



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SCIENCE @ DIRECT®

Pratiques psychologiques 10 (2004) 7–23

Pratiques  
psychologiques

[www.elsevier.com/locate/](http://www.elsevier.com/locate/)

Dossier : la bientraitance

## Les mères d'enfant handicapé, face aux professionnels médico-psycho-éducatifs

J.-P. Gaillard

*UFR LLSH, domaine universitaire Jacob-Bellecombette, université de Savoie, BP 1104,  
73011 Chambéry cedex, France*

---

### Résumé

À partir d'une réflexion sur les glissements logiques repérables dans le champ de la déficience mentale, entre « psychose » et « troubles du comportement » chez les enfants arriérés, l'auteur décrit les attitudes et comportements des professionnels médico-psycho-éducatifs à l'égard, en particulier des mères d'enfants handicapés, qui lui semblent découler de cette posture logique. Il propose ensuite des éléments pour un recadrage de ces attitudes et comportements dans le sens d'une construction partenariale avec ces mères.

© 2004 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

The author suggests a reflexion on the observable logical glindings in the area of mental deficiency, between "psychosis" and "troubles of behavior" for the backward children. He describes attitudes and behaviors of the professionals towards the mothers of mentally handicapped children, who ensue from this logical position. At the end he suggests elements for a modification in the direction of a real partnership with these mothers and families.

© 2004 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Psychose ; Handicap ; Arriération profonde ; Régulation épistémique ; Partenariat

*Keywords*: Psychosis; Handicap; Deep mental deficiency; Epistemic regulation; Partnership

---

*Adresse e-mail* : [jean-paul.gaillard@univ-savoie.fr](mailto:jean-paul.gaillard@univ-savoie.fr) (J.-P. Gaillard).

© 2004 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.  
doi:10.1016/j.prps.2004.01.007

### 1. Images de mères

Les mères n'ont pas de chance, avec les psys<sup>1</sup>. Sigmund Freud, très tôt, mit en place un principe de stigmatisation maternelle à travers le dispositif œdipien : si, par malheur, le père omet d'intervenir pour rompre le lien primordial et castrer cette chimère qu'est l'être *mère-enfant*, ce monstre composite, alors le destin de l'enfant est scellé : il n'entrera pas au royaume de névrose. En 1943 Léo Kanner, décrivant les caractéristiques de l'autisme infantile, nous offrit un portrait de mères froides et intellectuelles, causes plus que probables des désordres profonds et irréversibles de leur enfant. La thérapie systémique naissante fit très tôt fortune avec le concept de « *mère de schizophrène* » pour lequel, même, on décerna un Prix à Grégory Bateson.

Entre Médée et Jocaste, entre la tueuse et la séductrice, elles n'ont que l'embarras du choix !

Et si, aujourd'hui, après Kanner qui leur présenta ses excuses, après les systémiciens qui décidèrent d'exclure toute logique désignatrice dans leurs pratiques et leurs théories, les psychanalystes se montrent plus respectueux avec les mères, il n'en reste pas moins que, logique causale linéaire oblige, ces dernières occupent toujours une place particulièrement sensible au bout du « parce que » : « cet enfant va mal, parce que... ».

### 2. Mère d'un enfant handicapé

Si devenir la mère d'un enfant conforme semble culturellement redéfinir une femme entre ces deux positions inconfortables, médéenne ou jocastienne, devenir celle d'un enfant non conforme, handicapé, enclenche une cascade de processus à proprement parler catastrophiques et destructeurs. Pour en avoir largement traité par ailleurs (Gaillard 1999, Gaillard 2003), nous ne reviendrons pas sur la description de la violence des atteintes identitaires successives que cette jeune mère subit. Nous insisterons en revanche, sur l'importance du choc traumatique provoqué par l'annonce du diagnostic et sur ses effets délétères long terme, qui détermineront pour une très large part le devenir du binôme mère-enfant, mais aussi de la famille tout entière.

### 3. La révolte des mères

Voici quelques jours, au cours d'une soirée organisée par une association de parents d'autistes dans laquelle des professionnelles présentaient leur travail avec de jeunes enfants autistes, lors de la présentation par une épidémiologiste d'un travail de recherche sur les facteurs de comorbidité chez les enfants atteints d'autisme et leurs familles, une mère s'emporta à partir d'un mot lâché dans la communication : *psychose*. « *Nos enfants ne sont pas psychotiques, protesta-t-elle, ils sont handicapés ! L'autisme est un handicap et a besoin de rééducation et non de thérapie !* ».

<sup>1</sup> Tout au long de cet article, nous prendrons le parti d'utiliser un même raccourci : « psy », pour désigner psychiatres, psychologues et psychanalystes, sachant que nous parlons alors de ceux qui opèrent à partir du modèle psychanalytique.

Et lorsque la psychomotricienne évoqua sa rencontre professionnelle avec un bébé de trois mois montrant des traits autistiques : raideur extrême du haut du corps, mollesse « poupée de son » du bas du corps, évitement du regard, tête rejetée en arrière, et qu'elle raconta ce que, dans son émotion, elle avait dit à cet enfant en le prenant dans ses bras : « *tu ne veux pas regarder maman ? Tu n'es pas bien dans les bras de maman ?* ». Lorsqu'elle dit cela, une autre mère protesta très vivement : « *vous aussi, vous dites que ce sont les mères qui rendent leur enfant autiste ?! Nous avons décidé que nous ne supporterions plus ces accusations qui font de nous des folles !* ».

Nous saluons la pugnacité nouvelle de ces mères comme extrêmement positive pour l'avenir des pratiques et des recherches dans le domaine de l'arriération mentale : elle contraint en effet les pys à clarifier leur position, soit en se retirant purement et simplement de ce champ, soit en engageant un débat de fond qui ne peut que conduire à des révisions déchirantes de leurs schémas mentaux.

#### 4. Le traumatisme

Depuis quelques années, lorsqu'une mère d'enfant handicapé mental nous consulte, nous utilisons systématiquement les pages du DSM 4 décrivant les symptômes liés à l'*état de stress aigu* (ESA) et à l'*état de stress post traumatique* (ESPT) pour explorer avec elles les états émotionnels et mentaux par lesquels elles ont pu passer durant la première année de vie de leur enfant handicapé. Nous avons détourné ces pages de leur visée première, diagnostique, pour en faire un outil thérapeutique dont nous pouvons dire qu'il se montre très efficace quant au mandat que nous lui assignons : générer entre ces mères blessées et nous-même un espace de confiance fondé sur une reconnaissance associée à un début d'élaboration du traumatisme subi par elles. Nous avons donc exploré la question du traumatisme avec 34 mères d'enfant handicapé (enfants entre 2 et 25 ans) ; aucune ne dit avoir été efficacement soutenue par des professionnels médico-psycho-éducatifs lors de la naissance de cet enfant. En revanche, toutes disent s'être senties attaquées par eux au cours des premières années de leur enfant. Lorsque nous évoquons le temps de la naissance, toutes décrivent, entre 2 et 25 ans plus tard, des symptômes présentés dans le DSM 4 [308.3] *État de stress aigu*. Toutes, faut-il le rappeler, répondent aux critères A 1 et 2 (voir le texte complet en annexe). De fait, l'annonce d'un diagnostic de handicap, y compris sans pronostic vital, semble toujours renvoyer à une menace de destruction pour soi et pour l'enfant. Sur ce point comme sur l'ensemble des points définissant les *états de stress aigu et post traumatique*, le point de vue de l'observateur est très souvent fautif (von Foerster 1991, Gaillard 2002). Nous-même gardons le souvenir cuisant d'avoir découvert fort tard qu'un handicap comme une surdité sévère ou profonde ou encore une fente palatine, qui nous paraissait relativement bénin au regard d'une trisomie 21 ou d'un autisme avait, du point de vue de la victime (mère et père), exactement les mêmes effets ravageurs.

De même, toutes décrivent sans ambiguïté avoir vécu plusieurs, voire pour certaines l'ensemble des items du critère B. La suite confirme les points A et B. Les critères C, D et E sont presque toujours présents, le critère F l'est dans tous les cas. Il nous paraîtrait éthiquement hasardeux de soulager notre conscience en justifiant ces symptômes à l'aide du critère H « *troubles psychotiques brefs* ».

Nous avons donc dû admettre que ces mères dans leur ensemble ont souffert d'un *état de stress aigu*.

Parmi les personnes ayant souffert d'un *état de stress aigu*, la statistique évalue entre 60 et 40 % environ le nombre de celles qui déclareront, six mois à un an plus tard, un *état de stress post traumatique* (Duchet 1998). Notre petit échantillon ne dément pas ce chiffre, de beaucoup s'en faut.

L'énoncé des critères A 1 et A 2 de (309.811) *État de stress post-traumatique*, est le même que précédemment. L'ensemble des cinq items du critère B, des sept items du critère C et des cinq items du critère D est présent à raison d'au moins deux items par critère et par mère. Les critères E et F sont présents dans tous les cas.

Non seulement, donc, la grande majorité des femmes ayant mis au monde un enfant handicapé aura souffert d'un *état de stress aigu* (ESA), mais un très grand nombre d'entre elles semble souffrir ensuite d'un *état de stress post traumatique* (ESPT). Comme toujours, en pratique comme en recherche, les bonnes questions conduisent aux bonnes réponses et nous contraignent parfois à une douloureuse reconsidération de nos présupposés. Tous les pys savent que la naissance d'un enfant non conforme est traumatisante pour la mère et, éventuellement, pour le père ; mais très peu vont jusqu'à accepter l'idée qu'il s'agisse d'ESA et d'ESPT. La plupart d'entre eux pensent en outre qu'un temps de parole plus ou moins long suffit à réguler ce problème. La plupart d'entre eux pensent aussi qu'il n'est possible de travailler dans ce registre qu'à partir d'une demande formulée par l'intéressée. Ces deux a priori sont à l'origine d'un double problème extrêmement préoccupant, pour les raisons suivantes :

- ESA et ESPT impliquent, de la part du traumatisé, une incapacité à formuler une demande d'aide : cette incapacité est syndromique ;
- les premières évaluations des effets à long terme d'un débriefing fondé sur la seule mise en parole des émotions éprouvées montrent que cet effet est pratiquement nul (Smaga 2000).

Il semble donc qu'il y ait ici une urgence certaine à inventer des modèles suffisamment isomorphes à leur objet, en matière de travail psychologique avec les femmes ayant mis au monde un enfant handicapé.

## 5. Le constat, et après ?

La question, pour nous, après avoir opéré ces constats, était : quoi en faire ? Comment les intégrer au cœur de notre pratique de psychothérapeute, de formateur et d'enseignant chercheur ? La distance entre ces constats d'une part, le discours et les pratiques professionnelles les plus courantes d'autre part, nous paraissait si considérable, qu'une position de mode « réformiste » nous semblait éthiquement et logiquement insoutenable. Nous avons donc pris le parti de reconsidérer l'ensemble « *mère d'enfant handicapé/enfant handicapé* » sur tous les points et nous avons décidé de ne plus séparer cet ensemble de ses contextes familiaux, institutionnels et sociaux.

Pour acquérir une idée assez consistante des présupposés à l'œuvre, pour en faire le recensement, il suffisait, non pas de consulter la littérature dans ce qu'elle montre assez marginalement de prudence sur la question, mais de consulter les dossiers médico-psycho-

éducatifs des enfants handicapés. Les deux tiers au moins de ceux que nous avons vérifiés contiennent les termes suivants et d'autres encore, du même style : « *mère étouffante, fusionnelle, toxique, contradictoire, rejetant, de mauvaise volonté, de compréhension limitée, opposante, hostile au traitement ou aux propositions éducatives, etc.* »<sup>2</sup>.

Winnicott lui-même, dont nous savons qu'il fut un modèle d'humanisme, a inventé un concept très illustratif de la place que nous réservons aux mères : le concept de « *maladie normale* », qui décrit les comportements et attitudes d'une mère « normale » avec son nourrisson « normal ». Il visait, pensons-nous, le caractère fusionnel du lien, dont il fallait bien, ici malgré tout, admettre la nécessité ; partant de là, il est à craindre que la *maladie* des mères d'enfants anormaux soit automatiquement *une maladie anormale*.

## 6. Un glissement logique

Il nous semble que, par un tour de passe-passe indéfiniment renouvelé, la méconnaissance systématique de *l'état de stress aigu* souvent suivi d'un *état de stress post traumatique* dont sont victimes les mères à partir de l'annonce du diagnostic, se conjugue presque systématiquement avec un glissement logique désignant les mères d'enfants handicapés comme inadéquates, pour tout dire toxiques : elles sont très clairement désignées dans un très grand nombre de rapports médico-psycho-éducatifs comme fautives du pitoyable état de leur enfant.

Le glissement logique dont il est ici question est simple à définir. Il combine :

- une confusion permanente entre *situation* toxique et *individu* toxique ;
- une minimisation systématique des troubles neurocognitifs et développementaux de l'enfant ;
- une majoration non moins systématique de ses troubles affectifs et comportementaux *dans le sens de la psychose*.

Qu'il souffre d'un syndrome de Rett (arrêt de l'accroissement du périmètre crânien associé à un effondrement de l'ensemble des acquis psychomoteurs), des suites d'une anoxie néonatale, d'un syndrome X fragile ou même d'une trisomie 21 ou 18, l'enfant sera presque toujours évalué à partir de ses bizarreries comportementales et affectives, lesquelles seront systématiquement interprétées comme relevant de la psychose et non des dommages causés à son système nerveux central et périphérique et, donc, à ses difficultés extrêmes à construire des mondes affectivo- et socio-compatibles.

## 7. Mères toxiques, ou situations toxiques ?

Nous ne sombrons pas dans un angélisme stérile de blanchissement des mères et de leurs pratiques éducatives, conjugué à une diabolisation des professionnels, de leurs pratiques et de leurs théories. Simplement, notre travail et le travail des équipes éducatives que nous accompagnons en analyse de la pratique, montrent sans ambiguïté que, à chaque fois que

<sup>2</sup> La loi de 2002, recadrant le droit des usagers quant à leurs dossiers, modifie puissamment le vocabulaire employé dans les dits dossiers : il y a en la matière un « avant » et un « après » janvier 2002.

nous sommes capables de modifier avec une mère, un père (ou un beau-père) et une fratrie, le système de relations qui les relie, nous voyons la toxicité disparaître. Cette toxicité n'est pas une caractéristique, ni même une propriété, des mères d'enfants handicapés mentaux ; elle est une caractéristique situationnelle. D'une part, un *état de stress post traumatique* conduit implacablement à des processus de désocialisation, d'enfermement sur soi, de dissociation du couple parental et, donc, de contre-productivité éducationnelle ; d'autre part, l'arriération de l'enfant, son dénuement neuro-cognitivo-émotionnel, implique un rétrécissement drastique des espaces de choix éducatifs. Les contraintes sont telles que les *réducteurs de complexité* à disposition des mères sont toujours d'une grande pauvreté.

### 8. Réducteurs de complexité et contraintes situationnelles

La notion de *réducteur de complexité* a été développée dans le champ de l'approche systémique des organisations, puis en thérapie familiale. Elle désigne les solutions mises en œuvre par les acteurs (professionnels, éducatifs, etc.) leur permettant de fonctionner de manière suffisamment viable tout en évitant de prendre en compte un nombre trop grand des variables en jeu dans la situation. Ainsi, un *réducteur de complexité* éducatif très courant et dont l'efficacité n'est plus à démontrer face aux questions et objections incessantes d'un enfant, est la réponse suivante : « parce que ! ». Pour l'avoir expérimenté de nombreuses fois avec eux, nous savons qu'aucun enfant arriéré profond ne se satisfait de cette réponse...

Madame X est la mère d'Astrid, adolescente arriérée profonde diagnostiquée autiste (et donc psychotique) à cause de ses stéréotypies incessantes, ses automutilations répondant à toute tentative de contrainte, sa totale incapacité à entrer en relation sur un mode autre que d'instrumentalisation des adultes, son refus de tout partage de regard, son regard exclusivement périphérique sur les choses et sa démarche « pointe des pieds ». L'équipe médico-psycho-éducative sait de longue date qu'Astrid dort dans le lit conjugal, monsieur occupant le lit de sa fille ; de longue date, l'équipe éprouve envers madame (monsieur ne vient plus aux entretiens) et lui montre une réprobation ouverte pour ce lien « fusionnel » qu'elle persiste à entretenir avec sa fille malgré leurs remarques répétées, ainsi que pour le rapport d'exclusion qu'elle fait subir à son époux. Un jour que, pour la nième fois, les professionnels lui demandent quand elle va enfin se décider à remettre Astrid dans sa chambre car sinon elle ne pourra évidemment pas grandir, madame X lâche : « *vous avez raison, il faut que j'y pense parce j'ai de plus en plus mal au dos.* ». Aux professionnels qui s'étonnent de ce lien entre mal de dos et changement de chambre, madame explique que, non seulement Astrid dort dans le lit conjugal, mais que depuis plus de dix ans, elle dort lovée sur le dos de sa mère (elle pèse plus de 50 kg), elle-même contrainte de dormir sur le ventre. Devant le regard horrifié et la condamnant sans appel des professionnels, madame X entreprend de se justifier : « *j'ai essayé de ne pas le faire et même de la mettre dans sa chambre, mais à chaque fois nous n'avons pas fermé l'œil de la nuit et les voisins ont tapé au plafond et sur les tuyaux de radiateur ; ils ont même fait circuler une pétition. À chaque fois, Astrid a hurlé sept heures d'affilée en se cognant la tête au sol, alors on a cédé. On n'a pas les moyens d'acheter une maison, et changer d'appartement ne résoudra rien.* ».

Justifications sur lesquelles les professionnels médico-psycho-éducatifs restent sourds, campés qu'ils étaient sur leurs certitudes diagnostiques : psychose autistique égale comportements fusionnels et intrusifs de la mère, combinés à démission du père.

Nous devons consacrer un temps important d'analyse de la pratique à la reprise par le détail de cette situation, pour que les professionnels concernés renoncent à leurs jugements appuyés sur ce qu'il faut bien nommer un usage non fondé du modèle psychanalytique.

Curieusement, l'aveuglement quant aux terribles contraintes exercées sur cette mère à la fois par sa fille et par le voisinage se combinait avec une amnésie lacunaire quant à la totale incapacité de l'équipe à réguler les comportements d'Astrid dans l'institution ! Aucun d'entre nous, malgré des trésors d'ingéniosité, n'avait jamais pu obtenir d'Astrid qu'elle souscrive à la moindre injonction : elle passait ses journées lovée au milieu de la pièce à vivre, sur une table basse qu'elle avait annexée, la TV passant et repassant la vidéo d'un feuilleton américain insipide mais qui avait la vertu d'interrompre l'incessant et lancinant bruit de sirène émis par Astrid.

Il fallut donc procéder à une mise en perspective insistante de nos propres incapacités et *réducteurs de complexité* avec ceux de cette mère, pour que nous commençons à modifier le regard que nous portions sur elle, à éprouver de l'empathie pour elle et, donc, envisager avec elle une relation réellement partenariale.

## 9. Arriération ou psychose ?

Depuis près de 30 ans que nous fréquentons des enfants, des adolescents et des adultes arriérés mentaux, nous en sommes venus à minimiser les modèles proposés par l'équipe de Bobigny<sup>3</sup> et par Maud Mannoni, modèles fondés sur l'hypothèse-psychose. Les travaux en épistémologie et en *sciences studies* ont suffisamment montré qu'il n'existe pas d'observation qui ne soit déterminée par des présupposés ; il n'est en outre pas déraisonnable de penser que les travaux de l'équipe de Bobigny, comme les travaux de l'équipe du 13<sup>e</sup> arrondissement et plus encore ceux de Maud Mannoni, ont été largement fondés sur une lecture psychanalytique de l'humain : nul besoin de recourir à un traitement de texte sophistiqué pour mettre en évidence que leurs travaux sont infiltrés de concepts psychanalytiques<sup>4</sup>. Sur ce point, les travaux de J-L Lang et de R. Mises sur les arriérations dites affective ou troubles de la symbolisation et des fonctions intellectuelles comme effets de famille pathogène sont emblématiques : l'ensemble des travaux de Lang s'appuie très puissamment sur un jeu d'hypothèses psychanalytiques (*dépassement du stade du miroir, champ de l'objet transitionnel, perturbations dans le devenir des pulsions épistémophiliques, etc.*) (Lang 1995), l'article princeps de Mises sur « *les pathologies limites de l'enfance* » (Mises 1985, 1995) comporte peu de lignes dont la référence ne soit psychanalytique ; toutes références renvoyant à un dysfonctionnement dans les relations précoces mère-enfant.

<sup>3</sup> Entre 1969 et 1972, durant nos études à Paris-VII, nous avons suivi des cours dans le service du Pr Mises ; à la même époque Bonneuil était la bannière de tous nos idéaux.

<sup>4</sup> À l'heure où un début de réflexion se fait jour dans l'université, qui souligne le problème constitué par l'hégémonie de fait du modèle psychanalytique dans l'enseignement de la psychologie clinique, il nous paraît possible de poser la même question concernant la recherche en psychothérapie.

Qu'il puisse exister quelques rares psychoses précoces engendrant un syndrome déficitaire profond, cela est envisageable quoique pratiquement impossible à démontrer ; qu'il puisse de même exister quelques rares autismes, primaires ou secondaires, se constituant comme effets d'une relation maternelle primaire extrêmement défectueuse, cela n'est pas impossible : nous croyons en avoir rencontré quelques-uns en trente ans. Cela dit, l'immense majorité des enfants arriérés profonds et moyens ne nous semble pas répondre à ces modèles dont il nous semble urgent de relativiser la portée. Combien d'enfants *X fragile*, avant que ce syndrome soit mis en évidence, auront été diagnostiqués psychotiques sur la seule foi de leurs bizarreries comportementales et langagières, associées à l'impuissance de leur mère à leur donner une éducation normale ?

Il faut cependant reconnaître aux modèles associant étroitement déficience et psychose ceci qu'ils ont véritablement sorti l'arriération de la forclusion sociale dans laquelle elle était reléguée. Le bénéfice, pour le monde de l'arriération, est considérable, car sans l'apport de ces modèles les professionnels médicopsychosociaux n'auraient jamais investi ce champ ingrat qui semblait à jamais voué à la défectologie.

Nous savons entrer ici dans un espace particulièrement sensible et même, pour beaucoup d'entre nous, explosif : celui malheureusement incarné par l'écart perceptible entre CFTMEA (*classification française des troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence*) et DSM (*diagnostic and statistical manual*) malgré la récente révision de la CFTMEA dans le sens d'un rapprochement, avec l'inclusion d'un chapitre sur les TED (*troubles envahissants du développement*). Il semble, en effet, que le chapitre TED n'épuise en rien la lutte entre les « nosographes » et les « antinosographes » (Lebovici et al. 1995). Promus au rang de bannières, pour des groupes de professionnels transformés en armées belligérantes, ces deux annuaires sémiologiques empêchent souvent les esprits les plus brillants de penser, emprisonnés qu'ils sont dans un filet de loyauté a priori. Et, comme il se doit dans toute guerre normale, ce sont les civils qui en font les frais... dans le cas présent, les mères d'enfants handicapés et leurs enfants.

L'annuaire sémiologique CFTMEA persiste à assigner un grand nombre d'enfants arriérés profonds et moyens aux cases « *psychose déficitaire* », « *psychose symbiotique* » ou encore « *arriération affective* » ; la plupart des autres relèveront d'une « *déficience mentale avec troubles associés* », les troubles en question restant « *psychotiques* ».

À ce point du débat il faut, nous semble-t-il, opérer un choix épistémologique suffisamment clair car lourd de conséquences :

- soit nous redéfinissons entièrement la psychose dans le champ du handicap c'est-à-dire d'une déficience dont l'origine neurologique ou génétique fait aujourd'hui peu de doute — nous savons que l'école neurobiologique en psychiatrie tente de le faire ;
- soit nous produisons une distinction rigoureuse entre :
  - troubles psychotiques, à partir de critères historiques familiaux, intrapsychiques et interactionnels clairement balisés ;
  - et troubles comportementaux liés au handicap, troubles à rapporter aux contraintes liées aux déficiences neurocognitives des sujets handicapés, ainsi qu'aux stratégies de survie de ces derniers et de leurs familles.

Il va sans dire que nous sommes partisans de cette seconde option, la première relevant, à l'aune des connaissances neurobiologiques et génétiques actuelles, de la pure conjecture (Munnich 2002), d'un « Wunsch » aurait dit Freud !

## 10. Stéphanie et quelques autres

Stéphanie est née à huit mois sur une souffrance fœtale liée à une hypertension intracrânienne. Opérée à 10 et 15 jours pour pose d'une dérivation du liquide céphalorachidien, hémiparésie droite, abcès frontal gauche et épilepsie précoce. Plus tard opérée d'un tendon d'Achille et d'un strabisme. Langage très pauvre et écholalique. Diagnostic : « *psychose symbiotique* ». Ce diagnostic est emblématique d'une confusion entre « *psychose* » et « *troubles du comportement et de la relation liés à une arriération profonde* ». Nous pourrions faire état de centaines de diagnostics semblables sur les bases pourtant aussi peu douteuses d'une altération extrêmement importante et avérée de l'appareil neurocognitif d'un enfant.

Georges, huit ans, langage réduit à de très rares mots-phrases, marche sur la pointe des pieds, évite toute relation sauf quand il décide d'instrumentaliser un adulte ou un autre enfant, agite les bras et les mains à chaque perturbation en provenance de son environnement, pourrait rester des heures devant un miroir fasciné par son image qu'il regarde de biais en agitant frénétiquement les mains. Il aurait reçu un diagnostic d'autisme si on ne lui connaissait un oncle et un cousin dont il est la copie syndromatique conforme. L'oncle avait été diagnostiqué « autiste ». George, bénéficiant d'un effet de dissonance chez le psy, n'a donc pas été diagnostiqué du tout... L'évidence d'un problème génétique (non identifié malgré investigations) a conduit les diagnostiqueurs à une prudence abstentionniste.

Nous pensons que si nous, psychanalystes, persistons à nommer ces troubles « *psychose* », alors nous perdrons encore de nombreuses batailles et même la guerre ! En effet, c'est toute la théorie psychodynamique de la psychose qui est ici en jeu : si nous nous autorisons à qualifier de « psychotiques » des troubles qui sont la conséquence évidente, non pas d'une transgénérationnalité particulière identifiable, comme celle si remarquablement mise en évidence concernant l'héritage du Président Schreber (Scilicet 1973), mais de dommages neurophysiologiques graves, alors nous bradons un siècle de travaux psychanalytiques pour défendre fort maladroitement une logique de places.

Comment pouvons-nous oublier que le processus de séparation-individuation par lequel un petit d'humain entre dans la communauté humaine nécessite pour se produire, que son équipement neurocognitif soit compatible avec les opérations complexes nécessaires : neurocognitives, interactionnelles, émotionnelles, intellectuelles et relationnelles. Ce que, à partir du modèle psychanalytique, nous appelons « appareil psychique », c'est-à-dire d'abord la production d'un *soi* qui suppose un passage sans trop d'encombres par le stade du miroir (ou la position dépressive), ne prendra jamais la forme et les fonctions communes si l'appareil intellectuel-sensori-moteur de l'enfant ne dispose pas des fonctionnalités communes.

Qu'un nourrisson dont la mère sombre dans la dépression mélancolique dans un contexte d'isolement moral et social tel que ni l'un ni l'autre ne rencontre le secours dont ils ont besoin, que ce nourrisson montre un développement très perturbé et puisse devenir un arriéré profond avec des comportements de type autistique (stéréotypies et automutilations, par exemple) nous semble très possible ; nous pensons en avoir rencontré quelques-uns. Mais il faut bien comprendre que nous sommes là dans une situation qui ne se définit pas en termes d'univers affectif défectueux : nous ne sommes pas devant un problème spécifiquement humain, mais devant un problème éthophysologique. Il existe à ce propos un modèle

animal très illustratif : on met une portée de rats dans un environnement nutritif et calorique correct, mais dans lequel ils ne connaissent aucun « câlin » ; pas de léchage, pas de manipulation, pas de chansonnettes, tels qu'une mère rat les pratique sans cesse. La croissance de ces rats ne se fait pas, ils s'étiolent et meurent. On met une autre portée de rats, de la même souche, dans la même situation, à ceci près que l'expérimentateur les « lèche » plusieurs fois par jour à l'aide d'une spatule de caoutchouc : ceux-là grandissent et deviennent de bons gros rats en bonne santé. Il apparaît donc que le léchage, à lui seul, suffit à préserver le potentiel de croissance des rats. L'expérience ne s'arrête pas là : on analyse finement le système neuroendocrinien des rats du premier groupe et on découvre qu'ils n'ont pas exprimé une enzyme déclenchant la production protéique c'est-à-dire la croissance. Rien, à ce jour, ne nous permet de croire qu'il peut en être différemment pour les bébés humains. Les observations canoniques de Spitz sur les nourrissons des crèches taylorisées de l'Amérique des années cinquante viennent à l'appui de cette hypothèse.

### 11. L'influence des contraintes relationnelles liées à l'arriération d'un enfant

Lors de la soirée que nous évoquions en ouverture, un père se risqua à dire timidement : « *on ne se rend pas compte à quel point nos enfants autistes nous amènent à avoir des comportements aberrants* ». De fait, un pan entier de connaissances manque à notre corpus théorico-clinique : celles émanant d'études faites sur la puissance de l'influence que peut exercer un enfant handicapé mental sur son environnement familial et sur sa mère en particulier. Il suffit pourtant, pour en mesurer l'importance, de procéder à une petite expérience : partir en promenade en ville, seul avec un enfant arriéré profond ou autiste bas niveau : la totalité de nos repères culturels et affectifs vole en éclat et nous nous trouvons soudain absolument démunis, oscillant entre fusion et violence : le *réducteur de complexité* qui s'impose rapidement, pour avoir la paix, est de lui laisser faire ce qu'il veut, et cette paix a un prix, lourd : la honte face aux regards des passants ! Pourquoi en serait-il différemment avec une mère qui, elle, subit cette extraordinaire pression depuis la naissance de son enfant, pression associée à celles des terribles contraintes générées, chez la mère elle-même, par un ESPT et par le regard social ?

### 12. Pratique psycho-éducative et régulation épistémique

Les processus régulateurs de ces situations fréquemment rencontrées dans notre exercice d'analyse de la pratique, passent presque toujours par une relecture détaillée du dossier, laquelle permet à l'équipe de se recadrer en s'appuyant sur les évidences neurologiques du diagnostic et des diverses informations touchant à la période néo- et postnatale. Il va sans dire que la qualité du travail du neurologue ou du pédopsychiatre montre ici une importance non négligeable ; ce recadrage était plus difficile voici une vingtaine d'années, dans la mesure où beaucoup de diagnostics se réduisaient aux termes convenus suivants : « *encéphalopathie de cause indéterminée* », termes s'adressant indifféremment à des enfants psychotiques, autistes et déficients mentaux et, de ce fait, encourageant chaque école à une défense et illustration de ses pré-supposés.

Ce premier exercice accompli, nous passons au listage de nos propres performances médico-psycho-éducatives, face à l'enfant en question. Ce deuxième exercice constitue un appel systématique à une grande modestie. Dès lors, en effet, que nous renonçons à notre habitude d'attribuer nos échecs aux comportements maternels et que, donc, nous nous restituons notre part de responsabilité (Atlan et al. 1991), nous prenons la mesure de la faiblesse des résultats médico-psycho-éducatifs obtenus par nous ; ce constat génère inmanquablement (enfin) un processus empathique avec la mère concernée. Un nouveau niveau de réflexion et de travail éducatif peut alors commencer, de concert avec la mère et la famille dans son ensemble, travail se fondant toujours sur des bases modestes et réalistes, partageables entre équipe et parents (acquisition de la propreté ou manières de table, par exemple).

### 13. Recherche-action : quelques pistes

Depuis une dizaine d'année nous conduisons une recherche-action « à tiroirs » qui, après nous avoir permis de mettre en évidence les jeux subtils d'interactions entre équipes éducatives et leurs pensionnaires handicapés (Gaillard 1999, 2001), a ouvert à une étude quantitative sur la violence des jeunes handicapés entre eux (en cours de rédaction), puis sur l'influence exercée par l'enfant handicapé sur sa mère et sur sa famille. S'occuper seul, une journée entière, d'un enfant arriéré profond permet de prendre la mesure de l'influence qu'il peut exercer sur notre système émotionnel et sur nos capacités de rationalisation. Nous avons pu de même constater que, quels que soient les troubles associés (que nous ne qualifions évidemment pas de psychotiques), la violence de cette influence est inversement proportionnelle au degré de capacité « intellectuelle » de l'enfant. Cette influence, un enfant handicapé mental l'exerce en permanence sur sa mère ; lorsqu'elle a tenté mille fois d'obtenir un comportement « normal » de son enfant et que mille fois il a répondu par la même exigence violente de parasitage, alors elle cède et se soumet. La « *maladie normale* » que connaissent toutes les mères normales relève d'un jeu interactionnel nécessaire à la survie d'un nourrisson et cesse progressivement au fur et à mesure de l'évolution des besoins vitaux de l'enfant ; un enfant arriéré profond se conduit à chaque seconde de telle sorte que cette « *maladie normale* » ne cesse jamais spontanément, que sa mère le veuille ou non. Les reproches que nous en adressons aux mères n'y peuvent rien changer.

### 14. Les mères d'enfants handicapés profonds et moyens : que sont-elles en droit d'attendre des professionnels ?

La défiance témoignée par les deux mères citées en début d'article n'est que le résultat, inévitable, de nos comportements à leur égard. Nous manifestons en effet une permanente suspicion à leur encontre, attestée par les rapports médico-psycho-éducatifs présents dans les dossiers de leurs enfants, regorgeant de propos qu'il faut bien qualifier d'injurieux. Notre société, curieusement, n'exerce sur les acteurs psys du handicap aucune pression en termes d'obligation de moyens, là où les médecins somaticiens y sont assujettis de manière quasi-persécutoire.

Cette obligation de moyen pour les psys, relèverait, nous semble-t-il, avant tout du devoir :

- de nous informer des avancées scientifiques et techniques internationales concernant les troubles que nous prenons en charge ;
- de faire évoluer nos modèles au fil des avancées scientifiques et épistémologiques ;
- d'orienter les personnes dont il apparaît qu'elles bénéficieraient de soins ou d'accompagnement plus pertinents que ceux dont nous sommes capables avec nos moyens propres, vers des collègues d'obédiences différentes, dont les techniques sont connues pour être plus efficaces dans le domaine concerné ;
- ou, pourquoi pas, diversifier nos formations de façon à disposer personnellement de plusieurs modèles c'est-à-dire d'approches cliniques différentes.

Très concrètement, les mères d'enfants handicapés sont en droit d'exiger cela de nous. Même si, aujourd'hui, un nombre croissant de psys hésitent à lire, dans les comportements autistiques et arriérés de ces enfants, des causes psychogénétiques, ils franchissent encore rarement le pas suivant qui consisterait à cesser de postuler une toxicité de relations précoces mère-enfant et de s'entêter à juger les mères coupables des troubles du comportement et de la relation de leurs enfants. Cette posture, pensons-nous, ne témoigne pas d'un grand sérieux, du point de vue de l'obligation de moyens.

### 15. Que peuvent-elles attendre de nous ?

Nous-même, au premier entretien que nous avons avec une mère d'enfant handicapé, comme à chacune de nos conférences sur cette question, commençons toujours par demander aux mères d'enfants handicapés d'accepter nos excuses pour avoir contribué durant des années à leur mise en accusation à travers les modèles que nous avions promus dans le passé. Ces excuses, toujours acceptées avec gratitude et souvent avec des larmes de soulagement, constituent, nous semble-t-il, une base nécessaire à l'édification d'un partenariat qui ne soit pas une fiction (l'exploration des dimensions du traumatisme subi par elles en est une seconde).

Dès lors que psys et éducateurs ont accepté d'opérer cette régulation épistémique<sup>5</sup> par laquelle ils distinguent assez clairement entre *psychose* et *arriération* et qu'ils commencent à dessiner dans leur tête et dans leurs actes des enfants dont les dommages neurologiques les empêchent de construire spontanément des mondes relationnels, affectifs, cognitionnels suffisamment consistants et constants, des mondes dans lesquels l'attention conjointe, la permanence spatiotemporelle de l'objet, l'échange *alter ego*, le *fort-da*, sont absents ou perpétuellement évanescents, et qu'il faut travailler et retravailler sans cesse pour que naisse un embryon de relation, alors le regard qu'ils portent sur les difficultés des mères change radicalement. Leurs attitudes envers elles évoluent progressivement, passant de la réprobation-condamnation systématique à l'empathie, au soutien affectif, à la collaboration éducative et à la reconstruction identitaire. Les pères, curieusement, réapparaissent ;

<sup>5</sup> Pour des psychanalystes, il ne s'agit effectivement pas d'opérer ici une révolution épistémique, mais simplement d'en revenir à une rigueur conceptuelle minimale dont les éléments sont présents dans le corpus théoricoclinique de la psychanalyse depuis ses débuts.

bénéficiant de la même évolution dans le regard et les jugements des professionnels. Ils se montrent coopérants avec les équipes et efficaces dans le soutien de leur compagne.

À la question d'une collègue, demandant si ce renoncement des professionnels médico-psycho-éducatifs à la sécurité du système désignatif « *mères coupables par principe* », n'était pas narcissiquement très douloureux, nous avons pu répondre sans hésitation que, au contraire, les équipes concernées montrent un soulagement véritable, lié au constat rapide d'un accroissement de leur liberté d'innover, ainsi qu'un plaisir, lié à la soudaine richesse des liens relationnels et du travail ainsi rendus possibles avec les familles.

Au-delà et à partir de ce « nettoyage » épistémique, il apparaît que notre pratique de thérapeute, s'adressant à des mères d'enfants handicapés mentaux, en fait à leurs familles entières (Scelles 1997, Gaillard 1999, 2003) et aux équipes éducatives qui accueillent ces enfants (Gaillard 2001), doit se modifier notablement dans ses présupposés et dans ses objectifs. De même qu'un retour au Freud psychologue de la cognition<sup>6</sup> nous est utile (Freud 1920, 1925), de même sa prudence concernant le domaine épineux des névroses actuelles (Gaillard 2003), peut guider la réorientation de nos objectifs avec les mères d'enfants handicapés.

Nous avons insisté sur *l'état de stress aigu*, souvent suivi d'un *état de stress post-traumatique*, qu'il est possible de diagnostiquer chez un certain nombre de mères d'enfant handicapé. Prendre conscience de ce fait nous conduit à proposer à ces mères un soutien d'un type assez différent de celui qui, habituellement, va de soi pour un psychanalyste. Freud avait attiré l'attention sur ceci qu'une névrose actuelle (névroses d'angoisse d'abord [Freud, 1895], puis, plus tard, névroses traumatiques et névroses de guerre [Freud, 1919]) ne répond pas aux critères de la psychonévrose de défense et ne peut donc être abordée en référence aux destins divers de conflits infantiles. Nous dirions actuellement que ce type de trouble relève d'une forme élaborée de débriefing, c'est-à-dire d'une technique de régulation d'un état traumatique actuel, plus que de la psychothérapie (Gaillard 2003) ; une psychothérapie analytique peut produire chez une mère d'enfant handicapé des effets paradoxaux très négatifs, tels que le renforcement chronicisant de la douleur morale et de la culpabilité par déplacement d'affects, d'objets actuels (externes : la situation traumatique) vers des objets infantiles (internes).

Le soutien que nous pouvons proposer aux mères, et elles en ont toutes grand besoin, doit donc, quelle que soit sa forme, contribuer à la reconstruction de leur identité sociale, conjugale et, si possible mais le moins aisé, maternelle : il n'est en effet pas démontré qu'une femme, aussi courageuse soit-elle, puisse devenir la mère d'un enfant handicapé au même titre et selon les mêmes critères que ceux énonçables pour un enfant normal ; il n'est de même pas certain que cela soit exigible. Ce soutien doit en outre comporter la construction d'une alliance éducative, concrètement fondée sur des hypothèses de travail partagées et mises en œuvre entre parents et professionnels médico-psycho-éducatifs en charge de leur enfant, tant à la maison qu'à l'institution. Nous avons pu remarquer que, lorsque ce dispositif existe, l'ensemble des protagonistes en tire un bénéfice assez consistant : mère et

<sup>6</sup> « Pour l'organisme vivant, la protection contre les excitations constitue une tâche presque plus importante que la réception d'excitations. (...) Ce qui caractérise les organes des sens, c'est que le travail ne porte que sur de petites quantités des excitations extérieures, sur des échantillons pour ainsi dire, des énergies extérieures. » Freud, *Au-delà du principe de plaisir*.

père restaurent leur identité sociale et individuelle (il n'est pas rare qu'une mère qui avait renoncé à travailler trouve un travail), le couple restaure une identité conjugale le plus souvent détruite (ils s'autorisent, par exemple, à demander si on ne pourrait pas garder leur enfant un week-end entier pour qu'ils puissent partir tous les deux, une fois, enfin), la fratrie se voit délogée d'un carcan souvent à la limite du viable (les violations de territoire et les bris d'objets personnels cessent d'être constamment excusés par les parents qui, au contraire commencent à protéger les territoires de chacun), l'enfant handicapé accède à des apprentissages (plus de couches, manger avec une cuiller, sortir en ville sans se rouler par terre pour obtenir un objet) et donc à un niveau de socialisation qu'il n'avait pas encore connu et, enfin, les professionnels éprouvent un sentiment de travail bien fait qui leur était particulièrement difficile d'accès dans le contexte de « bras de fer » que leurs a priori théorico-idéologiques imposaient comme contexte inévitable de leurs relations avec famille et enfant. Il apparaît systématiquement que chaque progrès obtenu chez l'enfant en terme de capacités relationnelles mute en production de maternité. Ces progrès, les équipes psycho-éducatives les obtiennent grâce à la mise en œuvre de jeux d'interactions tels que ceux si bien rassemblés dans la *thérapie d'échange et de développement*, créée par G. Lelord et son équipe (Barthélémy et al. 1995), inspirés aussi par les travaux de JL Adrien (Adrien 1996).

En d'autres termes, aux conditions de nettoyage épistémique ici énoncées, associées à une créativité éducative suffisante, un travail agréable et fructueux avec les mères d'enfants handicapés mentaux est parfaitement réalisable.

## 16. Conclusion

La crainte a priori d'une supposée lenteur d'un travail construit de pair avec la famille et régulé par la mise en œuvre effective, au sein de la famille, des hypothèses de travail partagées, s'efface progressivement devant la stabilité des succès obtenus en termes de confiance mutuelle, d'amélioration des liens affectifs intrafamiliaux et de progrès éducatifs. Il s'avère alors que cette crainte relevait d'une surévaluation de nos capacités propres, associée à une sous-évaluation de celles des parents ; nous aimons répéter qu'elle relevait par-dessus tout de notre méconnaissance de ce que les compétences des familles et les nôtres sont un seul et même processus co-émergent d'une collaboration effective et paritaire.

## Annexe

DSM 4 [308.3] *État de stress aigu*.

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :

- (1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle ;
- (2) une réduction de la conscience de son environnement (par ex. « être dans le brouillard ») ;
- (3) une impression de déréalisation ;
- (4) de dépersonnalisation ;
- (5) une amnésie dissociative.

C L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêve, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.

D Évitement persistant des stimulus qui éveillent la mémoire traumatisme (par ex. pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (par ex. difficultés lors de sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

G La perturbation dure un minimum de deux jours et un maximum de quatre semaines et survient dans les quatre semaines suivant l'événement traumatique.

H La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'axe I ou de l'axe II.

(309.811) *État de stress post-traumatique*

B L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;
- (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse ;
- (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;
- (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
- (5) réactivité physiologique lors de l'exposition internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

- C Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et épuisement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;
  - (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
  - (3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
  - (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
  - (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
  - (6) restriction des affects (par ex. incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;
  - (7) sentiment d'avenir « bouché » (par ex. pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).
- D Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ;
  - (2) irritabilité ou accès de colère ;
  - (3) difficultés de concentration ;
  - (4) hypervigilance ;
  - (5) réaction de sursaut exagérée.
- E La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
- F La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

## Références

- Adrien, J.-L., 1996. Autisme du jeune enfant : développement psychologique et régulation de l'activité. Expansion scientifique française, Paris.
- Atlan, H., Koppel, M., Dupuy, J.-P., 1991. Complexité et aliénation, Formalisation de la conjecture de von Foerster. Les théories de la complexité : autour de l'œuvre d'Henti Atlan. Le Seuil, Paris.
- Barthélémy, C., Hameury, L., Lelord, G., 1995. L'autisme de l'enfant : la thérapie d'échange et de développement. Expansion scientifique française, Paris.
- DSM 4, 1996. Mini DSM-IV. Masson, Paris.
- Duchet, C., 1998. Troubles post-traumatiques et résistance au trauma. *Le journal des psychologues* (n° 160) Paris.
- Freud, S., 1895. Zur Kritik der Angstneurose. *GW* 1, 357-376.
- Freud, S., 1919. Einleitung zu Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, *GW* XII. 321-324.
- Freud, S., 1920. Jenseits des Lustprinzips, *GW* XIII. 3-69.
- Freud, S., 1925. Die Verneinung, *GW* XIV. 11-15.
- Gaillard, J.-P., 1999. L'éducateur spécialisé, l'enfant handicapé et sa famille. ESF éditeur, Paris.
- Gaillard, J.-P., 2001. Petites claques sur la tête et miracles furtifs : repousser les limites dans l'efficacité des acteurs éducatifs. *Revue Handicap* (n° 89) Paris.
- Gaillard, J.-P., Décembre 02, 2002. Choc traumatique et mémorisation : débriefing et débriefing différé. Une approche clinique et théorique de l'ESA et de l'ESPT. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* tome VII (n° 61).

- Gaillard, J.-P., 2003. L'enfant handicapé entre marteau et enclume : de la violence conjuglée à une mutualisation des compétences. *Revue Informations Sociales*, n° 112. « Handicap et famille ». CNAF, Paris.
- Lang, J.-L., 1995. cité par Mises et Perron in : *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF, Paris, pp. 1549.
- Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M., 1995. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF, Paris.
- Mises, R., 1985. 1995. les pathologies limites de l'enfance. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF, Paris, pp. 1347-1362.
- Munnich, A., 2002. la médecine génétique entre prédire et médire. Communication au Colloque CEFA Hérité génétique et héritage psychique. 6-7 décembre 2002, Paris.
- Scelles, R., 1997. *Fratrie et handicap*. L'Harmattan, Paris.
- Scilicet, 1973. Une étude : la remarquable famille Schreber. *Scilicet*, n° 4. Le Seuil, Paris.
- Smaga, 2000. Communication verbale. CEFA, Paris.
- Von Foerster, 2000. In Segall L. *Le rêve de la réalité*. Le Seuil, Paris.