

I Revues générales

L'expression psychique des enfants et adolescents polyhandicapés

RÉSUMÉ : L'expression psychique des enfants polyhandicapés est très difficile à décoder. Les auteurs décrivent la complexité du sujet, qui résulte des déficiences multiples de ces enfants (cognitives, motrices et sensorielles), mais aussi des perturbations importantes des interactions précoces parent/enfant, avec une carence du *holding* et du *handling*, et un défaut de pare-excitations. Une attention particulière doit être portée au langage corporel spécifique de ces enfants et à la perturbation de leur conscience d'eux-mêmes. Une attention est portée aux modifications des interactions parent-enfant, modifications liées aux sentiments complexes et ambivalents des parents, faits de culpabilité et de désir de mort, ainsi qu'aux conséquences sur le développement psychique de l'enfant. La connaissance de tous ces aspects peut aider les professionnels qui s'occupent de ces enfants à mieux décoder leur expression psychique.



C. GINAT-COUSIN¹, C. JOUSSELME²

¹ Médecin MPR, Médecin CAMSP BRIANÇON.

² Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, centre hospitalier CHICAS Gap, CMP d'EMBRUN.

L'expression psychique des personnes polyhandicapées est difficile à décoder. Certaines phrases ou idées sont véhiculées à leur sujet, souvent extraites du vocabulaire végétal ("légumes", "plantes vertes"), les renvoyant à des êtres vivants sans pensées ni affects, qu'il suffit d'arroser pour les maintenir en vie. Ces images sont d'une grande violence et totalement en décalage avec la réalité pour tous ceux qui sont amenés, par la vie ou leur travail, à les rencontrer : la joie, les rires, l'étonnement, la surprise, mais aussi la peur et la souffrance sont palpables chez ces personnes. Il n'en reste pas moins que le décodage des émotions et du déroulement de la pensée peut être compliqué chez ces enfants ou adolescents, très malaisé à saisir, étant privés de langage oral, avec un corps souvent déformé qu'ils n'arrivent pas à utiliser et des émotions et ressentis qui les débordent.

C'est pourquoi, il nous semble important de décrire les particularités de la communication et de l'expression psychique de ces enfants sur deux versants : les dif-

ficultés propres liées au handicap ; les perturbations des interactions parent/enfant, notamment précoces.

Le terme de "polyhandicap" a fait son apparition en France en 1969 [1]. Il a ensuite été utilisé dans les pays francophones. Il visait à caractériser une population spécifique, présentant l'association d'une déficience intellectuelle profonde et d'une restriction majeure de l'autonomie par déficience motrice sévère, ces déficiences interagissant les unes avec les autres. La caractéristique de cette population est son extrême vulnérabilité. Le terme de "polyhandicap" s'oppose au terme anglo-saxon de "*multi-handicap*", qui caractérise une association de déficiences sans prendre en compte leurs interactions réciproques. Les étiologies du polyhandicap sont fréquemment génétiques, ou liées à une paralysie cérébrale anté ou néonatale.

Ces enfants n'ont, le plus souvent, pas de capacités d'expression orale et leur compréhension est altérée. Leurs troubles et leurs défaillances somatiques sont multiples : neurologiques (paralysie

ou troubles massifs de coordination, comitialité, troubles sensitifs), orthopédiques, digestifs, respiratoires (par troubles de la déglutition et/ou scoliose). Leurs problèmes visuels sont fréquents (malvoyance ou surtout troubles d'organisation du regard). Leur état de santé est fragile. Ils peuvent souffrir de douleurs variées : digestives (constipation, reflux gastro-œsophagien), orthopédiques (déformations articulaires), neuropathiques, ostéoporotiques (immobilité), dentaires (difficultés de brossage, troubles de la mastication).

Dans ces conditions, lorsque l'enfant présente des troubles du comportement, le premier réflexe légitime est souvent de rechercher une cause organique. Mais il s'ensuit parfois une trop longue période d'errance, avec une multiplication de demandes d'avis médicaux spécialisés, alors qu'il faudrait aussi envisager une cause psychique. En effet, l'expression psychique de ces patients reste si complexe à décoder que ceux qui les entourent oublient trop souvent qu'ils ressentent des émotions.

Spécificités de l'expression psychique

La revue de la littérature est limitée en la matière. Certains auteurs ont décrit les spécificités de l'expression émotionnelle et les spécificités des interactions parent/enfant, notamment précoces, comme Saulus [2]. Il détaille la multiplicité des défaillances : épilepsie, perturbation des réflexes posturaux, atteinte des schèmes sensori-moteurs, persistance d'une irritabilité des flux sensoriels. À ces dysfonctionnements s'ajoutent les défaillances cognitives premières des grandes fonctions que sont la mémoire, l'attention, la mise en relation, la comparaison et l'extraction d'invariants. Enfin, les troubles autistiques sont fréquents, avec perturbation du mantèlement des sensations décrit par Meltzer [3]. Le mantèlement étant un processus visant à fabriquer une image "transmodale"

d'une source, à partir de plusieurs perceptions sensorielles émises par cette source.

Saulus [2] souligne l'importance des intrications entre troubles moteurs, cognitifs et troubles des perceptions sensorielles, concourant à créer un éprouvé corporel instable chez le jeune polyhandicapé.

À cette complexité de la construction de l'image corporelle de ces enfants s'associent des perturbations des interactions précoces parent/enfant, pouvant fortement impacter leur développement psychique. La fonction parentale essentielle de pare-excitation [4], qui vise à filtrer les perceptions sensorielles encore impossibles à intégrer par le bébé [5], est compliquée à assurer, tout comme le guidage interactif (mise en mots, dialogue tonico-émotionnel), tant les signaux de ces bébés restent, dans un premier temps, impénétrables et incompréhensibles, même par leurs parents. Le *handling* (capacité de la mère à assurer les soins de son enfant en les mettant en mots) [4] devient difficile à construire, face à des réactions d'hyperextension, une hypotonie globale ou des manifestations dystoniques des membres. Ces réactions du bébé polyhandicapé créent une appréhension et un sentiment d'incompétence chez ses parents. Le *holding* (capacité de la mère à contenir, "porter" son enfant en mettant en mots ses sensations de bébé) [4] est aussi bien compliqué à mettre en place dans de telles conditions.

Souvent, les parents ne parviennent pas à décoder, puis à interpréter le mal-être de leur bébé, car il l'exprime par des variations de tonus soit infimes, soit extrêmes, là où les autres enfants envoient des messages clairs et facilement interprétables. Ils ne peuvent donc mettre en mots et formuler des hypothèses sur son état, sous forme de vécus identifiables rassurants ("tu as faim/soif" ; "tu as mal, mon trésor !"), comme le font tous les parents. Et le bébé lui-même ne perçoit le plus souvent pas correctement ce qui lui est

transmis par ses proches, en raison de ses multiples troubles.

Pour toutes ces raisons, la construction psychique et la subjectivation de ces enfants restent difficiles, tant les interactions parent-enfant peinent à mettre en place une intersubjectivité de qualité suffisante.

En conséquence, ces bébés deviennent souvent des enfants débordés par des ressentis qu'ils ne peuvent manifester que corporellement (mimiques, dystonies, crispations, modulations de la voix, stéréotypies), puisque leurs parents, et parfois les professionnels qui les prennent en charge, ne parviennent pas à donner un sens précis à ces mouvements.

Certains restent à un stade archaïque d'évolution psychique, soumis à un vécu corporel morcelé de perceptions sans lien les unes avec les autres, incapables de s'éprouver "*un et distinct*" de façon stable. Ils demeurent au stade que Saulus nomme "*l'éprouvé entitaire*" [2], sans parvenir à accéder à une conscience plus développée d'eux-mêmes. Dans ce cas, les interactions avec eux sont gravement perturbées.

D'autres enfants acquièrent des capacités d'élaboration de degrés divers : ils accèdent alors à ce que Saulus appelle "*l'expérience du Moi*" [2], conscience réflexive de soi. Cela leur permet de ressentir une unité psychocorporelle permanente, cependant précaire, puisque leur enveloppe corporelle reste vulnérable. En effet, nous l'avons dit, cette enveloppe s'est construite dès la naissance avec un corps douloureux, souvent difficile à manipuler, rendant inconfortables les soins de *nursing* pourtant indispensables. Ces expériences quotidiennes répétées d'effraction d'une fragile expérience du Moi contribuent à vulnérabiliser l'enveloppe corporelle, ce d'autant qu'elles sont associées à des réactions de détresse, de lassitude, voire de désinvestissement affectif des parents.

Revue générale

Niveau développemental : une évaluation complexe

Habituellement, le niveau psychodéveloppemental d'un enfant est déterminé par une observation à la fois cognitive et émotionnelle, utilisant des outils spécifiques (Rorschach, Pattenoire, WISC, etc.) : ces derniers sont inutilisables chez l'enfant polyhandicapé. Pour évaluer ce niveau, il faut allier une observation attentive des capacités de partage émotionnel, l'utilisation de l'Évaluation-Cognition-Polyhandicap (ECP) et l'évaluation d'un profil sensoriel (capacités de tamisage sensorielles ou bien hypoperceptions). L'ECP est un outil remis à jour récemment par le Comité d'études, d'éducation et de soins auprès des personnes polyhandicapées (CESAP). Il est précieux pour évaluer les capacités de mémorisation, d'attention conjointe, d'extraction d'invariants.

Quand les manifestations tonico-émotionnelles ne semblent pas avoir valeur de communication, mais seulement d'éprouvés indifférenciés, on estime que l'enfant garde un stade archaïque de développement ("*l'éprouvé entitaire*" de Saulus). Quand des intentions de communication existent, au moins au travers de manifestations de plaisir/déplaisir, même si les capacités de mémorisation sont limitées aux éprouvés corporels, on estime que l'enfant a accès à une expérience du Moi, même précaire. Les enfants peuvent naviguer d'un stade à l'autre durant leur vie, avec des améliorations et/ou des régressions.

Les travaux de Bullinger [6] nous permettent d'affiner certains éléments d'appréciation du niveau développemental, en rendant compte de phénomènes sensori-moteur précoces. Pour lui, les conduites d'affection ne sont possibles que si un lieu, le corps, est considéré par le sujet comme point d'appui. Il précise que le dialogue tonico-émotionnel bébé-parents existe aussi précocement avec soi-même. En effet, les mobilisations toniques, suscitées par les percep-

tions sensorielles, permettent au bébé de ressentir les limites de son organisme. La perception de ces limites lui sert de point d'appui : il existe alors disjoint de l'Autre et solide en lui, ce qui lui permet de ressentir ensuite un éprouvé émotionnel partageable. Cette perception des frontières de Soi ne se produit que lorsque le tonus varie. Quand la mobilisation tonique se stabilise, la perception de l'organisme s'émousse. Ainsi, lorsque l'enfant ne parvient pas à traiter les signaux sensoriels correctement, il s'appuie sur des systèmes archaïques de recrutement tonique : par exemple, la marche sur la pointe des pieds (fréquente chez les enfants autistes), l'augmentation exagérée du ballant des bras ou du buste, l'accentuation de la respiration sont autant de moyens de maximiser les sensations pour mieux ressentir les frontières de son propre organisme. Bullinger ajoute que, chez tout enfant, la stabilisation de l'image corporelle est aussi liée à la capacité de l'enfant à s'appuyer sur des représentations spatiales ou temporelles. Ainsi, se situer dans le temps ou dans l'espace augmente considérable-

POINTS FORTS

- Le polyhandicap est l'association d'une déficience intellectuelle profonde et d'une restriction majeure de l'autonomie par déficience motrice sévère, ces déficiences interagissant les unes avec les autres.
- L'expression psychique des personnes polyhandicapées est difficile à décoder mais pourtant présente : elle doit être repérée et valorisée, particulièrement auprès des parents d'enfants polyhandicapés.
- La difficulté de construction d'une image corporelle cohérente et stable chez les enfants polyhandicapés s'associe à des perturbations des interactions parents-enfant liées à de multiples variables (deuil de l'enfant imaginaire, lourdeur des prises en charges, difficultés à comprendre l'enfant, etc.).
- Les troubles du comportement de l'enfant polyhandicapé peuvent avoir une cause organique mais aussi psychique qu'il faut explorer.
- La formation des soignants qui accompagnent ces enfants est essentielle pour qu'ils puissent accompagner les parents.

ment l'équilibre sensoritonique et émotionnel. C'est pourquoi la répétition de rituels créés par les adultes, aboutissant à des conduites d'habitation, permet à l'enfant d'accéder à des capacités d'anticipation : chez l'enfant polyhandicapé, ces modes d'approche sont essentiels, l'aidant à anticiper un avenir proche, même de manière très modeste. Il peut alors se situer entre ce qui vient d'arriver et ce qui va immédiatement se passer ensuite. Des répétitions identiques sont nécessaires pour qu'il construise des représentations spatiales : si ce travail n'est pas accompli, plus encore chez l'enfant polyhandicapé, les mouvements et les déplacements du corps sont investis dans leur unique dimension sensorimotrice, sans rapport à l'espace, ce qui fragilise la stabilité de l'image corporelle.

Psychanalyse, psychologie expérimentale et image du corps

Pour soutenir une construction positive de l'image du corps chez les enfants

polyhandicapés, il est intéressant de se pencher sur les réflexions cliniques et psychanalytiques de Haag [7]. Elle étudie, chez le bébé en général, la fonction d'intégration du regard et sa participation à la formation d'une contenance psychocorporelle. La relation du bébé à sa mère pendant la tétée représente pour elle une expérience des *"yeux dans les yeux, mamelon dans la bouche"*, qu'elle décrit comme une interpénétration à haute teneur émotionnelle. La satisfaction orale et digestive du bébé lui semble particulièrement importante pour fonder la *"troisième dimension de l'image du corps"*. Dans ce contexte, *"l'arrière-plan"*, le dos du bébé articulé au bras de sa mère et à son regard, forme une toile de fond établissant une limite sécurisante de l'espace de l'enfant, ce qui lui permet de se développer confortablement.

Il est aussi très utile de prendre en compte les travaux de psychologie expérimentale de Gepner [8]. Ils s'intéressent aux enfants porteurs de Troubles du spectre autistique (TSA), qu'il décrit débordés par les excès d'informations ou par la trop grande rapidité de variation de celles-ci. Or, le visage d'une mère est toujours mobile, l'expression de ses yeux changeante : les enfants porteurs de TSA ont donc de grandes difficultés à intégrer le regard *"les yeux dans les yeux"*, puisqu'il reste si mobile et variable. Ils l'évitent, empêchant, selon Haag, la création de la contenance *"corpo-psychique"* durant la tétée. Leur dos reste un espace angoissant, ainsi que tout ce qui peut se passer derrière eux : leur Moi corporel ne pouvant se construire dans une unicité contenante, leur Moi psychique ne peut pas non plus se développer dans un espace intérieur sécurisant. Haag décrit aussi les angoisses corporelles spécifiques des enfants porteurs de TSA liées, pour elle, à une défaillance de la construction du Moi primitif et de l'image du corps, de ce qu'elle nomme le *"Moi corporel"*. Les stéréotypies ont une fonction défensive : elles répondent à une tentative de lutte contre ces angoisses. Leur caractère

rythmique serait un moyen de restaurer chez l'enfant un sentiment de continuité d'exister : en apportant une sensation kinesthésique rythmique (balancement, agitation des doigts, tapotement, masturbation compulsive), l'alternance d'arrêts et de reprises de la sensation viendrait apporter un sentiment de continuité à l'enfant.

Il est clair que toutes ces constatations et hypothèses peuvent s'appliquer aux enfants polyhandicapés (contenance corporopsychique, perception de l'arrière-dos comme toile de fond, stéréotypies comme une recherche de contenance et de lutte contre des angoisses corporelles spécifiques). Les avoir en tête peut, au quotidien, aider à mieux les accompagner, ainsi que leur parents.

Spécificités des interactions dans le polyhandicap

1. Place de l'annonce

Sausse [9] décrit les bouleversements provoqués par la première annonce d'un handicap : blessure narcissique, culpabilité et pensées fantasmatiques négatives d'autant plus fortes en cas de polyhandicap. Trois mécanismes traumatiques majeurs se mettent en place chez les parents : l'arrêt de la pensée, véritable suspension des facultés mentales ; la création d'une *"fracture ouverte qui appelle sans cesse à se réparer, en vain"* ; l'immobilisation du temps, avec comme conséquence le sentiment *"d'un avant et d'un après"*. Sausse explique aussi comment le présent vient réactualiser le passé : les sentiments éprouvés par les parents, leur éventuelle submersion traumatique renvoient, bien entendu, à la qualité de l'annonce elle-même, mais aussi à la singularité de chacun d'entre eux, liée aux événements de leur histoire propre. Pour Sausse, ces liens associatifs inconscients et personnels, produits de chaque histoire individuelle, s'entrelacent avec l'histoire du couple conjugal

puis parental et créent ainsi la configuration psychique particulière de chaque famille.

Par ailleurs, pour Sausse le *"travail de deuil"*, terme commun s'appliquant au cheminement psychique parental d'acceptation du handicap sévère d'un enfant, qui serait la suite logique d'une annonce *"suffisamment bonne"*, ne correspond pas à la réalité. En effet, un *"travail de deuil"* suppose la mise en place d'un *"processus de symbolisation qui vise à mettre quelque chose à la place de l'objet perdu"*. Mais l'enfant handicapé, *a fortiori* polyhandicapé, reste un objet vivant, très présent au quotidien, rappelant constamment l'actualité de la perte de l'enfant désiré. Ainsi, ce travail psychique si particulier perdure, réactivé par la présence de l'enfant de la réalité, au lieu de peu à peu s'apaiser, grâce au temps permettant l'intégration de l'absence d'un défunt disparu. Car en cas de polyhandicap, le temps, au lieu de soulager, accentue le plus souvent les vécus douloureux des parents pour plusieurs raisons. D'abord, l'état de l'enfant s'aggrave fréquemment au cours de sa croissance. Par exemple, ses déformations articulaires s'accroissent, entraînant d'autres annonces, comme celle d'une scoliose, nécessitant le port d'un corset, voire la réalisation d'une opération, d'une luxation de hanche entraînant des installations complexes, ou celle de la nécessité d'effectuer une arthrolyse rachidienne ou une gastrotomie. Par ailleurs, les variations de poids et la croissance majorent les difficultés liées au *nursing* : soit l'enfant devient plus lourd et il est plus difficile à manipuler ; soit, au contraire, il perd beaucoup de poids tout en grandissant et devient cachectique, véhiculant l'insupportable image de la mort. Enfin, la puberté fait surgir un corps sexué d'adulte qui reste cependant dépendant comme celui d'un enfant, ce qui renvoie chacun à l'impossibilité d'une sexualité épanouie, à la difficulté de visualiser des manifestations pourtant d'ordre sexuel (érection), aux rêves passés de

■ Revues générales

devenir grands-parents. Peu à peu, le fragile miroir dans lequel les parents se reconnaissaient à travers leur enfant, ce qui leur permettait de l'investir, se brise, creusant chez eux une profonde blessure narcissique, redoublée par d'éventuels liens avec des éléments plus ou moins traumatiques de leur vie passée.

Cette blessure existe aussi chez l'enfant, qui prend très tôt conscience de sa différence. Il porte en lui la certitude de ne pouvoir satisfaire ses parents, ni de les rendre heureux. Mais, pour Sausse, ce "deuil" symbolique reste le plus souvent impossible : il ne renonce en fait jamais à imaginer un possible retour de ses capacités malgré l'implacable irréversibilité de la réalité. Mais pour autant, il ne peut éviter d'inscrire sa différence dans son identité, en trouvant des aménagements avec la réalité blessante de son handicap. Mais ce travail psychique est difficile, émaillé d'immanquables vécus conscients d'échecs, source d'épisodes dépressifs dont la symptomatologie reste, elle aussi, difficile à décoder (alternance d'excitation ou d'irritabilité et de découragement ou de refus).

2. Culpabilité et agressivité, poids des fantasmes inconscients

Les parents se sentent tous, plus ou moins consciemment, coupables de la situation, sentiment écrasant qui les plonge dans un besoin irrépessible de recherche d'une cause extérieure à eux. Cette cause restaurerait un monde rassurant où tout phénomène a une explication, redonnant une certaine logique à ce qui paraît absurde, insensé. Mais cette quête, devenant parfois envahissante, leur fait en même temps craindre des réponses pouvant les ramener à eux (anomalie génétique transmise par l'un des parents par exemple). Ce mouvement psychique contradictoire, lié à leur ambivalence massive, explique leur attitude parfois déconcertante [9].

L'enfant vit aussi, à son niveau d'élaboration, une certaine culpabilité : celle de

ne pas être celui qui était désiré, d'être responsable de la blessure narcissique majeure de ses parents. Même très démuni psychiquement, à travers toutes les interactions précoces dont nous avons parlé, il vit très tôt, plus qu'il ne la comprend, la blessure de ses parents peinant à s'adapter à ce qu'il est. Avec ses capacités de communication très amputées, il peut lui être difficile, voire impossible, de se représenter ce ressenti et de le partager. Dès lors, ce sont ses réactions, violentes ou dépressives, qui peuvent en parler.

L'enfant perçoit aussi chez l'autre, et vit en miroir, des fantasmes violents : être polyhandicapé revient à être monstrueux, difforme, fait peur et peut même, dans certaines cultures non occidentales (mais parfois aussi en Occident), signifier être issu d'un maléfice, de magie noire, ou d'une sexualité parentale inavouable [9]. Sa dépendance prolongée, rendant obligatoires les *nursings* pluriquotidiens, même avec un corps sexué d'adulte, peut l'enfermer le plus souvent avec sa mère, dans des interactions régressives, pouvant secondairement devenir sadomasochistes. Dans ce cas, les prises en charge deviennent chaotiques. La mère se tourmente avec délice de son sacrifice à son enfant, pouvant dire qu'elle n'en peut plus, mais ne pouvant déléguer aucun soin. L'enfant retire un plaisir répété à se faire manipuler par elle, et par elle seule, même si parfois il sent son exaspération, ne supporte aucune frustration, et réagit très violemment quand on tente de "tiercéiser" ces inter-relations qui tournent en boucle. Sausse note d'ailleurs combien l'enfant lourdement handicapé réveille chez l'autre des tendances sadiques : sa passivité et son extrême faiblesse lui font éprouver une angoisse majeure dont il peut chercher à se protéger par des actions violentes. Une horreur et une fascination gouvernent alors certains regards posés sur l'enfant polyhandicapé. Sausse [9] parle du fantasme inconscient le plus inavouable, qui nous répugne et nous menace, celui d'avoir

une sexualité avec cet être chez qui on ne repère plus d'humanité. Les professionnels, face à un corps dénudé sans défense et sans parole, qu'il faut changer, laver, pommader, ne sont pas à l'abri de tels fantasmes. Ils peuvent alors avoir recours à des moyens défensifs, comme des actes maltraitants, pour les évacuer.

■ Conclusion

Les enfants polyhandicapés communiquent, mais ils le font avec des capacités restreintes et parasitées. Derrière le corps déformé, l'absence de parole, le regard souvent décalé, une pensée, des émotions, des ressentis existent. En ayant pris soin d'évaluer leurs défaillances et leurs particularités, les professionnels peuvent créer un climat de confiance propice à leur expression. En utilisant tout ce qui fait communication (le partage émotionnel, le langage du corps, des variations mélodiques), ainsi qu'en observant les variations toniques et les manifestations comportementales, les différents partenaires peuvent s'ajuster à eux et instaurer une relation. C'est dans cet ajustement et cette ouverture que se crée la possibilité d'une rencontre. La vulnérabilité de ces enfants exige de nous une grande attention et le déploiement de modalités de communication inhabituelles et parfois inconfortables.

C'est pourquoi les espaces de réflexion et de partage de nos interrogations et de nos ressentis sont indispensables, car ils représentent un outil supplémentaire pour penser ce que l'enfant cherche à dire. Parallèlement, le partage avec la famille reste fondamental. Car les interactions précoces sont gravement perturbées par l'existence du polyhandicap : le dialogue avec les parents permet de confronter les différentes perceptions autour de l'enfant, de guider le parent démuni dans les soins. Il s'agit aussi, par un partage bienveillant empreint de sollicitude, de lui permettre d'exprimer ses angoisses face à ce bébé si étranger à l'enfant imaginaire,

pour éviter qu'une ambivalence sourde, empreinte de fantasmes inconscients négatifs, ne pollue toutes les interactions. La compréhension des mécanismes défensifs mis en place par les parents permet au professionnel de s'ajuster dans la relation, d'en respecter au départ certaines modalités, tout en trouvant des pistes pour les faire évoluer secondairement, pour les réaménager. La connaissance de l'histoire singulière de chaque parent aide aussi à cheminer ensemble, dans une riche rencontre parent/professionnel qui contribue à nous éclairer sur ce qui peut traverser leur enfant et ce qu'il cherche à nous dire.

BIBLIOGRAPHIE

1. ZUCMAN E. La guidance parentale. *Réadaptation*, 1969;159:23-26.
2. SAULUS G. La clinique du polyhandicap comme paradigme des cliniques de l'extrême. *L'Esprit du temps, Champ psychosomatique*, 2008;45:125-139.
3. MELTZER D, BREMNER J, HOXTER S *et al.* *Exploration dans le monde de l'autisme*. Payot, 1980.
4. WINNICOTT DW. *L'enfant et sa famille*. Payot & Rivages, coll. "Petite bibliothèque", 2002.
5. GOLSE B. *Développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Elsevier Masson, coll. "Médecine et psychothérapie", 1992.
6. BULLINGER A. *Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche*. Éditions Érès, coll. "La vie de l'enfant", 2004.
7. HAAG G. *Le moi-corporel*. PUF, coll. "Le fil rouge, Enfance", 2018.
8. GEPNER B. *Reconnaissance du visage et perception visuelle du mouvement chez l'enfant autiste*. Thèse de Doctorat en Médecine, 1997;thèses.fr.
9. SAUSSE S. *Le miroir brisé*. Calman-Lévy, coll. "Psychologie, psychanalyse, pédagogie", 1996.

Les auteures ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.