

Invention, bricolage et surprise

Aléas de la transmission autour du bébé porteur de handicap

Entretien avec Jocelyne Huguet-MANOUKIAN et Monique PERRIER-GENAS, co-auteurs du livre¹ :
Une pratique de soins précoces pour les enfants en situation de handicap

par Françoise GUÉRIN

¹ Sous la direction de Jocelyne HUGUET-MANOUKIAN, psychanalyste et Monique PERRIER-GENAS, psychomotricienne.
Préface de Roger SALBREUX. Postface de Jacques BORIE. Coll. Trames, Éditions Érès, 2016.

Quelle bonne surprise que ce petit livre polyphonique, fruit du travail de toute une équipe pluridisciplinaire rassemblée autour d'une psychomotricienne et d'une analyste !

Le CAMSP de Vienne a vocation d'accueillir et d'accompagner les enfants de 0 à 6 ans quels que soient les handicaps moteurs, sensoriels ou psychiques qui les affectent et quelle qu'en soit l'étiologie : grande prématurité, hasard ou logique obscure de la génétique, souffrances néonatales, etc. Souvent, leur naissance a coïncidé avec une hospitalisation qui s'est poursuivie de longs mois et un dispositif de co-consultation avec le service qui les adresse constitue une porte d'entrée au CAMSP. Pour les parents, le temps s'est arrêté face au réel du corps de l'enfant, à la brutalité d'un diagnostic et à l'incertitude qui entoure le pronostic, alors que, paradoxalement, il s'accélérait au rythme d'une urgence vitale qui a convoqué la science et ses appareillages autour du berceau.

Dès l'introduction, le ton est donné : accueillir l'enfant ne peut se faire sans une attention soutenue à ses parents, à leurs blessures indicibles et aux défenses désespérées qui sont à l'œuvre. Foin des standards et des protocoles, la rencontre est d'abord celle d'un autre, nullement interchangeable, qui peut faire preuve de finesse et d'une infinie patience.

Après un bref historique du dispositif, nous entrons dans le vif du sujet avec des textes très cliniques écrits par les différents professionnels : pédiatre, pédopsychiatre, médecin de rééducation fonctionnelle, orthophonistes, kinésithérapeutes, éducatrice spécialisée, ergothérapeute, assistante sociale, psychomotriciennes, psychologue et psychanalyste. Chacun, avec son style propre et ses outils d'analyse spécifiques, fait le récit d'une rencontre, toujours singulière, avec un tout-petit et sa famille. Très vite, malgré la diversité des approches, quelque chose émerge, qui relie tous ces récits : pour qu'il y ait rencontre, il faut, à l'évidence, supposer qu'un sujet se construit et ne demande qu'à être rencontré. Étrange acte de foi qui n'est pas sans produire des effets. Là où les corps abîmés sidèrent et provoquent plus de paroles que de dire, il se trouve des soignants pour se risquer à débusquer le sujet, à soutenir son avènement à partir de son savoir naissant sur le monde, ses minuscules trouvailles, ses grandes inventions et ce qu'il manifeste de son désir.

Au fil des pages, on saisit comment se construisent des dispositifs ajustés à chaque situation, à l'articulation de plusieurs champs, de plusieurs métiers.

La seconde partie de l'ouvrage interroge plus précisément les modalités, richesses et limites de cette transdisciplinarité assumée et à quelles conditions il est possible de travailler à plusieurs dans une institution médicosociale.

Quelles que soient les écritures, ce qui caractérise l'ensemble de ces textes, c'est d'avoir su rendre compte de l'ingéniosité et de la persévérance nécessaire pour aller à la rencontre de ces très jeunes enfants « empêchés ». Face à ces corps, objets de soins incessants et souvent impensables, il importe de se départir un peu du savoir qui fait écran à ce qui se déploie dans la rencontre, de se laisser faire pour repérer comment ces petits sujets engagent leurs propres solutions. Le désir, plus que le savoir, guide donc ces praticiens d'une clinique à main nue, attentive aux petits signes et pariant sur la créativité de l'enfant et de sa famille.

Une telle rencontre n'advient et ne s'inscrit dans le temps que si les soignants y vont de leur désir et sont en mesure de supporter leur castration. Cela implique parfois de reconnaître l'impossible pour le tenter, en évitant de se retrancher derrière un savoir aimable qui ne dit rien de la manière de faire avec ces petits sujets et ce qui les affecte, toujours au un par un.

Un livre enseignant à bien des égards, y compris si l'on n'exerce pas spécifiquement dans le champ du handicap.

Françoise GUÉRIN

Françoise GUÉRIN – Bonjour et merci de me recevoir au CAMSP¹ de Vienne à l'occasion de la parution, chez Érès, d'un ouvrage que vous avez codirigé et qui s'intitule « Une pratique de soins précoces pour les enfants en situation de handicap ». Rappelons qu'il s'agit d'un CAMSP polyvalent, destiné à recevoir les enfants de 0 à 6 ans, quel que soit le handicap qu'ils présentent. Avant de commencer, comme vous vous connaissez bien, pourriez-vous vous présenter mutuellement, en quelques mots ?

Jocelyne HUGUET-MANOUKIAN – Alors, je vais présenter Monique PERRIER-GENAS qui est psychomotricienne. Elle fait partie des professionnels qui ont fondé la pratique clinique auprès des enfants au CAMSP de Vienne et sa place est centrale dans l'institution. Elle a toujours eu le souci de la transmission. Elle fut une des premières à proposer à l'équipe de m'adresser un enfant enfermé dans un corps affecté d'un handicap très lourd. Hugo était un enfant en extrême difficulté motrice et physiologique que Monique avait reçu en psychomotricité. Son orientation analytique lui avait permis de supposer un petit sujet là où personne n'arrivait à le penser. Hugo fit ensuite un trajet assez incroyable grâce à ce travail à plusieurs. Voilà, pour moi, Monique a une place fondamentale dans le CAMSP, elle est de celles qui, par sa présence dans la rencontre, donnent l'élan pour travailler avec les tout-petits.

Monique PERRIER-GENAS – À mon tour ! Jocelyne HUGUET-MANOUKIAN, c'est ma collègue psychanalyste qui, dans cette équipe où il est beaucoup question du somatique, permet qu'on ne perde jamais de vue la place du sujet. Elle nous aide à penser autour des enfants : comment soutenir un enfant pour qu'il advienne comme sujet, comment soutenir une famille sans se laisser trop sidérer par le réel des corps des enfants. La psychanalyse a eu sa place dès les origines de l'institution avec le docteur GRABER qui a ouvert le CAMSP dans l'idée que l'enfant soit vu dans ce qu'il est, avec toute sa singularité, même s'il est touché par le handicap ou des difficultés de développement. Jean-Luc GRABER a énormément aidé à ce qu'on puisse penser le soin d'un point de vue analytique et Albert CICCONE aussi. Et, en ce sens, Jocelyne est vraiment, dans cette équipe, à une place très précieuse.

FG – J'ai lu avec intérêt votre travail et je voudrais vous interroger, tout d'abord, sur la manière dont vous accueillez et accompagnez ces tout-petits que vous recevez avec leurs parents dans un moment particulièrement difficile pour eux. Qu'est-ce qui vous tient à cœur en tant que praticiennes, dans ces premières rencontres ?

JHM – J'aimerais préciser, en préambule, que les CAMSP sont des lieux très particuliers du fait de l'articulation entre somatique et psychique qui les fonde. Il y a aussi bien du personnel médical, para médical, éducatif, social que des psys. D'ailleurs, le premier accueil relève de cette logique puisqu'il s'agit d'un entretien conjoint avec le médecin pédiatre et la psychologue clinicienne.



MPG – La priorité, c'est accueillir ces familles qui ont été dans beaucoup d'émotions, beaucoup d'errance, dont on a dérangé les défenses et dont les enfants ont souvent été dans leurs premiers moments de vie, les bébés de la médecine avant d'être les bébés de leurs parents. C'est la clinique qui prime, c'est pourquoi le premier accueil n'est pas administratif mais est réalisé par le pédiatre et la psychologue, c'est d'abord un accueil dans la réalité de vie de l'enfant et de sa famille, dans une dimension transdisciplinaire qui concerne tous les praticiens du CAMSP. Les familles nous ont appris combien elles avaient été seules, notamment quand il y avait eu des révélations, des annonces faites au pied du berceau. C'est pourquoi la première rencontre avec des professionnels du CAMSP se déroule parfois dans d'autres lieux comme la maternité ou le service de néonatalogie. Cet accueil est primordial. Il demande beaucoup de délicatesse. Des entre-deux sont nécessaires afin d'arriver plus tranquillement au soin, le moment venu. Le travail de prévention fait au CAMSP le permet. Dans cette logique, d'autres services se sont créés au sein du CAMSP comme le Pôle *Bébé Vulnérable*. C'est donc un accueil avec une double écoute psy/soma. L'équipe prend le temps de la rencontre et de l'observation, parfois par binômes de praticiens. L'urgence n'est pas de pratiquer un maximum de bilans mais de recevoir une famille avec sa temporalité.

JHM – Chez nous, les praticiens, pour la plupart, ont cette modalité de rencontre d'aller vers l'enfant et d'accueillir les parents et souvent, ce sont des moments cruciaux pour les parents. Soudain, ils nous voient nous adresser à l'enfant, au bébé là où, parfois, certains sont en panne, dans un moment mélancolique, un temps de dépression tellement profonde qu'ils ne sont plus tout à fait en capacité de rencontrer leur enfant.

MPG – Ces premières rencontres sont sous-tendues par un travail d'équipe, parce que le parent et/ou l'enfant se présentent différemment selon les espaces et les interlocuteurs, et il s'agit de se dire que l'enfant et sa famille, c'est tout ça ! C'est tout ce qu'ils nous ont dit, selon différentes modalités parce que ce n'est pas la même chose d'aller voir une kiné, une orthophoniste ou

¹ Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

une psychologue. Le travail en équipe permet de repérer que c'est tout cela que l'enfant et sa famille avaient à nous dire et aussi à nous faire éprouver.

JHM – Il ne faut pas penser que ces premières rencontres se déroulent sans difficultés. En particulier le premier entretien avec un binôme médecin/psychologue a souvent posé question à l'intérieur du CAMSP parce que ce sont deux façons de regarder, d'entendre et de saisir les choses très différentes. Mais on a mis au travail notre difficulté et ça reste central qu'ils soient là tous les deux parce qu'à partir de cet accueil il y a beaucoup de choses qui peuvent se passer ensuite qui ne se passeraient pas forcément de la même manière s'il y avait un accueil médical et psy différenciés.

FG – Dès leur venue au monde, ces enfants convoquent autour d'eux de nombreux professionnels préoccupés par leur état de santé. En quoi les interventions du CAMSP font-elles la différence pour ces enfants ?

MPG – Ils ont souvent eu un passé médical, parfois lourd, et nos interventions vont les dégager du côté purement médical, car nous nous adressons aux petits enfants qu'ils sont en introduisant du jeu, une ouverture à la vie... Ces enfants doivent composer avec des parents qui ont pu être sidérés par le diagnostic et le handicap annoncé qui prend souvent toute la place dans la rencontre. Même si le parent va au-devant de son enfant, la trisomie ou l'infirmité motrice cérébrale peuvent faire écran. Et se mettre en lien avec l'enfant est difficile pour les parents. Nos approches visent à soutenir les parents mais aussi l'enfant pour qu'avec les moyens qui sont les siens, il puisse développer ses potentialités. Que professionnel et parent repèrent aussi comment l'enfant s'inscrit dans l'existence, comment il s'organise avec son handicap.

JHM – Certains enfants n'ont pas, jusque-là, véritablement une place d'enfant dans la famille. S'adresser à l'enfant est une façon de le reconnaître comme un petit sujet présent mais aussi de reconnaître sa dimension d'enfant qui s'est malheureusement effacée du fait du trop de réel de la maladie. C'est parfois un choc pour les parents que leur enfant réagisse vivement quand on s'adresse à lui, l'effet d'allègement est immédiat.

MPG – Il s'agit aussi de décrypter comment l'enfant cause, même si son expression orale est plus ténue voire impossible suite à des problèmes somatiques divers. Cet enfant est dans le langage même si ce n'est pas avec des mots, et ça ne sera peut-être jamais avec des mots, mais il est possible de communiquer avec lui, de se sensibiliser à une communication infra verbale. Certains parents ont déjà eu des enfants mais l'annonce du handicap a fait chuter les repères : qu'est-ce que c'est qu'un enfant ? Comment on fait avec lui ? Ils viennent le redécouvrir en s'appuyant sur l'équipe.

JHM – Oui, tu as raison, le handicap les a délogés de leur place de parents.

FG – En lisant ce livre, on est frappé de la manière dont les intervenants supposent une richesse de vie intérieure à l'enfant, comment ils cherchent à susciter le sujet...

JHM – C'est vraiment le parti pris depuis le début, il n'y a pas de raison de penser que ces enfants ne soient pas supposés sujets. Cependant il faut des adultes pour en tenir le pari.

MPG – Avec toute la complexité clinique que cela va entraîner de lâcher ses outils, de lâcher son savoir... Dans le livre, par exemple, l'orthophoniste parle de son approche de Mathis qui a une trachéotomie, de tout ce qu'elle voulait faire pour lui et qu'elle est obligée de lâcher parce que la rencontre avec l'enfant et son parent va la mener à une autre forme d'approche.

JHM – Il faut souvent du temps pour que les collègues puissent travailler à partir de leur discipline, elles acceptent ce délogement parfois durant un ou deux ans et ça ne les empêche pas de faire leur travail finalement !

MPG – C'est important de pouvoir s'appuyer sur le travail d'équipe parce qu'on traverse des moments déprimants avec les familles et les enfants, on a besoin d'échanger, d'avoir des espaces où peuvent se dire les impasses dans lesquelles on est. C'est ça qui est très précieux dans notre équipe, c'est qu'on a encore un espace où l'on peut se parler.

JHM – Plusieurs temps de supervision et d'analyse de la pratique pour l'équipe sont mis en place. Chaque groupe thérapeutique ouvert au CAMSP bénéficie aussi d'un temps de supervision. Avant, on avait aussi des temps de supervision individuelle prévus sur le temps du CAMSP mais ce n'est plus le cas.

MPG – Ces temps où on peut échanger en équipe sont très importants et se font dans un grand respect de chacun. On peut conflictualiser la clinique, échanger des points de vue, parfois de façon un peu virulente, mais ça reste toujours dans le respect des uns et des autres. Et le directeur et le chef de service soutiennent la place de la clinique dans sa complexité.

FG – Au fil des pages, j'ai relevé trois signifiants récurrents sur lesquels j'aimerais vous entendre parce qu'ils peuvent paraître inattendus dans le contexte, ces trois signifiants sont : invention, bricolage et surprise. Pourriez-vous nous en dire plus ?

MPG – Chaque professionnel peut avoir des méthodes et des outils mais avec les enfants, ça ne va pas forcément marcher parce que l'enfant n'est pas d'accord, que la famille n'en est pas encore là, et du coup, nous sommes obligés de lâcher nos outils, notre désir, ce qu'on a pensé qui serait bien pour l'enfant afin d'être plus à son écoute et d'inventer à partir de ce qui se présente en séance. L'avancée se fera au rythme de l'enfant et de la famille. Le bricolage, c'est dans le bon sens du terme. Un peu comme un artisan, on va bricoler des outils de soins

taillés sur mesure pour cet enfant-là ! Et surprise parce qu'heureusement la clinique nous réserve des surprises et parfois à des moments inattendus où on serait tenté de baisser les bras, des moments où l'ensemble de l'équipe a pu se sentir dans l'impasse avec un enfant. Je pense à une petite fille polyhandicapée qui est arrivée au CAMSP dans un rapport complètement fusionnel avec sa mère, au point de se faire vomir quand on s'adressait à elle. La mère était elle-même extrêmement collée à sa fille. Dans ce genre de situation, les soignants sont traversés par des mouvements dépressifs : « on ne va jamais y arriver ! » Il peut même y avoir des mots durs dans les équipes, on peut glisser vers du jugement, se dire « Quand même cette mère, elle devrait... » et c'est là que la présence de l'analyste nous aide, en nous permettant de saisir que si la mère est comme ça, c'est qu'elle ne peut peut-être pas faire autrement pour le moment. Dans ce cas, la surprise a été de voir combien cette mère a pu s'appuyer sur les parents qu'elle rencontrait dans le cadre d'un groupe thérapeutique piscine parents/enfants, découvrir que les autres enfants allaient à la garderie, bénéficier d'un confort important dans une poussette « spécialisée », etc. Et, aujourd'hui, cette enfant n'est plus dans un corps à corps jouissif avec sa mère comme elle a pu l'être, je vois comment elle évolue dans l'eau... Une véritable surprise pour l'ensemble de l'équipe !

JHM – Il faut surtout l'entendre du côté des trouvailles de l'enfant. Je pense à un petit garçon qui a une surdité assez profonde et une forme de repli autistique assez sévère. Il a des implants auditifs mais ce qui est surprenant, c'est qu'il les débranche quand il vient en séance. Il les garde dans tous les lieux où il va, chez l'orthophoniste, à l'école, etc., mais quand il vient à sa séance, il se débranche et la mère s'étonne : « Il les enlève avec vous alors qu'on a quand même l'idée que vous allez travailler avec la parole ! » Et, effectivement, dès qu'il vient me voir, il déconnecte ses implants. Il est avec sa décision de petit sujet de me rencontrer et il me rencontre à sa manière. Nous avons des conversations très importantes mais sans les implants.

FG – Mais, au fond, est-ce qu'il ne vous rencontre pas comme il vous a rencontrée au début, avant de recevoir ses implants cochléaires ?

JHM – Comme il m'a rencontrée au début, en effet, mais pas tout à fait pareil. La dernière fois, durant la séance, il m'a piqué en douce la banane que j'avais emportée pour mon déjeuner puis il est allé fouiller dans les jouets pour trouver un petit *magnet* en forme de banane et il me l'a fourgué au passage, en me regardant bien en face, ce qui n'est pas du tout son genre. Il m'a donné le magnet-banane alors qu'il venait de manger ma banane !

FG – Une belle transaction !

JHM – Une belle transaction, oui, il m'a donné ce magnet comme une consolation mais en attendant il avait piqué cette banane et j'en suis très contente ! Mais, du

coup, il y a, avec lui, aujourd'hui, des interactions qui n'existaient pas au début. Bien sûr, je ne l'ai jamais obligé à garder ses implants connectés, je pense que c'est vraiment une décision de ce petit garçon, c'est-à-dire qu'il a compris que dans ce lieu, il n'y a pas une obligation absolue d'être branché et qu'il peut se mettre en lien à sa manière. Ces inventions, ce sont les leurs, il y en a plein, il en faut pour faire avec un corps parfois très abîmé. Je pense à un autre enfant qui, alors qu'il aurait tendance à traîner son corps, a quand même trouvé des solutions pour courir, pour sauter, pour faire des choses qui, *a priori*, le mettaient en grande difficulté.

MPG – Les enfants utilisent les soignants comme appui. Il y a un moment toujours douloureux pour la famille, c'est celui de l'appareillage et de la mise en place des aides techniques. Je pense notamment aux enfants qui vont essayer des fauteuils roulants. Pour les parents, c'est un choc mais il n'empêche que l'enfant va avoir un réel plaisir à se déplacer enfin tout seul bien qu'il ait une infirmité motrice cérébrale. Et le peu de mouvements qu'il a de façon autonome, avec son bras, avec sa main, il va les utiliser pour activer son fauteuil et, du coup, les parents voient le fauteuil autrement. C'est l'enfant qui montre comment avancer parce qu'il est soutenu, et la clinique nous oblige à rester créatifs ! C'est souvent dans ce lieu protégé qu'est le CAMSP que des enfants commencent à marcher pour pouvoir ensuite marcher chez eux...

FG – Justement ! Dans une famille qui n'est pas touchée par le handicap, apprendre à marcher c'est du registre de l'intime, c'est ce qu'on fait dans sa maison, les quelques pas en direction des parents ou pour s'éloigner des parents, ça dépend des cas ! C'est une forme de transmission de savoir : savoir y faire avec son corps, l'espace, le déplacement, la verticalité, etc. Et là, nécessairement, c'est médiatisé par les aides techniques et le portage psychique des soignants et de l'institution. Ça donne l'idée que c'est une parentalité un peu compliquée et que la transmission se joue évidemment de manière différente pour ces parents-là avec ces enfants-là. J'aimerais vous entendre sur le sujet de la transmission en tant qu'elle est une donnée importante pour un couple lorsqu'un enfant voit le jour. Alors, je vous livre en vrac toutes mes questions : qu'en est-il de la transmission avec les enfants et les parents que vous recevez ? Qu'est-ce que vous repérez ? On peut, par exemple, s'interroger sur la manière dont on transmet et ce qu'on transmet ? Est-ce que c'est un nom, un héritage, un savoir, un patrimoine génétique, etc. ? On a l'idée que quelque chose circule dans les générations mais comment ça fonctionne quand les générations aboutissent à un enfant très marqué dès la naissance, avec un diagnostic qui obère l'avenir ? Et si la transmission est affectée par la découverte du handicap, qu'est-ce qui est affecté ? Le désir de transmettre, le canal de transmission, le message ou sa réception ? Sachant que même avec un enfant qui n'est pas porteur de handicap, on ne sait jamais ce qu'il reçoit. Déjà qu'on ne sait pas ce qu'on transmet ! Voilà je vous laisse ne surtout pas répondre à tout...

JHM – C'est une question compliquée parce qu'on a des situations très diverses. Il peut y avoir véritablement des ruptures de transmission, comme si c'était bloqué, comme si les parents ne voyaient plus d'avenir, ne pouvaient pas parler à l'enfant. Déjà, ça, c'est une rupture de transmission. Parfois, ça marche à l'envers, comme si le handicap inscrivait l'enfant dans la lignée, compte tenu qu'il y avait déjà d'autres personnes handicapées dans la lignée. L'enfant s'inscrit dans la vie et dans l'histoire mais à partir de son handicap.

FG – Qu'est-ce que vous soutenez de cette transmission ?

JHM – Je pense à un enfant pour lequel le handicap résulte d'un accident vécu dans la famille et la mère a beaucoup de mal à parler de ça sans s'effondrer. Elle se sent coupable de cet accident et elle me dit qu'elle compte sur moi pour l'aider à parler de ça à son fils quand le moment sera venu mais, en réalité, c'est un enfant qui, dans le travail en thérapie, fait des accidents. Il met en jeu le signifiant accident depuis longtemps mais la mère n'a pas l'idée qu'elle a pu déjà lui dire les choses, que la parole s'est transmise. On a comme ça des espèces « d'accidents » de transmission. C'est chaque fois très différent. Et, comme vous dites, on ne sait pas ce qui se transmet et ce qui ne se transmet pas. Je pense aussi à cet enfant qui, un jour, est sorti de mon bureau assis sur un petit camion, ce qui a fait dire à ses parents : ah, mais Hugo est un enfant ! On peut dire que la transmission commence à ce moment-là, alors que l'enfant a déjà plusieurs années, quand on n'a pas pu penser, jusque-là, que son enfant était arrivé comme un enfant.

MPG – Parfois, les parents sont surpris : mais, elle vous comprend ? Elle vous répond ? Elle se souvient ! Ils découvrent que leur enfant pense. Alors, qu'est-ce que transmet un couple ? La vie, mais, dans ces cas-là, il y a quelque chose qui a été trop vite, qui a été court-circuité par la question de la mort y compris le risque de mort pour la mère. Il n'est pas rare que les parents demandent : qu'est-ce qu'il va devenir quand on ne sera plus là ? En principe, on ne se pose jamais cette question, parce qu'on sait que l'enfant va rentrer dans la vie, qu'il va mener une existence autonome, mais là, ces questions sont vraiment très fortes, elles disent bien le désarroi dans lequel sont les parents. Je voudrais préciser que tous les handicaps ne se valent pas. Ce n'est pas la même chose d'avoir une surdité ou une IMC. Mais la situation va aussi dépendre des ressources psychiques et de la structuration des parents. On voit que certains enfants ont des handicaps mineurs qui apparaissent insurmontables pour les parents alors que dans d'autres familles le handicap est très lourd mais l'enfant va rester très vivant. Il ne marchera peut-être pas et ne parviendra peut-être jamais à parler mais il est très vivant, il va trouver sa place, les parents vont le soutenir et avancer avec lui.

JHM – Beaucoup de parents expriment leur culpabilité d'avoir transmis le handicap, y compris quand le handicap

ne relève pas du tout d'une transmission génétique. Y compris quand il s'agit d'une maladie psychique, alors que nous, en tant que thérapeutes, on ne va pas du tout dans ce sens ! Ils nous disent : c'est parce qu'on a divorcé ou parce que j'ai fait une dépression, etc. Ils cherchent une cause. C'est très présent, cette question des transmissions, probablement que la maladie et le handicap mettent à jour la question du transmissible et de l'intransmissible.

MPG – Il y a deux points de vue de psychanalystes que j'aime beaucoup. Celui d'Albert CICCONE qui dit : Peut-être que la famille a besoin d'y être pour quelque chose et que c'est important, pour elle, de le dire comme ça ? Et celui de Florence MÉRY qui dit : c'est pas la faute au père, c'est pas la faute à la mère, c'est la faute à la vie. Ces réflexions nous invitent à être très respectueux du narcissisme des parents, à ne pas se mettre en rivalité, ni blesser le parent. Elles nous poussent à avoir beaucoup d'humilité dans nos pratiques et à vraiment prendre soin des parents, du lien parent/enfant naissant.

JHM – Oui, c'est très important, il n'y a pas de clinique auprès des enfants sans la prise en compte des parents. Ici, elle est encore plus saisissante, compte tenu de leur désespoir. Certains sont parfois dans des états quasi maniaques pour pouvoir faire face à la situation.

FG – Parmi les canaux de transmission entre les générations, et particulièrement entre parents et enfants, il me semble qu'on peut distinguer, entre autres, ceux de la parole et du corps à corps. Ce qui m'amène à demander comment, selon vous, la langue, vecteur de la transmission, est affectée, dans les cas qui nous occupent. Je pense notamment à la notion lacanienne de *lalangue* (en un seul mot).

JHM – Sur le plan de la transmission, nous sommes à cette place d'interprète de la langue des parents et du désir de l'enfant. La transmission est toujours affectée des signifiants de l'Autre dont nous essayons de dégager un peu l'enfant pour nous adresser à lui en tant que sujet. La notion de la *lalangue* chez Lacan permet de saisir cette façon dont l'infans commence avec son corps par jouer d'inventivité avec les sonorités et les tonalités du langage - alluvions où se joue son désir de parler - avant qu'il ne s'y inscrive versant signification. Il arrive que des enfants, pour différentes raisons, soient empêchés dans ce premier temps créatif de la parole. Il convient alors d'envisager comment nous pouvons ouvrir avec eux cette exploration rythmique et sonore des signifiants pour en alléger ce qui en apparaît déjà comme un poids.

FG – Et du côté du corps, comment ça se passe ?

MPG – Certains enfants ont des difficultés importantes et il est parfois difficile de faire la part entre ce qui est de l'ordre du neurologique et ce qui est de l'ordre du relationnel, du psychique. En tant que psychomotricienne, je soutiens ces enfants dans la découverte et l'investissement de leur corps. L'espace-temps en psychomotricité aide l'enfant



à émerger d'un chaos interne. Et c'est souvent dans une pratique première d'enveloppement, de contenant contenu par le corps du professionnel (ou par du matériel) mais aussi par la présence de celui-ci, que l'enfant s'ancre un peu plus dans son environnement. Souvent l'accès à la symbolisation se dessine dans ses premières ébauches et ses prémices au cours de tel soin. Aussi l'agir en psychomotricité a une pleine valeur symboligène. Les expériences avec le jeu qui en découle, sont symboligènes car elles permettent une intériorisation d'expériences de rencontre avec la réalité, avec le monde extérieur. Et bien évidemment une telle approche psychomotrice sous-entend une disponibilité psychique importante du professionnel et un travail d'analyse de sa pratique.

FG – Un petit mot pour conclure ?

MPG – Oui, j'aimerais transmettre, justement, pour les étudiants qui vont nous lire, l'importance d'une clinique qui se centre sur l'enfant et sa famille avec des propositions adaptées, ajustées à chacun, le sur-mesure dont je parlais tout à l'heure. Une clinique qui laisse place à l'invention, à la surprise, au plus singulier. Ce n'est pas facile parce que ceci implique de résister aux préconisations qui se basent sur des protocoles, des « bonnes pratiques », des techniques à appliquer de la même manière pour tous, etc. Et la pression est grande, aujourd'hui, sur les institutions.

FG – Merci à toutes les deux pour tout ce que vous nous enseignez.

Jocelyne HUGUET-MANOUKIAN et Monique PERRIER-GENAS
Propos recueillis par Françoise GUÉRIN

