sa famille (c'est à dire sans agressivité, ni autre interaction inappropriée)	+/−

	AUTONOMIE PERSONNELLE : REPAS	/ √
1	Mange à table pendant les repas et les goûters	+
2	Mange son repas de façon autonome	−
3	Utilise son verre	−
4	Utilise une cuillère	−
5	Utilise une fourchette	+
6	Mange des aliments variés par la texture, le type, et le groupe d'aliments mixés	−
7	Tolère des aliments nouveaux sur son assiette	+
8	Boit avec une paille	−
	AUTONOMIE PERSONNELLE : HABILLAGE	
9	Enlève tous ses vêtements avec aide	+
10	Met tous ses vêtements avec aide	−
	AUTONOMIE PERSONNELLE: TOILETTE	
11	Met ses mains sou l'eau qui coule	+
12	S'essuie les mains avec une serviette (présentée)	?
13	Se frotte le corps avec un gant de toilette, avec une serviette	−
14	Tolère le peigne, le mouchoir, et le brossage des dents	+
15	Aide avec la brosse à cheveux, le peigne	−
16	Met la brosse à dents dans la bouche	−
	AUTONOMIE PERSONNELLE : TACHES MENAGERES	
17	Met ses affaires dans le panier à linge	
18	Met ses papiers à la poubelle	

Annexe n°2 : Exemples d'objectifs mis en place dans le cadre de la prise en charge de Ilyas selon la méthode Denver

- **Niveau 1** –

NIVEAU 1

ballon +

DOMAIN E: Jeu

Objectif 1 : Item 1
Quand l'adulte propose à Mastinas des jouets différents (au moins 5) il doit les utiliser de façon habituelle sans démonstration de la part de l'adulte au cours de 3 séances consécutives, à l'école et à la maison

STEPS												
1) quand l'adulte propose un jouet à Mastinas il doit l'utiliser correctement avec incitation de l'A	⊕	⊕										
2)quand l'adulte propose 1 jouet à Mastinas il doit l'utiliser correctement de façon autonome												
3)quand l'adulte propose 2 jouets à Mastinas il doit les utiliser correctement de façon autonome avec si besoin une aide partielle de l'A												
4)quand l'adulte propose 3 jouets à Mastinas il doit les utiliser correctement de façon autonome			+									
5)quand l'adulte propose 4 jouets à Mastinas il doit les 'utiliser correctement de façon autonome				+	+							
6)quand l'adulte propose 5 jouets à Mastinas il doit les utiliser correctement de façon autonome	au seul perles					+	+					
7)quand l'adulte propose 5 jouets à Mastinas il doit les utiliser correctement de façon autonome 3 SC												
8) quand l'adulte propose 5 jouets à Mastinas il doit les utiliser correctement de façon autonome à l'école et à la maison												

Camion ac bouton OK
Ballon OK
Avion ⊕
Tambourin
Oiseau
perles avec ⊕
- cubes grosses +
- eau effet +
- perles avec aide
- ballon +
- voiture ⊕ ⊕
- bonbon
pate modele ⊖

-

NIVEAU 1

DOMAINE : COMMUNICATION EXPRESSSIVE

Objectif 1 : Item 1

Quand on montre un jeu préféré de Mastinas il doit tendre le bras dans sa direction, dans 80 % des cas, 3 SC, à la maison et à l'école.

ETAPES	12-11-2010	13-11	16-11	3-12	14-12	9-01	14-01	18-01				
1)Quand on montre un jeu préféré de Mastinas il doit diriger son regard et tendre le bras aidé physiquement par l'adulte	-	-	+	+	+							
2)Quand on montre un jeu préféré de Mastinas il doit diriger son regard et tendre le bras 1 à 2 fois dans la séance			+	+	+	+	+	+	+			
3)Quand on montre un jeu préféré de Mastinas il doit diriger son regard et tendre le bras dans 50 % des cas				+								
4)Quand on montre un jeu préféré de Mastinas il doit diriger son regard et tendre le bras dans 80 % des cas												
5)Quand on montre un jeu préféré de Mastinas il doit diriger son regard et tendre le bras dans 80 % des cas 3 SC												
6)Quand on montre un jeu préféré de Mastinas il doit diriger son regard et tendre le bras dans 80 % des cas 3 SC, à la maison et à l'école												

Résumé

Lorsque je rencontre Ilyas et sa mère, je suis touchée par la souffrance et le désarroi qui transparaît sur leur visage. La période de la recherche puis de l'annonce du handicap de cet enfant a amené un vrai déséquilibre dans leur relation et au sein de la famille. J'ai donc décidé de construire mon mémoire autour de leur histoire face au handicap et de cibler plus particulièrement mon propos sur le soutien et l'accompagnement que la psychomotricité peut offrir à une mère confrontée au handicap de son enfant. Après avoir défini la relation mère-enfant ainsi que son rôle dans le développement de l'enfant et dans l'acceptation de la maternité, j'explique les conséquences de l'annonce du handicap pour les parents puis celles de l'autisme sur la dyade mère-enfant. A partir de ces éléments théoriques, je présente alors plus en détails l'histoire de Ilyas et de sa maman ainsi que les bilans et les prises en charge mis en place pour eux. Puis, j'évoque en détails les spécificités de la méthode Denver et les bienfaits qu'elle a pu apporter sur leur relation. Ce mémoire se veut porteur de questionnements autour de la problématique de l'annonce du handicap et de ce que peut apporter la psychomotricité à ces personnes dont la vie a été bouleversée.

Mots-clés : Dyade mère-enfant, handicap, annonce, maternalité, autisme, méthode Denver.

Resume

When I meet Ilyas and his mother, I'm touched by the suffering and confusion carried out on their faces. The period of research and then the announcement of this child's disability created a real imbalance in their relationship and within the family. Therefore, I decided to build my dissertation around their history with disability and to focus my remarks particularly on the support and accompaniment that psychomotricity can offer to a mother confronted with the handicap of her child. After having defined the mother-child relationship as well as its role in the development of the child and in the acceptance of motherhood, I explain the consequences of handicap's announcement to the parents and those of autism on mother-child dyad. From these theoretical elements, I then present in more detail the story of Ilyas and his mother as well as the assessments and the support put in place for them. Then, I discuss in detail the specifics of the Denver Method and the benefits it may have brought to their relationship. This thesis is intended to bring questions about the issue of announcing disability and what psychomotricity can bring to these people whose lives have been turned upside down.

Key-words : Mother-child dyad, disability, announcement, motherhood, autism, Denver Method.