



HAL
open science

**“ Une enveloppe à fleur de peau ”. La psychomotricité :
une relation thérapeutique contenant pour panser
l’enveloppe psychocorporelle défaillante des enfants
trachéotomisés**

Audrey Maquin

► **To cite this version:**

Audrey Maquin. “ Une enveloppe à fleur de peau ”. La psychomotricité : une relation thérapeutique contenant pour panser l’enveloppe psychocorporelle défaillante des enfants trachéotomisés. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359578

HAL Id: dumas-01359578

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359578>

Submitted on 2 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE -PARIS VI- FACULTE DE MEDECINE

SITE PITIE SALPETRIERE

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

« Une enveloppe à fleur de peau »

La psychomotricité : une relation thérapeutique contenante pour panser l'enveloppe psychocorporelle défaillante des enfants trachéotomisés.



Mémoire présenté par **Audrey MAQUIN**

en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Session : Juin 2016

Référent de mémoire : Mme Marion GIRAUD

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Tous les enfants que j'ai eu le plaisir de rencontrer durant mes stages, grâce à qui j'ai beaucoup appris tant sur la psychomotricité que sur moi-même.

Virginie DENIS, ma maîtresse de stage, pour son implication personnelle, sa disponibilité et les savoirs qu'elle m'a transmis tout au long de ma troisième année de psychomotricité.

Marion GIRAUD, ma référente de mémoire, pour son engagement et son accompagnement dans mon cheminement et ma réflexion tout au long de l'élaboration de mon mémoire.

Julie BOUGUET, mon autre maîtresse de stage, pour son soutien tout au long de cette dernière année d'étude, ainsi que pour sa participation à la relecture de mon mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
--------------------	---

THEORIE

I- LA TRACHEOTOMIE : UN SOIN AU CŒUR DE LA VIE DE L'ENFANT	9
A. LA TRACHEOTOMIE : UNE ALTERNATIVE A LA RESPIRATION	9
B. LES INDICATIONS DE LA POSE D'UNE TRACHEOTOMIE	10
1. Les causes de la pose d'une trachéotomie	10
2. Une alternative transitoire ou définitive ?	10
C. LES OBJECTIFS DE LA TRACHEOTOMIE	10
D. LES CONSEQUENCES POUR L'ENFANT	11
1. Les soins	11
2. La défaillance de l'axe corporel : contraintes posturales	12
3. Des limitations motrices	12
4. La perturbation de la zone orale	13
5. L'éloignement des parents	13
II- L'INVESTISSEMENT PARENTAL, PRELUDE DE LA CONSTRUCTION PSYCHOCORPORELLE DE L'ENFANT	14
A. LE ROLE ESSENTIEL DES INTERACTIONS PRECOCES	14
1. Les interactions comportementales	14
a) Les interactions corporelles	14
b) Les interactions visuelles	15
c) Les interactions vocales	15
2. Les interactions affectives	16
3. Les interactions fantasmatiques	17
4. La place du père dans les interactions	17
B. INVESTISSEMENT PARENTAL D'UN ENFANT MALADE	18
1. De l'enfant fantasmé au petit d'Homme réel	18
2. Le processus de deuil	19
a) L'annonce : le temps de la sidération, du choc	19
b) L'ambivalence des sentiments vis-à-vis de l'enfant	20
c) L'acceptation et la reconstruction	20
d) L'accompagnement	20

III-	ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE, FONCTION CONTENANTE ET IDENTITE : L'EMERGENCE DE L'ETRE.....	21
A.	LE CONCEPT D'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE.....	21
1.	L'enveloppe et sa fonction contenant.....	21
2.	L'enveloppe corporelle.....	22
3.	L'enveloppe psychique.....	22
4.	Du Moi à l'enveloppe psychocorporelle.....	23
B.	DE LA PEAU A L'ENVELOPPE.....	23
1.	Les fonctions de la peau.....	23
2.	De la peau à l'attachement.....	24
3.	Le Moi-peau et ses fonctions.....	25
a)	Un étayage sur la peau.....	25
b)	Les fonctions du Moi-peau.....	26
4.	Une peau psychique.....	27
C.	LES FONDEMENTS DE L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE.....	28
1.	Le berceau utérin.....	28
2.	Les soins maternels : un étayage corporel.....	29
3.	De la dépendance vers l'indépendance.....	31
4.	La théorie de l'étayage psychomoteur.....	32
D.	L'ARCHITECTURE CORPORELLE POUR DONNER VIE A L'ENVELOPPE.....	33
1.	Tonus : trame du mouvement et des émotions.....	33
2.	L'axe corporel : charpente du corps et de la psyché.....	34
3.	De l'enroulement à la verticalisation : de la dépendance à l'autonomie physique et psychique.....	35

CLINIQUE

I-	L'HOPITAL D'ENFANTS : UN LIEU DE VIE.....	36
A.	LE CADRE INSTITUTIONNEL.....	37
1.	Présentation générale.....	37
2.	La structure hospitalière.....	37
B.	LA VIE A L'HOPITAL D'ENFANTS.....	38
1.	Les partenaires de vie des enfants hospitalisés.....	38
a)	L'équipe médicale et soignante.....	38
b)	L'équipe paramédicale.....	38
c)	La psychologue.....	38
d)	L'équipe éducative.....	38
e)	L'équipe pédagogique.....	39
f)	La famille.....	39
2.	Le cadre de vie.....	39

3.	Le quotidien d'un enfant hospitalisé	40
a)	Le rythme journalier	40
b)	Les soins	40
C.	LA PSYCHOMOTRICITE AU CENTRE THERAPEUTIQUE	
	PEDIATRIQUE	41
1.	La spécificité et la place de la psychomotricité au sein de l'institution	41
2.	Le cadre thérapeutique	42
3.	Le bilan psychomoteur	42
4.	Le projet thérapeutique et les médiations	43
II-	MA RENCONTRE AVEC MATHIS	44
A.	SON HISTOIRE	44
B.	BILANS ET PROJET THERAPEUTIQUE	45
1.	Les bilans psychomoteurs.....	45
2.	Le projet thérapeutique	48
C.	PRISE EN CHARGE DE MATHIS : UNE ENVELOPPE A UNIFIER	49
1.	Préparation.....	49
2.	Les temps de change : la désorganisation physique et psychique	49
3.	L'enveloppement dans l'eau : sensation d'unité psychocorporelle.....	51
III-	MA RENCONTRE AVEC JULIA	52
A.	SON HISTOIRE	52
B.	BILANS ET PROJET THERAPEUTIQUE	53
1.	Les bilans psychomoteurs.....	53
2.	Le projet thérapeutique	56
C.	PRISE EN CHARGE DE JULIA : UN LIEN A TISSER	56
1.	Une mise à distance de l'autre.....	56
2.	Une enveloppe peu sécurisante	57
<u>DISCUSSION</u>		
I-	L'EFFRACTION DE L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE	59
A.	L'ARCHITECTURE CORPORELLE MALMENE	59
1.	Un corps malade et médicalisé	59
a)	La maladie chronique : l'usure psychocorporelle	60
b)	Les appareillages médicaux : un prolongement de leur corps ?	61
2.	Un corps affecté par l'hospitalisation.....	61

a) Un environnement dystimulant	61
b) L'hôpital : un cadre spatio-temporel restreint	62
B. L'INTEGRITE PSYCHIQUE MENACEE	63
1. Un corps privé d'interactions précoces, un psychisme affecté	63
2. La psyché malmenée par un vécu corporel affectée.....	65
3. S'agripper pour ne pas tomber	67
a) Perte d'appétence relationnelle	67
b) L'enveloppe défaillante : l'agrippement, mécanisme de défense	68
c) L'angoisse de la nouveauté	69
4. L'image du corps morcelée	70
II- L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE A PANSER : LA RELATION THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE, ETAI DE LA CONSTRUCTION DE L'UNITE PSYCHOCORPORELLE	71
A. REMODELER L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELE ECORCHEE	72
1. Le cadre thérapeutique : la contenance, les limites, le corps	72
2. Une relation sécurisante et contenant	74
3. Le corps du psychomotricien : médiateur des corps en relation	76
4. Rejouer les interactions précoces	78
5. Emergence d'un corps plaisir	78
B. DES MEDIATIONS CORPORELLES ENVELOPPANTES.....	79
1. Le portage.....	80
a) Une contenance physique et psychique.....	81
b) Une mise en forme du corps.....	81
c) Une relation de confiance à édifier	81
2. Le bain thérapeutique enveloppé.....	82
a) Les soins de développement.....	82
b) Une seconde peau	83
c) L'enveloppe en tissu.....	85
d) L'eau : une sensation d'enveloppe recrée.....	85
e) La verbalisation : un bain de paroles, mettre des mots sur les maux	85
3. Considérer l'appareillage médical dans la globalité de l'enfant	87
C. MON VECU ET MON POINT DE VUE	87
CONCLUSION.....	88
BIBLIOGRAPHIE	89
ANNEXES.....	94
GLOSSAIRE.....	97

INTRODUCTION

En service pédiatrique, nous rencontrons de nombreux bébés et enfants, prématurés pour la majorité, atteints de diverses pathologies essentiellement gastriques et respiratoires aux noms barbares. Ils nécessitent de nombreux appareillages pour survivre et bénéficient ou subissent de nombreux soins au quotidien. En effet, tous ces tuyaux, sondes et fils qui constituent comme un prolongement de leur corps désormais médicalisés, instrumentalisés et intrusés par des appareillages divers sont pourtant indispensables, vitaux. Parmi les multiples appareillages, la trachéotomie est celui qui m'a le plus interpellé, sans doute car elle est la plus visible. Cet outil permettant la respiration, donc la vie, vient «perforer» la peau, organe essentiel de l'enveloppe psychocorporelle. Cette-dernière est alors trouée, le vécu corporel et par conséquent psychique, en est affecté.

Ainsi, quel est l'impact de la trachéotomie sur le développement psychomoteur de ces jeunes enfants ?

En effet, ces enfants présentent généralement d'importants retards psychomoteurs ainsi qu'un certain désinvestissement corporel. Chaque patient a un vécu corporel qui lui appartient, est imprégné de son histoire familiale, mais nous observons des similitudes dans leur développement, notamment caractérisé par un comportement relationnel singulier commun à la majorité de ces enfants trachéotomisés. A travers cette particularité, ils expriment leur mal-être de diverses manières. Cela se manifeste parfois par un repli sur soi, une anxiété massive face à la nouveauté, ou encore la mise en place de mécanismes de défense tels que des stéréotypies.

L'environnement hospitalier est-il à l'origine de ces comportements relationnels singuliers ?

Le contexte d'hospitalisation en long séjour a de nombreuses répercussions sur l'enfant et sa famille. En effet, la séparation précoce mère-enfant met à mal les interactions précoces et les premiers liens d'attachement. Le «peau à peau» est discontinu, les bras contenant et rassurants de la mère sont moins présents voire absents lorsqu'il est trop difficile pour les parents d'investir leur enfant. Le nouveau-né hospitalisé se retrouve sans repère, entouré d'une multitude de soignants qui se préoccupent avant tout de son état de santé physique. L'environnement hospitalier est alors à la fois hyper-stimulant concernant les agressions sur le corps vulnérable du nouveau-né, et hypo-stimulant en soins relationnels qui habituellement nourrissent la vie psychique de l'enfant.

Ainsi, la trachéotomie et l'hospitalisation influent-ils la construction de l'unité psychocorporelle de jeunes enfants ?

Dès l'aube de sa vie, l'enfant trachéotomisé vit des expériences corporelles et psychiques, douloureuses. Aussi, il est urgent et nécessaire de pallier ce désinvestissement corporel et relationnel, de raviver l'élan vital qui sommeille en lui, afin qu'il puisse s'appuyer sur l'autre pour habiter son corps.

De ce cheminement de pensée est née la problématique suivante :

En quoi la thérapie psychomotrice permet-elle d'apporter une contenance à ces enfants trachéotomisés, et ainsi de panser leur enveloppe psychocorporelle jusque-là morcelée ?

Afin de répondre et d'illustrer ma réflexion tout au long de ce mémoire, je vais dans un premier temps présenter la trachéotomie avec ses causes, ses objectifs et ses conséquences. Puis, je montrerai l'importance de l'investissement parental de leur bébé et des interactions précoces dans la construction psychocorporelle du petit d'Homme, mais également la difficulté pour des parents en douleur d'investir un enfant malade. Je présenterai par la suite l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle, ainsi que l'architecture corporelle qui soutient son édification.

Dans un second temps, je présenterai l'institution dans lequel vivent ces jeunes enfants trachéotomisés. Je retranscrirai ensuite ma rencontre avec deux enfants trachéotomisés, Mathis et Julia, ainsi que leur évolution au cours de leur prise en charge respective en psychomotricité.

Dans un troisième temps, j'exposerai les conséquences de l'hospitalisation et de la maladie chronique sur le vécu corporel et relationnel, et par conséquent sur la vie psychique de ces jeunes enfants. Enfin je présenterai l'apport de la psychomotricité afin d'offrir une contenance à ces enfants et ainsi de panser leur enveloppe psychocorporelle écorchée.

THEORIE

I- LA TRACHEOTOMIE : UN SOIN AU CŒUR DE LA VIE DE L'ENFANT

A. LA TRACHEOTOMIE : UNE ALTERNATIVE A LA RESPIRATION

La respiration représente «l'ensemble des phénomènes permettant l'absorption de l'oxygène et le rejet du gaz carbonique par les êtres vivants»¹. La ventilation pulmonaire quant à elle correspond «au renouvellement de l'air des alvéoles pulmonaires, provoqué par les mouvements respiratoires»². Ainsi, la respiration et la ventilation ont pour fonction de fournir l'oxygène nécessaire pour l'ensemble des processus vitaux lors de la phase d'inspiration, et d'éliminer le dioxyde de carbone à l'expiration. Le muscle clé de cette respiration est le diaphragme qui s'abaisse lors de l'inspiration, et remonte à l'expiration.

La respiration est un besoin vital, lorsqu'elle dysfonctionne, une ventilation assistée* devient nécessaire. Il existe actuellement deux modes de ventilation assistée que sont :

D'une part, la ventilation non invasive (VNI), il s'agit d'un masque nasal ou naso-buccal qui apporte l'oxygène nécessaire à la ventilation satisfaisante du sujet.

D'autre part, la ventilation invasive par trachéotomie*, que je vais décrire ci-dessous.

Il est tout d'abord nécessaire de rappeler la distinction entre les termes «trachéostomie» et «trachéotomie». Le Pr. D. ROBERT, pionnier de la trachéotomie définit la trachéostomie comme «une ouverture permanente, la peau étant suturée à la trachée avec ou sans canule*»³, alors que la trachéotomie se définit comme «une ouverture temporaire de la trachée maintenue par un tube. Elle se ferme au retrait du tube»⁴.

En effet, la trachéotomie est une ouverture temporaire dans la partie haute de la trachée sous le larynx. Le maintien de l'ouverture nécessite la mise en place d'une canule dans le but d'aider à mieux respirer et de permettre, si nécessaire, le branchement sur un respirateur*. La trachéotomie réalise un court-circuit des voies aériennes supérieures (nez, bouche, oro-pharynx et larynx), elle permet ainsi leur libération, constitue le support ventilatoire et représente ainsi une ventilation mécanique invasive de longue durée. Cette intervention peut être réalisée en urgence ou dans le cadre d'un geste réglé.

¹ Dictionnaire Larousse, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/respiration/68685>

² *Ibid*, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ventilation/81424/locution?q=ventilation#176871>

³ Robert D., Journée thématique la trachéotomie de la fédération ANTADIR, 2010

⁴ *Ibid*

B. LES INDICATIONS D'UNE POSE DE TRACHEOTOMIE

La pose d'une trachéotomie en pédiatrie est une intervention lourde de conséquences pour l'enfant et sa famille, ce que je détaillerai par la suite. Ainsi, dans quelle mesure un jeune patient subit-il une intervention chirurgicale pour la pose d'une trachéotomie ? Cette alternative est-elle seulement transitoire ou définitive ?

1. Les causes de la pose d'une trachéotomie

La trachéotomie permet de faire face à des états de détresse respiratoire qui représentent une menace vitale pour le patient.

La pose d'une trachéotomie en pédiatrie est généralement indiquée dans le cadre de pathologies respiratoires, ORL, ou encore neurologiques. Les pathologies en causes ainsi que les âges de recours à la trachéotomie, sont donc très variés. La trachéotomie est envisagée chez une personne insuffisante respiratoire lorsque la respiration par les voies naturelles n'est plus efficace, même avec une ventilation non invasive. Dans la majorité des cas, elle sera tout de même associée à une ventilation assistée.

2. Une alternative transitoire ou définitive ?

La durée de pose d'une trachéotomie dépend de la pathologie et des besoins du patient. Elle peut ainsi être transitoire et durer quelques mois, mais elle peut également durer quelques années voire être définitive.

C. LES OBJECTIFS DE LA TRACHEOTOMIE

La trachéotomie présente plusieurs rôles fondamentaux. Respirer devient moins fatiguant grâce à une prise d'air supplémentaire qui arrive directement dans la trachée. Cela permet donc au patient de respirer sans utiliser le nez ou la bouche. Elle contribue également à une meilleure ventilation, plus confortable. De plus, cette aide à la respiration facilite l'apport en oxygène par une admission plus directe de l'oxygène dans les poumons. La trachéotomie permet également d'aspirer plus facilement les sécrétions bronchiques au moyen de sondes d'aspiration. Par ailleurs, elle permet de limiter les conséquences des troubles de la déglutition telles que les fausses routes qui provoquent un risque d'infection bronchique.

D. LES CONSEQUENCES POUR L'ENFANT

On retrouve dans la littérature un nombre limité d'études et d'écrits sur les enfants trachéotomisés. Par ailleurs, ces écrits s'intéressent peu au devenir de ces enfants ainsi qu'aux conséquences de cet appareillage intrusif pour le corps, et qui entrave le développement psychocorporel du petit d'Homme.

1. Les soins

La prise en charge d'un enfant trachéotomisé nécessite une hygiène rigoureuse afin de prévenir toute contamination et transmission. En effet, la trachéotomie est une porte d'entrée à l'infection, d'où l'importance des mesures d'hygiène à respecter. L'aspiration des sécrétions trachéales, le soin et le changement de canule, ainsi que le changement des cordons constituent des soins d'hygiène quotidiens et nécessaires mais qui peuvent être vécus comme désagréables et intrusifs.

L'aspiration endotrachéale est un soin important puisqu'elle permet de libérer les voies aériennes d'un encombrement bronchique, des sécrétions obstruant la trachée. Elle permet ainsi de favoriser une meilleure respiration sans effort. C'est en effet un des avantages de la trachéotomie, que de permettre l'élimination directe des sécrétions bronchiques. Lors de ce soin, une sonde branchée sur un appareil d'aspiration est introduite par la canule, afin d'aspirer les sécrétions gênantes. La fréquence des aspirations dépend de l'encombrement des enfants, et peut être réalisée plusieurs fois par jour. La présence de sécrétions à l'entrée de la canule et une respiration bruyante sont des signes indiquant la nécessité d'une aspiration.

Le soin de la canule consiste à nettoyer le pourtour de l'orifice de la trachéotomie à raison d'une fois par semaine. Si la canule est sale pour diverses raisons, elle doit également être nettoyée. De plus, les cordons entourant le cou de l'enfant sont régulièrement changés, la fréquence dépendant là encore de chaque patient. Ces soins hygiéniques sont essentiels afin d'éviter les irritations de la peau et le risque d'infection de l'orifice de la trachéotomie.

Le changement de canule, est le soin le plus invasif. Sa fréquence est variable selon chaque enfant, il peut s'effectuer environ tous les dix jours et plus souvent si nécessaire. Le changement de canule peut également être réalisé en urgence dans certains cas tels que la décanulation* accidentelle ou l'obstruction de la canule.

Ainsi, ces soins appartiennent au quotidien des enfants trachéotomisés et rythment leurs journées.

2. La défaillance de l'axe corporel : contraintes posturales

«Les postures assurent des fonctions de soutien, de maintien, de redressement et d'équilibration»⁵.

La canule chez le nourrisson prend une place importante au niveau de son cou. Elle empêche l'enfant de mettre sa tête dans l'alignement de l'axe du corps. Ainsi, nous observons fréquemment que les nourrissons porteurs d'une trachéotomie ont leur tête tournée préférentiellement du même côté. Ce qui induit généralement des tensions musculaires dans cette région du cou. Cela induit donc qu'ils conservent souvent les mêmes postures, créant ainsi une plagiocéphalie* posturale qui s'accompagne parfois de zones capillaires clairsemées à cause du frottement du matelas. Afin de pallier à cela, il est nécessaire de créer des installations adaptées à chaque enfant pour limiter cet aplatissement du crâne. Par ailleurs, nous observons que de nombreux enfants trachéotomisés présentent une hypertonie axiale et possède une forme de dos assez linéaire faisant penser à la forme du matelas.

3. Des limitations motrices

Le décubitus dorsal horizontal est délicat lorsque certains enfants trachéotomisés présentent des reflux gastro-œsophagiens et des vomissements. Le reflux risque de s'insérer dans la trachéotomie et ainsi de la boucher, ou alors de s'insérer dans les poumons. Or, le décubitus dorsal est une posture de base du nourrisson qui lui permet d'explorer ses potentialités motrices. Ainsi, les matelas sont généralement installés en proclive* afin d'éviter tout risque de bouchon ou d'étouffement lorsque l'enfant est seul dans son lit. Pour éviter que l'enfant glisse sur son matelas à cause de la pesanteur, il est installé dans un sac orthostatique* qui est attaché aux barreaux du lit et s'enfile comme une culotte. L'enfant est alors contraint de rester dans cette position, ce qui limite grandement sa motricité spontanée et la découverte de son potentiel moteur. C'est pourquoi l'intervention des psychomotriciens est essentielle dans la mise en place d'une installation pour veiller au confort du nourrisson, lui donner des appuis stables, et ainsi éviter les sacs orthostatiques.

Le développement psychomoteur passe par «la prise de conscience de l'organisation corporelle» via «des sensations proprioceptives des postures et des mouvements»⁶. Or, les contraintes médicales empêchent la mobilité de ces enfants trachéotomisés et entravent ainsi leur conscience corporelle.

⁵ Robert-Ouvray S., 1999, p.50

⁶ Dufoyer J-P., 1979, p.159

4. La perturbation de la zone orale

Les enfants trachéotomisés présentent des troubles de l'oralité ainsi que des troubles de la déglutition. Ces-derniers amènent à la mise en place d'une aide alimentaire comme une sonde naso-gastrique* ou une gastrostomie*. Ils sont donc nourris par nutrition entérale à débit continu (NEDC)*. Un travail sur l'oralité est alors mis en place, mais les temps de nourrissage ne s'effectuent pas dans une dynamique interactionnelle. La zone péri-orale fait l'objet de soins intrusifs qui agressent le corps. Or, l'oralité a une place importante dans le développement psychoaffectif de l'enfant, le désinvestissement de la zone orale a donc des répercussions sur le développement du petit d'Homme.

Le stade oral décrit par Freud représente la première phase du développement de la sexualité infantile. Le plaisir est d'abord essentiellement apporté par la bouche et la succion. Les lèvres, la cavité buccale, la langue mais également le tube digestif et les organes de phonation appartiennent à la zone bucco-labiale, première zone érogène que l'enfant utilise pour découvrir le monde. En portant les objets à la bouche, l'enfant fait l'expérience d'un dedans, et d'un dehors différencié de lui. Ainsi, lorsque l'enfant ne peut investir la zone orale, il ne perçoit pas ce qu'A. BULLINGER nomme «l'aspect hédonique» de cette partie du corps. De plus, ne pas pouvoir faire l'expérience du sein ou du biberon peut retentir sur la qualité de l'accordage mère-enfant.

Par ailleurs, la communication orale est entravée chez les enfants trachéotomisés. Pour créer la phonation, l'air remonte des poumons et arrive dans le larynx, et c'est la vibration de l'air sur les cordes vocales situées dans le larynx qui permet la parole. Avec une trachéotomie, le schéma habituel de phonation est remanié : l'air venant des poumons ressort directement par l'orifice de la trachéotomie sans aller faire vibrer les cordes vocales. Cela bouleverse ainsi la mise en place de la communication orale. Pour parler, il faut donc colmater cette fuite d'air à l'expiration par une valve de phonation* placée sur la canule de trachéotomie. Cela requiert cependant un apprentissage et une habitude pour réussir à parler et à conserver cette valve durant un certain temps. Or, la communication infra-verbale joue certes un rôle essentiel dans les interactions, mais les émissions vocales ont également une place importante dans les échanges avec l'environnement. Je développerai par la suite l'importance des interactions dans le développement de l'enfant, celles-ci étant entravées lors de l'hospitalisation précoce.

5. L'éloignement des parents

«L'hospitalisation conjugue les effets psychologiques de la maladie à ceux de la séparation d'avec le milieu familial»⁷.

⁷ Mazet P., Stoleru S., 2003, p.327

L'hospitalisation constitue une épreuve tant pour l'enfant que pour sa famille. Les parents se sentent alors démunis face à leur enfant en souffrance et vivent divers états psychiques mêlant à la fois culpabilité, impuissance et anxiété. De plus, les parents ont le sentiment de ne pas remplir leur rôle parental puisque ce sont les soignants qui procurent les soins nécessaires à l'enfant.

Ainsi, pour éviter la mise à mal du lien d'attachement, les soignants s'occupent des enfants mais ne prennent en aucun cas la place des parents. Ces-derniers conservent leur légitimité auprès de leur progéniture, ils sont accompagnés afin de construire et préserver les interactions parents-enfant, et sont invités à participer aux soins.

II- L'INVESTISSEMENT PARENTAL : PRELUDE DE LA CONSTRUCTION PSYCHOCORPORELLE DE L'ENFANT

A. LE ROLE ESSENTIEL DES INTERACTIONS PRECOCES

«L'interaction mère/nourrisson est aujourd'hui conçue comme un processus au cours duquel la mère entre en communication avec son bébé en lui adressant certains messages tandis que le nourrisson répond à sa mère par ses propres moyens. L'interaction mère/nourrisson apparaîtrait ainsi comme le prototype primitif de toutes les formes ultérieures d'échange. Dans cette conversation, les mots et les phrases sont remplacés, souvent chez la mère, toujours chez le bébé, par des messages extra verbaux»⁸. Il existe trois grands types d'interaction dans la relation parent/nourrisson décrite par S. LEOVICI.

1. Les interactions comportementales

Elles «se définissent comme l'ensemble des échanges directement observables entre la mère et son bébé suivant trois registres : corporel, visuel et vocal»⁹.

a) Les interactions corporelles

Les interactions corporelles résultent d'un corps à corps entre la mère et son enfant dans un espace de symbiose. Cette expérience de fusion, comme prolongement des mois de grossesse et «du fantasme de peau commune» décrite par D. ANZIEU, est nécessaire au bébé comme à la mère. En effet, «tous deux ont le sentiment de ne faire qu'un alors qu'en fait ils sont deux»¹⁰.

⁸ Lebovici S., Stoleru S., 1999, http://psycho.ru/fr/lebovici/1983/nourrisson_psycha16.html (article consulté le 20 avril 2016)

⁹ Lamour M., Lebovici S., 1989, p.5

¹⁰ Winnicott D.W., 1992, p.24

Afin d'illustrer cette période de fusion affective, H. WALLON développe la notion de dialogue tonique, prélude du dialogue verbal. J. de AJURIAGUERRA reprendra ce terme qu'il décrit comme «l'ensemble des échanges médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent, et la manière dont le bébé y répond ; il y a ainsi une véritable interaction entre les postures des partenaires et le tonus musculaire qui en est corrélatif»¹¹. Le dialogue tonique est ainsi un ajustement corporel réciproque, un système de correspondance entre le vécu corporel de la mère et de l'enfant. Par ses modulations toniques et posturales, le bébé exprime ses besoins et ses affects à la mère qui s'ajustera pour apaiser les tensions de son enfant. Selon M. GAUBERTI, le dialogue tonique est «le point d'ancrage corporel du discours, le premier espace des échanges marqués par le plaisir, la frustration, les désirs et les appels vers l'autre»¹².

Les contacts peau à peau sont primordiaux dans ces interactions corporelles car le tact est l'un des sens qui se développe le premier et qui contribue à la mise en place des premiers liens d'attachement. Ces interactions corporelles peuvent être illustrées par les notions de *holding* et de *handling* développées par D.W. WINNICOTT que je développerai par la suite.

b) Les interactions visuelles

«Le regard représente l'un des modes privilégiés de communication entre la mère et le nourrisson»¹³. A travers l'échange de regard, chacun des partenaires ressent un sentiment intense de reconnaissance mutuelle.

Selon D.W. WINNICOTT, «dans le visage de la mère, le nourrisson se voit lui-même»¹⁴. Le visage maternel joue un rôle de «miroir» pour le bébé, il s'identifie aux expressions faciales de sa mère. Le regard interactif favorise ainsi le processus de différenciation et la constitution de l'image de soi. «La mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit»¹⁵.

c) Les interactions vocales

Les cris et les pleurs du bébé constituent le premier langage du nourrisson. D'après Bowlby, ils jouent un rôle essentiel dans l'attachement et représente un «cordon ombilical acoustique». A travers ce premier langage, le bébé exprime ses besoins et ses affects.

Par ailleurs, la mère adapte son langage lorsqu'elle s'adresse à son enfant, la prosodie, la vitesse d'élocution, l'intonation sont autant de paramètres que la mère module pour entrer en communication avec lui. Le terme de «baby-talk» représente cette modification naturelle du

¹¹ Mazet P., Stoleru S., 1993, p.78

¹² Gauberti M., 1993, p.120

¹³ Lamour M., Lebovici S., 1989, p.5

¹⁴ Winnicott D.W., 1992, p.140

¹⁵ Winnicott D.W., 2002, p.155

timbre de la voix et du langage adoptée par la mère. «Par-là, l'enfant n'est plus le prolongement de la mère ; il est potentiellement un sujet «parlant» »¹⁶.

A la charnière des interactions comportementales et affectives vont se mettre en place des comportements de tendresse. Selon J. de AJURIAGUERRA et I. CASATI, ils sont au nombre de quatre tels que l'embrassement-étreinte, le baiser, les blottissements et les caresses. Ces instants de corps à corps privilégiés entre les deux partenaires vont jouer un rôle primordial dans la genèse des premiers liens d'attachement.

2. Les interactions affectives

Elles correspondent aux influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de la mère qui vivent dans un «bain d'affects»¹⁷.

Afin d'étayer ce mode d'interactions, D. STERN a développé la notion «d'accordage affectif» ou «harmonisation des affects» qui correspond à une communication intersubjective pendant laquelle le partenaire accueille et reproduit la qualité des affects du bébé par imitation mais sur un autre canal sensori-moteur. Le vécu émotionnel du bébé est alors accueilli et partagé avant même l'apparition du langage.

Selon S. ROBERT-OUVRAY, la mère a pour fonction d'affecter le corps de son enfant, elle met des mots sur les éprouvés et les affects du bébé. Elle précise qu'«en mettant des mots affectés sur les états toniques de son bébé, la mère lui signifie que ceux-ci ne sont pas destructeurs. La mère accepte voire aide à l'expression des sentiments, de l'agressivité, de la colère, à l'amour, qui appartiennent à l'enfant et qui sont constitutifs de son Moi naissant. Elle le prépare à être un sujet entier et ouvert, dans une relation constante avec son corps et avec l'autre.»¹⁸

Par ailleurs, la mère joue un rôle de pare-excitation pour son enfant. Cette fonction décrite par S. FREUD, consiste à protéger l'enfant contre l'excès d'excitations provenant de l'environnement, et contre la survenue brutale d'affects et d'émotions intolérables. D.W. WINNICOTT décrit également le rôle de pare-excitation de la «mère suffisamment bonne» comme une sorte de filtre qui régule la nature et l'intensité des stimulations externes qui arrivent au bébé. Pour cela, la mère use de sa «capacité de rêverie maternelle» et exerce ce que W. R. BION nomme la fonction alpha. Grâce à sa sensibilité particulière, la mère est capable de recevoir, comme si ils venaient d'elle, les sensations inassimilables «éléments bêta» que son enfant projette sur elle. La mère va ainsi les transformer en «éléments alpha» assimilables pour

¹⁶ Lamour M., Lebovici S., 1989, p.5

¹⁷ Lamour M., Lebovici S., 1989, p.6

¹⁸ Robert-Ouvray S., 2002, p.43

son enfant qu'elle lui restitue ensuite. Selon W.R BION, c'est la mère qui «telle un miroir vivant accueille, transforme et renvoie les projections de l'infans»¹⁹.

A travers cette fonction contenant, la mère alimente la vie psychique de son enfant, donne un sens à ses éprouvés, à son environnement et contient ses angoisses. Selon L. KREISLER, ce rôle de pare-excitation «est exercé par la mère avant que le psychisme de l'enfant n'ait acquis son fonctionnement protecteur autonome»²⁰.

Les interactions affectives ont également valeur de référence sociale. Cela signifie que l'enfant cherche, par un signalement émotionnel, une réassurance affective chez un tiers afin de décrypter une situation, un événement qu'il ne peut pas interpréter seul.

En outre, pour T. FIELD, «les mères apprennent à lire les manifestations affectives de leurs bébés (expressions du visage, vocalisations, regards) et modulent leurs stimulations pour s'adapter à leurs besoins individuels de stimulation et de régulation»²¹. Si l'accordage est harmonieux, une relation d'attachement peut alors s'instaurer et permettre un développement psycho-affectif satisfaisant.

3. Les interactions fantasmatiques

Elles évoquent les influences réciproques de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé. A sa naissance, le bébé a une place dans la vie psychique de ses parents. D'après P. BEN SOUSSAN, «le corps du bébé est en fait compromis dans les émotions et les fantasmes de ses parents qui s'incarnent en lui»²².

Le temps de la grossesse est un temps de fantasmatisation nécessaire. Ainsi, les interactions fantasmatiques donnent sens aux interactions comportementales. Elles animent l'enfant imaginaire «qui se développe avec le désir d'enfant et de grossesse : il est l'objet des rêveries de la future mère et il est la production des pensées latentes qui se développent dans son système pré-conscient»²³.

4. La place du père dans les interactions

Le père a un rôle primordial dans la séparation de la dyade mère-enfant. Vers les six mois du bébé, la période du narcissisme primaire basé sur les relations binaires laisse place à une organisation psychique différente, fondée sur la triangulation relationnelle. Le père est ainsi un partenaire ludique et stimulant de son enfant, il étaye ses découvertes motrices, son exploration du monde environnant ainsi que ses désirs d'autonomie. Il est possible de distinguer

¹⁹ Bion W.R. cité par Houzel D., 2010, p.108

²⁰ Kreisler L., 1989, p.389

²¹ Field T. citée par Lamour M., Lebovici S., 1989, p.6

²² Ben Soussan P., 1999, p.35

²³ Lamour M., Lebovici S., 1989, p.6

deux rôles attribués au père, le «paternage»²⁴ qui comprend les soins prodigués par celui-ci à son bébé, et la «paternalité»²⁵ qui correspond à sa place de tiers dans la relation fusionnelle entre la mère et son enfant.

Ainsi, c'est notamment à travers ces interactions précoces entre le bébé et son environnement qu'il va pouvoir passer d'une symbiose avec la mère, d'une enveloppe fusionnelle avec l'objet maternant à une enveloppe propre, différenciée et contenant.

B. INVESTISSEMENT PARENTAL D'UN ENFANT MALADE

1. De l'enfant fantasmé au petit d'Homme réel

L'enfant imaginaire et merveilleux, porté par toute grossesse est, selon FREUD, un véritable objet narcissique parental. Ainsi, la naissance d'un enfant «différent» et porteur potentiel d'un handicap constitue une épreuve pour les parents. Le nouveau-né porte en lui la déception des parents vis-à-vis de l'enfant rêvé.

L'arrivée au monde de ce bébé porteur d'une pathologie lourde qui laisse des traces corporelles comme notamment la présence de la trachéotomie, engendre une souffrance parentale insoutenable «qui met à rude épreuve leur identité de parent»²⁶. Ainsi, les parents ont «accès aux grandes manœuvres de la culpabilité et de la défaillance narcissique»²⁷.

Lorsque l'anomalie a été détectée durant la grossesse, les parents ont été informés et préparés, mais «la confrontation à la réalité de la représentation, imaginée jusque-là»²⁸ constitue cependant un choc lorsque l'enfant arrive au monde. Dans le cas où la «différence» est brutalement constatée à la naissance, elle rend cette découverte fortuite «inadmissible». Cette révélation est alors vécue comme une faute médicale.

2. Le processus de deuil

Une anomalie grave provoque chez les parents une succession d'émotions, dont l'intensité et la durée varient selon chaque individu. Ils doivent alors faire le deuil de l'enfant idéal.

²⁴ *Ibid*

²⁵ *Ibid*

²⁶ Ringler M., 2001, p.73

²⁷ Ben Soussan P., 2009, http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=SPI_051_0015#pa5 (article consulté le 21 avril 2016)

²⁸ Ben Soussan P., 2014, p.35

a) L'annonce : le temps de la sidération, du choc

Selon P. BEN SOUSSAN, il n'y a pas d'annonce heureuse, ni de bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle. Dans ce cas, «comment rendre intelligible ce moment dont le sens échappe à ceux qui le vivent ?»²⁹

Le choc initial entraîne un véritable état de sidération qui les met en état de «surdité psychique» : pendant un certain temps, ils ne peuvent entendre les informations, encore moins percevoir les nuances et comprendre la gravité réelle. Ils réagissent alors par le refus de l'anomalie et donc souvent de l'enfant qui en est porteur. Le temps se fige autour de cet  v nement traumatique. Les propos de parents témoignent de ce chaos : «c'était le ciel qui nous tombait sur la tête, le sol qui se dérobait, le coup de tonnerre dans un ciel serein»³⁰.

A la naissance de l'enfant, le déni est une manière de se protéger psychiquement contre l'impact de l'annonce. Parfois, le sentiment de rejet survient et se traduit par un désir de mort ou d'abandon, peu fréquemment exprimé par les parents.

«Par ailleurs, l'indifférence ne serait-elle pas la forme la plus civilisée mais aussi la plus redoutable du rejet ?»³¹

b) L'ambivalence des sentiments vis-à-vis de l'enfant

A la suite de l'annonce, divers sentiments vont se mêler et se succéder dans l'esprit des parents en souffrance.

La première réaction face à la différence est la peur. C'est la peur qui est à l'origine du silence, de l'évitement et de l'exclusion. Selon P. BEN SOUSSAN, «c'est elle qui se tapit derrière la fausse reconnaissance»³². Il ajoute également que «face au handicap, nous sommes pétrifiés»³³. La peur de mettre au monde un être atteint de handicap, un être venu d'ailleurs est alors prégnante. «L'enfant handicapé, par sa blessure, blesse le regard de l'autre». La colère peut alors apparaître chez des parents qui sont dans l'incompréhension et la révolte. Elle s'adresse ainsi au corps médical, à eux-mêmes ainsi qu'à leur enfant. Puis, l'angoisse de ne pas savoir comment agir face à ce petit d'Homme souffrant s'installe. La dépression peut s'en suivre, provoquée par la tristesse, l'impuissance et la culpabilité des parents.

Cet enfant porteur d'une «différence» étant le fruit de la procréation, les géniteurs de cette anomalie, s'interrogeront sur son origine et sont amenés à imaginer ce qui en eux a pu donner un jour un bébé anormal. Le couple parental se remet alors en question, «le handicap de l'enfant réactive toujours des fantasmes de procréation fautive et incestueuse»³⁴. Les parents

²⁹ Ben Soussan P., 2014, p.58

³⁰ *Ibid*, p.34

³¹ *Ibid*, p.11

³² Ben Soussan P., 2014, p.10

³³ *Ibid*

³⁴ *Ibid*

sont alors en empris de culpabilité. Malaise, honte, sentiment de déchéance s'invitent alors dans leur esprit.

c) L'acceptation et la reconstruction

D'après D.W. WINNICOTT, «l'acceptation de la réalité est une tâche sans fin»³⁵. Il est donc essentiel d'accompagner les parents dans cette phase qui leur permettra de commencer à se reconstruire, d'élaborer un projet autour de l'enfant, tout en préservant l'équilibre familial. L'évènement traumatique appartient désormais à l'histoire familiale. Progressivement, l'équilibre va se rétablir et «va s'effectuer un long travail de réorganisation qui va leur permettre d'accepter leur enfant tel qu'il est»³⁶ et ainsi d'envisager leur avenir avec ce petit être.

d) L'accompagnement

Dès les prémices de la rencontre des parents avec leur enfant, il est nécessaire de préserver l'attachement. Les parents éprouvent généralement une grande difficulté à accepter ce nouveau-né si différent de l'enfant fantasmé, à «l'adopter» et progressivement à l'aimer. C'est pourquoi il est primordial de rendre à l'enfant sa dignité de personne, il ne se réduit pas à l'anomalie qu'il porte, c'est un être à qui l'on peut s'adresser, et qui est à prendre en compte dans sa globalité avec ses caractéristiques et ses besoins qui lui sont propres. Ainsi, il faut permettre aux parents d'établir ces premiers contacts et liens, si importants pour l'avenir de la relation parents-enfant.

Parallèlement, il est indispensable de redonner confiance au couple parental. «Les parents qui viennent de mettre au monde un enfant «anormal» éprouvent une profonde blessure narcissique»³⁷. Ils ont besoin d'être rassurés dans leur compétence à être parents et donc à s'occuper de cet enfant différent. Pour cela, l'accompagnement dans leur parentalité nécessite de les impliquer autant que possible dans les soins, de ne pas les juger, ainsi que de s'abstenir de prendre les décisions à leur place.

En outre, il est indéniable qu'il faut élaborer un projet pour cet enfant et sa famille. «Les parents ont besoin de reconstruire un plan d'avenir pour leur enfant»³⁸. Sur ce chemin douloureux, les parents doivent se sentir soutenus pour accueillir et investir leur enfant. Il semble nécessaire de préserver l'équilibre familial, car dans ces situations très déstabilisantes, l'équilibre de la famille toute entière est menacé, alors qu'elle constitue le soutien primordial dans le développement de cet enfant en souffrance.

³⁵ Winnicott D.W. cité par Ben Soussan P., 2014, p.59

³⁶ Ben Soussan P., 2014, p. 35

³⁷ *Ibid*, p.38

³⁸ *Ibid*, p.39

La naissance d'un enfant différent nécessite une véritable démarche d'accueil du bébé et d'accompagnement des parents, soutenue par toute une équipe concernée et cohérente. Il est nécessaire d'offrir aux parents une chaleur humaine, une disponibilité, un entourage empathique et contenant afin que le sentiment initial d'échec, de culpabilité, d'incapacité se transforme en projet d'avenir, afin que le handicap se transforme en enfant, avant tout comme un autre, avec ses besoins, ses interactions, ses côtés gratifiants.

III- ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE, FONCTION CONTENANTE ET IDENTITE : L'EMERGENCE DE L'ETRE

A. LE CONCEPT D'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE

1. L'enveloppe et sa fonction contenant

La contenance est «la quantité de ce qu'un récipient peut contenir»³⁹. En outre, contenir signifie «avoir, comprendre en soi, dans sa capacité, son étendue, sa substance»⁴⁰.

Parallèlement, l'enveloppe se définit comme une «chose souple qui enveloppe, entoure». Au sens littéraire, elle «constitue l'apparence extérieur de quelque chose»⁴¹. Elle peut être décrite de façon générale comme ce qui entoure entièrement un espace et délimite alors un contenu. L'enveloppe représente comme une «surface protectrice membrane, coquille ou peau, qui pourrait symboliquement être mise en rapport avec la perception des frontières de l'image du corps»⁴².

Ainsi, ces définitions peuvent être mise en corrélation afin d'énoncer que l'enveloppe par sa fonction contenant, épouse plus ou moins la forme de quelque chose et permet ainsi de créer une interface entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui se situe à l'extérieur de celle-ci, délimitant ainsi un espace interne et un espace externe.

Selon D. HOUZEL, «ce qui est commun à toutes les types d'enveloppe est la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné»⁴³. Elle peut s'ajuster à l'objet qu'elle contient et même être une couche différenciée de cet objet comme c'est le cas pour l'enveloppe cutanée d'un être vivant.

A l'échelle humaine, nous pouvons étendre ce sujet à la question des enveloppes corporelles et psychiques, qui s'élaborent tout au long du développement de l'enfant, en appui

³⁹Rey A., 2006, p.274

⁴⁰ *Ibid*

⁴¹ *Ibid*, p.477

⁴² Anzieu D. cité par Houzel D., 2010, p.101

⁴³ Houzel D., 2010, p.9

sur l'interaction avec l'environnement parental. Ces enveloppes peuvent être imagées telles des membranes qui viendraient maintenir les parties du corps ensemble, mais aussi les affects, les représentations, les pensées, au service d'un sentiment d'unité d'être.

2. L'enveloppe corporelle

Selon M. GAUBERTI «c'est par les yeux et les mots et les caresses de sa mère que le bébé se voit unifié dans son reflet, c'est parce qu'ils ont fait corps ensemble et qu'ils ont accepté la séparation»⁴⁴, que l'enfant peut concevoir sa propre image du corps. Ainsi, c'est par le support du corps maternel, par leurs interactions que l'enfant peut progressivement construire et avoir conscience de son enveloppe corporelle stable et sécurisante.

D'après S. ROBERT-OUVRAY, nous pouvons envisager l'enveloppe corporelle comme une enveloppe fermée par des sphincters. Les orifices ouverts en début de vie se ferment progressivement grâce à la maturation neurologique mais également psychomotrice et psycho-affective pour devenir des sphincters contrôlés volontairement. Toutefois, si l'individu n'arrive pas à les contrôler, ils restent des ouvertures donnant une sensation d'enveloppe corporelle «passoire».

3. L'enveloppe psychique

Selon D. HOUZEL, «le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe sous l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur [...] et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes»⁴⁵.

L'enveloppe psychique décrite par cet auteur confère une stabilité et une contenance à la psyché. Elle est constituée de différents feuillets qui s'étayent les uns sur les autres dans la rencontre avec l'environnement.

Par ailleurs, cette enveloppe psychique possède plusieurs propriétés. Elle possède une face interne et une face externe délimitant ainsi un dehors et un dedans qui contient la psyché. Elle a de plus, un aspect de continuité, une densité et une l'élasticité qui lui permettent d'être à la fois malléable et consistante afin de maintenir sa cohésion lors de la rencontre avec l'environnement «Douée de ces propriétés, l'enveloppe psychique peut remplir ses fonctions de délimitation entre l'espace du monde interne d'un sujet et l'espace du monde extérieur, tout en assurant des communications entre ces deux mondes, donc en faisant preuve d'une certaine perméabilité»⁴⁶.

⁴⁴ Gauberti M., 1993, p.15

⁴⁵ Houzel D., 2010, p.23

⁴⁶ *Ibid.*, p.38

Ainsi, l'espace psychique et l'espace corporel sont intimement liés. La construction et l'autonomisation de la psyché dépend de l'état de différenciation et de cohésion du corps. Selon M. BRUCHON, «l'avènement d'un corps psyché est une étape nécessaire dans le développement du Moi et la différenciation de l'appareil psychique»⁴⁷. De ce fait, l'enveloppe psychocorporelle témoigne de l'étayage corporel de la psyché dans le développement du sujet.

4. Du Moi à l'enveloppe psychocorporelle

S. FREUD rapproche la notion de Moi à celle de l'enveloppe psychocorporelle. En effet, il attribue au Moi les fonctions de pare-excitation et de zone frontière entre le monde intérieur et extérieur. Cet auteur insiste sur l'étayage corporel du Moi et sur sa fonction de délimitation de l'appareil psychique en soulignant l'importance des sensations cutanées. Il précise que «le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps [...] et représente la surface de l'appareil mental»⁴⁸.

Ainsi, l'enveloppe psychique s'étaye sur l'enveloppe corporelle. La peau, lieu d'échanges entre la mère et l'enfant, est une enveloppe contenant et une membrane protectrice. Elle est le support de l'émergence de la conscience de soi et des limites corporelles puis progressivement de celles du psychisme.

B. DE LA PEAU A L'ENVELOPPE

1. Les fonctions de la peau

«La peau nous enveloppe complètement, comme une cape»⁴⁹.

La peau représente «l'enveloppe extérieure du corps»⁵⁰, mais également «l'épiderme humain»⁵¹. Cela signifie qu'elle possède les propriétés d'une enveloppe telles que la contenance et la délimitation entre un espace interne et le monde environnant. Elle représente ainsi l'enveloppe tactile ou cutanée.

Le tact est le premier sens à se développer durant la vie intra-utérine, les premiers récepteurs sensoriels sont présents dès la 7^{ème} semaine de gestation, et il contribuera à l'émergence de l'attachement. La peau est ainsi notre premier support de communication. Selon

⁴⁷ Bruchon M., 2004, p.23

⁴⁸ Freud S. cité par Houzel D., 2010, p.55

⁴⁹ Montagu A., 1979, p.9

⁵⁰ Rey A., 2006, p.956

⁵¹ *Ibid*

A. MONTAGU, la réussite du lien d'attachement est engendrée par le contact peau à peau et les premiers soins de maternage.

Par ailleurs, la croissance de la peau qui se poursuit tout au long de la vie, et l'épanouissement de sa sensibilité dépendent en grande partie des stimulations qu'elle reçoit de l'environnement.

L'importance des fonctions tactiles de la peau dans le développement psychocorporel de l'humain est inéluctable. «Pour le nouveau-né ou l'enfant, toutes les formes de stimulations cutanées qu'il reçoit sont de la plus grande importance pour le développement harmonieux de son corps et de son comportement»⁵².

La peau n'est pas une simple enveloppe recouvrant tous les autres organes et permettant au squelette d'éviter de s'effondrer, elle constitue un organe à part entière. De tous les organes des sens, la peau est le plus vital. Elle est l'organe le plus étendu du corps et assure, selon A. MONTAGU, quatre fonctions physiologiques. Premièrement, elle protège le corps des agressions et intrusions d'éléments étrangers. Deuxièmement, c'est un organe sensoriel. Le sens de la douleur transmis au cerveau grâce aux récepteurs sensoriels de la peau constitue un système d'alerte vital. Troisièmement, la peau représente un régulateur thermique. Et enfin quatrièmement, c'est un organe qui participe à la fonction métabolique du corps. Selon D. ANZIEU, elle «respire et perspire, elle secrète et élimine, elle entretient le tonus, elle stimule la respiration, la circulation, la digestion, l'excrétion et bien sûr la reproduction»⁵³.

La peau, organe recouvrant l'intégralité de notre corps, est ainsi notre contenant corporel de base qui contient ce qui nous constitue et qui témoigne de notre unité corporelle. Elle délimite un dedans et un dehors tout en permettant des échanges entre ces deux espaces, la peau joue un rôle essentiel de protection et d'interface entre soi et le monde environnement via ses récepteurs.

«Ce qu'il y a de plus profond en l'homme, c'est la peau»⁵⁴.

2. De la peau à l'attachement

Ainsi, J. BOLWBY émet l'idée qu'il existe une pulsion d'attachement non liée à la libido et indépendante de la satisfaction des besoins primaires tels que l'alimentation. L'attachement désigne «le lien affectif et social développé par une personne envers quelqu'un d'autre»⁵⁵. Il résulte, selon l'auteur, de comportements instinctifs qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité avec la mère ou toute autre figure substitutive. C'est un besoin social

⁵² Montagu A., p.32

⁵³ Anzieu D., 1995, p.36-37

⁵⁴ Valéry P., 1932, http://www.cantaltaxis.fr/pdf/dossierdeprese_mois_du_doc_2012_DEF.pdf

⁵⁵ Mazet P., Stoleru S., 1993, p.62

primaire et inné d'entrer en relation avec autrui, qui est fondamental dans le développement de la personnalité de l'enfant.

J. BOWLBY décrit cinq conduites de base comme conduites d'attachement que sont : la succion, l'étreinte (*grasping*), les actions de poursuite (poursuite oculaire, puis plus tard les déplacements), les cris ainsi que le sourire. Certains de ces comportements visent le maintien de la mère à proximité, et d'autres constituent des conduites de rappel visant à faire revenir la mère à proximité.

La figure d'attachement constituera la personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement. Par sa réponse positive, la mère contribue à renforcer ce lien et assurera une fonction de protection. Elle apportera alors à son enfant une sécurité et une confiance nécessaires au développement de ses potentialités psychiques ainsi qu'à l'exploration de l'environnement.

3. Le Moi-peau et ses fonctions

a) Un étayage sur la peau

Avec son concept de Moi-peau, D. ANZIEU met en correspondance les fonctions de la peau et celles du Moi, à l'image de la peau qui enveloppe le corps, le Moi-peau viendrait envelopper l'appareil psychique. Ainsi, le Moi-peau, surface psychique, par sa structure d'enveloppe, relie les diverses sensations vécues par l'enfant.

La notion est définie selon son auteur comme «une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif»⁵⁶.

Le Moi-peau est ainsi une forme de représentation du Moi étayée par les expériences sensorielles tactiles lors du «peau à peau» avec la mère. Il attribue à la peau trois principales fonctions telles que la contenance, la délimitation entre le dedans et le dehors, cette limite créée constitue une barrière protectrice des stimuli externes, et enfin la communication et les échanges avec l'environnement. La peau représente de plus une surface d'inscription des traces laissées par celui-ci.

Ainsi, selon D. LABALETTE, «Le concept de Moi-peau met en évidence l'importance des expériences sensorielles véhiculées dans une relation d'attachement positif, de maternage et de communication pour la constitution du Moi psychique»⁵⁷.

⁵⁶ Anzieu D., 1995, p.61

⁵⁷ Labalette D., 1989, p.21

Le Moi-peau résulte en partie des stimulations cutanées, des soins prodigués par la mère. En effet, les stimulations corporelles de l'environnement sur le corps du bébé fondent un Moi corporel qui annonce les prémices d'un Moi psychique.

b) Les fonctions du Moi-peau

D. ANZIEU attribuera huit fonctions au concept de Moi-peau qui s'étayent sur les fonctions de la peau.

«De même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, de même le Moi-peau remplit une **fonction de maintenance** du psychisme»⁵⁸. Le bébé fait l'expérience de maintenance du psychisme grâce à l'intériorisation du holding maternel, soit la manière dont la mère soutient le corps du bébé. Selon D. ANZIEU, «l'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale, comme arrête solide permettant de se redresser»⁵⁹. Par-là même, la mère soutient le psychisme de son enfant ainsi que son corps dans une sensation d'unité, mais elle lui offre également la possibilité de se maintenir physiquement par lui-même, capacité qui conditionne l'accès à la verticalisation.

«A la peau qui recouvre la surface entière du corps et dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes répond à la **fonction contenante** du Moi-peau.»⁶⁰ Cette fonction est exercée essentiellement par le handling maternel, soit les soins maternels prodigués à l'enfant. «La sensation-image de la peau comme sac est éveillée, chez le tout-petit, par les soins du corps, appropriés à ses besoins, que lui procure la mère»⁶¹.

La peau représente une barrière protégeant l'organisme des agressions extérieures. Le Moi possède également cette **fonction de pare-excitation**. Cependant, c'est initialement la mère qui joue le rôle de pare-excitation auxiliaire pour son enfant, «jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction»⁶².

«Par son grain, sa couleur, sa texture, son odeur, la peau humaine présente des différences individuelles considérables»⁶³. Ces dernières permettent «de s'affirmer soi-même comme un individu ayant sa peau personnelle»⁶⁴. Le Moi-peau assure une **fonction d'individuation du Soi**, qui apporte à celui-ci le sentiment d'être unique. Ainsi, avoir sa propre peau confère au sujet son identité.

La frontière entre le dedans et le dehors du corps est étayé par les diverses stimulations sensorielles de la peau qui modèlent l'enveloppe corporelle. La peau relie les différentes

⁵⁸ Anzieu D., 1995, p.121

⁵⁹ *Ibid*, p.122

⁶⁰ *Ibid*, p.124

⁶¹ *Ibid*

⁶² *Ibid*, p.125

⁶³ *Ibid*, p.126

⁶⁴ *Ibid*

sensations reçues par l'environnement. De même, le Moi-peau relie entre elles les sensations perçues et assure ainsi une **fonction d'intersensorialité** aboutissant à un « sens commun ».

La peau du bébé fait l'objet d'un investissement libidinal de la mère. Le plaisir procuré par les soins corporels apportés par la mère dans un «peau à peau», représente la toile de fond des plaisirs sexuels. De même, le Moi-peau remplit la fonction de **surface de soutien de l'excitation sexuelle**, surface sur laquelle s'inscrivent des zones érogènes. Le Moi-peau «capte sur sa surface l'investissement libidinal et devient une enveloppe d'excitation sexuelle globale»⁶⁵.

«A la peau comme surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes répond la fonction du Moi-peau de **recharge libidinale** du fonctionnement psychique, de maintien de la tension énergétique interne»⁶⁶.

La peau fournit, à travers les sensations tactiles qu'elle reçoit, des informations directes sur le monde extérieur. Le Moi-peau quant à lui, assure une **fonction d'inscription des traces sensorielles** tactiles. Cette fonction est renforcée par la mère qui lui présente les objets et l'environnement, en remplissant ainsi la fonction d'*objet presenting* décrite par D.W. WINNICOTT. Ainsi, «le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'une palimpseste, les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture «originaire» préverbale faite de traces cutanées»⁶⁷.

Selon D. LABALETTE, «le concept de Moi-peau met en évidence l'importance des expériences sensorielles véhiculées dans une relation d'attachement positif, de maternage et de communication pour la constitution du Moi psychique»⁶⁸.

4. Une peau psychique

A travers ses observations de la relation mère-bébé, E. BICK décrit la fonction psychique de la peau et montre la nécessité d'un objet externe capable de contenir les parties dispersées du psychisme. Celles-ci n'étant pas encore différenciées des parties du corps et n'ayant pas suffisamment de cohésion entre elles, elles doivent donc être maintenues ensemble grâce à la peau permettant une «limitation périphérique». La capacité de contenir les parties du Soi «résulte de l'introjection d'un objet externe capable de contenir les parties du corps»⁶⁹. Celui-ci se constitue lors de la tétée durant laquelle le bébé fait la double expérience de contenir le mamelon dans sa bouche, et d'être contenu par la peau de la mère qui maintient son corps, par sa voix, sa chaleur, son odeur familière. Ainsi, cette fonction de «peau psychique» est

⁶⁵ Anzieu D., 1995, p.127

⁶⁶ *Ibid*, p.128

⁶⁷ *Ibid*

⁶⁸ Labalette D., 1989, p.21

⁶⁹ Anzieu D., 1995, p.220

initialement rempli par la mère. L'objet contenant est alors perçu comme une peau. Le bébé introjecte ainsi la fonction contenante de la mère et s'y identifie progressivement. L'enfant peut alors accéder à la différenciation, et se sentir suffisamment contenu à l'intérieur de sa propre peau, peau psychique contenant les parties du Soi.

Si la fonction contenante est défaillante, le bébé éprouve des confusions identitaires, il cherche un objet contenant qui maintienne une attention unifiante sur son corps afin de maintenir ensemble les parties du Soi. Ainsi, «le mauvais fonctionnement de la «première peau» peut conduire le bébé à la formation d'une «seconde peau», prothèse substitutive, ersatz* musculaire, qui remplace la dépendance normale vis-à-vis de l'objet contenant par une pseudo-indépendance»⁷⁰.

Ainsi, c'est l'identification progressive à la contenance de l'objet maternel qui va permettre l'émergence d'un sentiment d'unité psychocorporelle.

C. LES FONDEMENTS DE L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE

1. Le berceau utérin

Durant neuf mois, le fœtus se développe au sein de la cavité utérine de sa mère. Cet espace contenant et sécurisant offre à l'enfant une toute première enveloppe. Il baigne dans le liquide amniotique et est entouré du placenta qui assure les échanges nutritifs avec la mère. Ainsi, un espace intérieur et un espace extérieur se dessinent tout en étant en interaction. L'enveloppe utérine est le lieu de stimulations sensorielles avant tout basée sur la peau. Ainsi, à travers ses expérimentations intra-utérines, le fœtus se constitue une enveloppe tactile. Au fil des mois, les compétences sensorielles se développent. Dès le 5^{ème} mois de gestation, le fœtus possède des capacités auditives, il perçoit alors les sons physiologiques, la voix et les intonations de la mère. Ce bain sonore interne et externe constitue une enveloppe sonore venant s'ajouter à l'enveloppe tactile.

Progressivement, le fœtus devient acteur du dialogue corporel en répondant aux sollicitations et en initiant des mouvements. Les interactions prénatales entre le fœtus et ses parents participent ainsi à l'investissement psychique de l'enfant par ses parents. Ces premières interactions affectives et fantasmatiques favorisent l'émergence d'une première enveloppe psychique. Ainsi, «l'utérus maternel fournit l'ébauche d'un contenant psychique ; il est vécu comme le sac qui maintient l'ensemble des fragments de conscience du début de la vie»⁷¹.

⁷⁰ Anzieu D., 1995, p. 220

⁷¹ Anzieu-Premmeneur Ch. citée par Bruchon M., 2004, p.13

Les enveloppes utérine, tactile et sonore fournissent au fœtus une contenance à la fois corporelle et psychique. Toutefois, la naissance entraîne un changement considérable avec le passage d'un milieu aquatique à un milieu aérien, la rupture du placenta qui constituait une enveloppe physique contenant. En effet, le nourrisson est soumis à de nombreuses modifications physiques, sensorielles et psychiques. Selon M. BRUCHON, «le nouveau-né quitte son abri utérin, ses enveloppes et perd la complétude des échanges spontanés. Ce passage du dedans au dehors le propulse dans un espace beaucoup moins contenant et sécurisant que celui qu'il a connu»⁷². Le sentiment d'enveloppe est alors mis à mal et le nouveau-né est confronté à des angoisses archaïques.

Ainsi, dès la naissance, les interactions précoces et les premiers «peau à peau» sont indispensables à la construction de l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant.

2. Les soins maternels : un étayage corporel

D.ANZIEU souligne l'importance chez l'être humain de la recherche de proximité, de contact, de protection physique, sur laquelle s'étaye le sentiment de soi, c'est-à-dire l'identité personnelle. Selon lui, le corps de la mère constitue une structure enveloppante, une surface contenant qui entoure l'enfant, l'enveloppe et le délimite.

«A l'occasion de la tétée et des soins, le bébé [...] est tenu dans les bras, serré contre le corps de la mère dont il sent la chaleur, l'odeur et les mouvements, porté, manipulé, frotté, lavé, caressé, le tout généralement accompagné d'un bain de paroles... Ces activités conduisent progressivement l'enfant à différencier une surface comportant une face interne et une face externe, c'est-à-dire permettant la distinction du dehors et du dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigné, surface et volume qui lui apportent l'expérience d'un contenant »⁷³. L'enfant se sent alors contenu dans une enveloppe qui l'unifie, le protège des agressions externes.

Progressivement il prend conscience de son corps, il s'approprie peu à peu les limites de son enveloppe corporelle contenant et sécurisante, grâce au soutien physique et psychique de la mère, support de l'individuation.

Selon S. ROBERT-OUVRAY, «pendant les premières semaines, la mère et l'enfant sont dans un système d'éprouvés toniques et sensoriels qui se transmettent sans cesse sur un mode infra-verbal»⁷⁴. L'ajustement tonique de la mère au corps de son enfant permet l'émergence d'un dialogue tonique. Cette notion de J. de AJURIAGUERRA, désigne l'ensemble des échanges entre la mère et l'enfant, médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, maintenu,

⁷² *Ibid*

⁷³ Anzieu D., 1995, p.61

⁷⁴ Robert-Ouvray S., 2002, p. 93

et la manière dont il y répond. C'est un échange dynamique où ont lieu des interactions entre les postures et la tonicité des deux protagonistes. Le nourrisson s'exprime alors à travers l'hypertonie de protestation et l'hypotonie de satisfaction. La capacité maternelle d'écoute corporelle et la faculté d'accordage de son tonus définissent un dialogue tonico-émotionnel permettant à l'enfant de sentir son corps comme étant rassemblé et unifié. Ainsi, la mère va permettre l'étayage corporel du développement du Moi de l'enfant.

Par ailleurs, selon D.W. WINNICOTT, la «mère suffisamment bonne» représente la mère dévouée qui fait de son mieux pour s'occuper de son enfant, elle peut avoir des défaillances mais est capable d'y remédier. Cela se construit conjointement entre la mère et son enfant qui lui renvoie ce qui fait défaut. Selon cet auteur, la constitution du Moi de l'enfant dépend du *holding* et du *handling* effectués par cette «mère suffisamment bonne».

Le *holding* fait référence aux comportements de maternage, au portage, à la manière dont l'enfant est tenu, porté, soutenu tant physiquement que psychiquement, par sa mère ou toute autre figure qui s'occupe de lui. Ainsi, le *holding* fait partie des besoins de base de l'enfant et lui permet de faire l'expérience de la sécurité grâce à la figure maternelle qui le protège et joue ainsi un rôle de pare-excitation. Le *holding* représente un mode de communication infra-verbale et permet la construction du Moi et du *Self*. En effet, «un *holding* suffisamment bon leur permettra de connaître un développement affectif très rapide et d'édifier les bases de leur personnalité.»⁷⁵

Le *handling* est une notion qui représente la façon dont la mère aborde, manipule le corps de son enfant. Il constitue également un élément essentiel de la construction de l'individu car il permet au tout-petit de réunir son corps et sa psyché grâce à des soins corporels adaptés.

Ces deux notions font appel au dialogue tonique, à l'accordage de cette dyade mère-enfant, et engagent les deux protagonistes sur les plans physique et affectif. S. ROBERT-OUVRAY évoque la notion de «*holding* moteur» pour décrire l'ensemble des situations relationnelles mettant en jeu les corps moteurs du bébé et de sa mère. Elle décrit également la notion d'enveloppe tonique qui constitue la première enveloppe corporelle du bébé sur laquelle vont s'étayer les enveloppes psychiques.

3. De la dépendance vers l'indépendance

Avant la naissance, la dépendance extrême du bébé se conçoit comme étant physique ou corporelle. Durant la vie fœtale, le petit d'Homme vit dans une plénitude où l'ensemble de ses besoins sont comblés.

Au début de sa vie aérienne, un bébé est dans une dépendance absolue vis-à-vis de son environnement et a des besoins, d'ordre corporel mais également psychique, à satisfaire. La

⁷⁵ Winnicott D.W., 1992, p.93

«préoccupation maternelle primaire» est l'état particulier dans lequel se trouve la mère dans la phase de dépendance absolue. Durant cette période, la mère est totalement obnubilée par son bébé et vit un moment de retrait par rapport au monde extérieur. Cet état normal est inscrit en elle de manière inconsciente, elle en porte la trace. «En réalité, seule la mère qui se consacre entièrement à son bébé pendant un temps peut s'adapter, bien ou suffisamment bien, à ses besoins.»⁷⁶ Cette capacité d'adaptation appartient au Moi de la «mère suffisamment bonne» qui soutient, suppléé celui de son enfant. «Leur bébé est naturellement leur unique centre d'intérêt et elles savent ce qu'il ressent.»⁷⁷ La façon dont la mère va porter, soutenir son enfant est fondamentale dans la construction d'un sentiment de sécurité indispensable pour le développement de la personnalité de ce petit être. Ainsi, cette fusion mère-enfant des premiers mois de la vie et de bons soins maternels permettent au bébé de découvrir son environnement, d'intégrer des expériences positives et de faire confiance au monde qui l'entoure.

Il peut alors progressivement entrer dans une dépendance relative où le nourrisson est capable d'envoyer des signaux à son entourage afin de satisfaire ses besoins. Il devient alors de plus en plus acteur de sa vie et commence à agir sur son environnement.

Au fil du temps, l'enfant accède à l'indépendance car il acquiert la capacité à se débrouiller en l'absence de la mère, c'est l'avènement de la capacité à être seul. L'enfant a intégré et gardé en lui les soins qu'il a reçus, il est alors capable de s'appuyer sur ces images internes pour combler des manques et parvenir à transformer un entourage défaillant en un entourage suffisamment bon.

C'est essentiellement à travers la relation tonico-émotionnelle avec la mère que l'enfant construit son enveloppe corporelle et psychique. L'intériorisation de ces enveloppes concourt au sentiment d'unité psychocorporelle. Se sentir contenu et unifié est primordial afin d'accéder à l'émergence du «sentiment continu d'exister».

4. La théorie de l'étayage psychomoteur (S. Robert-Ouvray)

A travers sa théorie de l'étayage psychomoteur, S. ROBERT-OUVRAY montre l'établissement des liens entre le corps et la psyché. Pour illustrer cette théorie, elle utilise la métaphore de l'arbre. Avant même sa naissance, le bébé prend racine à partir d'un terrain génétique et héréditaire, ainsi que dans les vécus intra-utérins. Au début de la vie jusqu'à ses six mois, le bébé vit dans une sorte «d'unité primaire psychocorporelle»⁷⁸ qui représente le tronc commun contenant les quatre niveaux d'organisation psychomotrice que sont les paliers tonique, sensoriel, affectif et représentatif. Le tonus représente la sève de l'arbre, l'élément

⁷⁶ Winnicott D.W., 1992, p.118

⁷⁷ *Ibid*

⁷⁸ Robert-Ouvray S., 1995, p.5

physiologique du désir psychique. Progressivement, les différents niveaux d'organisation psychomotrice qui s'étaient les uns sur les autres vont se différencier et devenir autonomes grâce, au dialogue tonique qui constitue le prélude à toutes formes de communication verbale et qui correspond à un ensemble d'ajustements toniques, sensoriels et affectifs entre les différents partenaires de l'échange. Ainsi, c'est par l'accordage entre la mère et son enfant que ce dernier peut expérimenter cette intégration psychomotrice. C'est à travers le *holding* que cette intégration psychocorporelle est possible.

Au début de la vie l'état tonique du bébé est caractérisé par une bipolarité psychocorporelle innée. Il est marqué par une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique. Dans cette dynamique, le bébé parcourt tout une gamme de tensions et de détentes entre deux extrêmes sensoriels que sont le dur et le mou.

A ces états toniques s'associent donc des sensations, et sur ces sensations s'élaborent un affect de plaisir ou déplaisir, d'agréable ou désagréable. La tension et le dur renvoient ainsi aux affects négatifs tant dis que la détente musculaire et le mou évoquent la satisfaction et le plaisir. Les variations toniques et sensorielles prennent alors une valeur affective et communicationnelle. Sur les niveaux précédents vont s'établir les représentations, caractérisées par les images mentales associées aux tensions, sensations et affects. A ce niveau-là, le bébé acquiert une représentation du bon et du mauvais objet.

Selon S. ROBERT-OUVRAY, «c'est dans une ambivalence rythmée entre satisfactions et frustrations inévitables que l'enfant cadre et construit son espace psychique. La relation d'amour qui accompagne cette dialectique est garante d'une intégration psychocorporelle satisfaisante»⁷⁹. L'intégration des extrêmes est donc indispensable pour assurer des limites aux espaces corporel et psychique de l'enfant. Le fonctionnement bipolaire du début de la vie est un système d'organisation fondamental du Moi, et lui permet de diviser le monde en deux : le bon et le mauvais, le plaisir et la souffrance.

Ainsi, le corps, étai de la psyché, est fondamental pour le développement psychique de l'enfant. Le tonus, étant l'un des fondements de l'architecture corporelle, joue donc un rôle primordial dans la constitution de la vie psychique et par conséquent de l'enveloppe psychocorporelle.

⁷⁹ Robert-Ouvray S., 2002, p.12

D. L'ARCHITECTURE CORPORELLE POUR DONNER VIE A L'ENVELOPPE

1. Tonus : trame du mouvement et des émotions

Selon A. COEMAN⁸⁰, dès la naissance le bébé présente une forme corporelle, une densité, une activité motrice en changement constant. Cette densité résulte du tonus, force de cohésion qui tient ensemble les parties du corps, qui relie les diverses sensations ressenties, elles-mêmes véritable nourriture psychocorporelle. En grandissant, le bébé présentera une organisation tonique individuelle et unique.

Le tonus, est le support essentiel et premier des émotions et des affects. Il participe pleinement à l'organisation et à l'équilibre de sa vie affective et représentative. Dès le début de la vie le tonus joue un rôle privilégié de communication infra-verbale entre le bébé et sa mère, et notamment à travers le dialogue tonique. Il permet l'expression des émotions, des besoins, du bien-être et du malaise de l'enfant à travers les deux pôles toniques que sont l'hypotonie de satisfaction et l'hypertonie de mal-être. Ainsi, la tonicité permet de se rencontrer soi-même ainsi que de rencontrer l'autre. Selon P. DELION, «le tonus nous propose une forme sensorielle de communication à travers une réalité visuelle et tactile. Les attitudes, la forme du corps dans l'espace nous imposent d'emblée une vision de l'état tonique de l'autre et nous met dans un état affectif particulier»⁸¹.

Le tonus est également la trame du mouvement, il représente la toile de fond indispensable à toute activité motrice, depuis le maintien de la posture jusqu'aux schèmes moteurs les plus élaborés. Tonus, posture et mouvement s'étayent les uns sur les autres et constituent des composantes de l'être, dans une influence réciproque avec le psychisme.

Selon B. LESAGE, tout ceci amène à penser le corps comme un «Moi muscle» permettant de ressentir et d'exprimer nos émotions à travers une attitude, une posture ou une action.

Les tensions musculaires constituent une «seconde peau» pour E. BICK, mais elles peuvent également être perçues comme un «second squelette», car le manque de solidité interne peut être, selon B. LESAGE, compensé par la tension musculaire.

La tonicité constitue la trame de l'existence, et exerce ainsi une fonction essentielle dans le développement du Moi. Le tonus participe à la cohésion de l'ensemble du corps. Ce maintien du lien entre les différentes parties du corps constitue une véritable contenance de soi. Le tonus soutient alors le sentiment d'unité psychocorporelle et d'individuation et constitue une véritable «enveloppe tonique» étayé sur l'enveloppe-peau.

⁸⁰ Coeman A., Raulier De Frahan M.H., 2004

⁸¹ Extrait de Delion P. dans son intervention «Enjeux cliniques autour de la grande bifurcation du musculaire et du langage», journées annuelles du SNUP, 2009

2. L'axe corporel : charpente du corps et de la psyché

Les différents volumes du corps que sont la tête, le tronc, et le bassin, se répartissent par rapport à l'axe anatomique. Il représente une ligne virtuelle autour de laquelle le corps s'organise. La verticalité se construit en empilant les volumes les uns sur les autres, la colonne faisant le lien entre chaque volume et relie la tête et le bassin. Ce-dernier relie le haut et le bas du corps, et le tout crée une unité de la tête aux pieds.

L'axe vertébral possède une double fonction, à la fois physique et psychique. L'enfant acquiert progressivement la fonction de soutien exercée à l'origine par sa mère et il accède à la verticalisation, en intégrant sa colonne vertébrale comme axe du corps, à la fois prolongement et rupture de l'appui trouvé par le corps maternel.

L'axe vertébral étaye la perception et la construction de l'espace ainsi que l'investissement de celui-ci. Ainsi, selon A. BULLINGER, l'axe corporel permet de relier les différents espaces droite/gauche, avant/arrière, et haut/bas, dans lesquels l'enfant déploie ses moyens instrumentaux et la préhension. Selon S. ROBERT-OUVRAY, le rachis permet à l'enfant de s'orienter dans l'espace et le temps par rapport aux objets et aux personnes. Il constitue le point d'ancrage de la représentation du corps, son intégration et son érection aident au processus d'individuation. «Il fera de l'organisme un lieu habité »⁸².

L'axe psychomoteur se construit dans la sécurité affective. L'enfant a besoin de se sentir soutenu, enveloppé par les bras de sa mère pour progressivement prendre conscience de son axe corporel. A cela s'associe alors l'hypotonie de détente relationnelle. L'axe psychomoteur se construit dans un bon dialogue tonique. En effet, le bébé a besoin d'expérimenter divers flux sensoriels, afin de constituer son enveloppe tonique.

Selon S. ROBERT-OUVRAY, la tonicité rachidienne évolue progressivement d'un état d'hypotonie, appelée la «mère rachidienne», à un état de forte tonicité, le «père rachis». En effet, l'hypotonie innée du début de la vie fait de l'axe maternel le premier lieu d'intégration de soi et du corps. Au fil du temps, le tonus du rachis augmente et devient plus fort grâce à l'intégration d'expériences sensorielles douces, de détente, dans les bras de la mère. L'enfant interagit avec le monde extérieur, explore sa motricité, ce qui donne naissance à un Moi psychomoteur. Au niveau psychique, le Moi se fortifie et s'érige dans l'espace intérieur de l'enfant. Ce-dernier découvre alors qu'il est différent de sa mère et peut agir sur son environnement.

Ainsi, «l'intégration psychique de l'axe corporel s'accompagne d'une intégration de l'axe psychique»⁸³. Il est donc nécessaire d'avoir une stabilité affective, une sécurité de base pour intégrer son axe corporel et acquérir son indépendance physique et psychique.

⁸² Bullinger A., 2004, p.143

⁸³ Robert-Ouvray S., Servant-Laval A., 2011, p.173

3. De l'enroulement à la verticalisation : de la dépendance à l'autonomie physique et psychique

La verticalité, spécificité humaine, s'exprime entre deux pôles que sont avoir «les pieds sur terre» et «la tête dans les étoiles». Elle est porteuse de valeurs narcissique, d'autonomie et de confiance en soi. La verticalisation est le processus de construction progressive de cette verticalité. Le contrôle du rachis se faisant dans le sens céphalo-caudal, ce processus commence par le maintien de la tête puis descend le long du corps.

L'enroulement et la verticalisation sont les fondements de l'organisation motrice de l'individu. Selon J. SANZ, «l'enroulement renvoie à la symbiose, au maternage, avec les notions de Holding et de Handling de D. WINNICOTT et la verticalisation donne la marche, la séparation, la distanciation et l'individuation»⁸⁴. Il est en effet une étape essentielle, à la base de la construction narcissique du sujet, à condition que l'enfant soit dans un environnement affectif suffisamment stable. L'enroulement favorise l'orientation du corps vers son centre, et la capacité à se protéger en se recentrant sur soi. D'après S. ROBERT-OUVRAY, «c'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'ouverture du corps vers l'extension et l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel s'étayeront»⁸⁵. Sur cet enroulement viendra prendre appui le redressement du tronc, la position debout, l'ouverture à l'environnement et l'autonomisation du sujet.

L'acquisition de la station assise constitue le début de l'intégration de la verticalité. L'enfant exerce alors la fonction de maintenance du Moi-peau, exercée jusque-là par sa mère. Après de l'expérimentation des premiers modes de déplacement, l'enfant accède à la station debout, la colonne vertébrale acquiert ses courbures naturelles. Progressivement, le petit d'homme parvient à faire quelques pas et accède à la marche. Selon M. GAUBERTI, «l'acquisition de la marche est une étape essentielle, hautement significative par la multiplicité de ses effets, tant sur la structuration de l'appareil psychique et de la sphère psychomotrice que sur la dynamique interactionnelle mère-enfant»⁸⁶. La marche confirme alors la différenciation, le décollement entre le corps de l'enfant et celui de sa mère est achevé. Le petit d'Homme expérimente l'alternance entre la séparation et le rapprochement, et vérifie la permanence des objets et de sa mère. La verticalisation du rachis et l'horizontalité du regard s'associent alors à la différenciation psychique.

Ainsi, en acquérant son autonomie physique, l'enfant acquiert également son autonomie psychique. Tout au long de la vie, le corps et la peau, éléments essentiels de l'enveloppe psychocorporelle, demeurent une surface d'ancrage de toutes nos expériences et de notre vécu.

⁸⁴ Sanz J., 2001, p.80

⁸⁵ Robert-Ouvray S., 2002, p.46

⁸⁶ Gauberti M., 1993, p.17

CLINIQUE

I- L'HOPITAL D'ENFANTS : UN LIEU DE VIE

A. LE CADRE INSTITUTIONNEL

1- Présentation générale

L'hôpital d'enfants est un établissement privé de soins de suite et réadaptation géré par la Croix Rouge Française, accueillant de jeunes enfants âgés de quelques semaines à 18 ans. Cette institution est pluridisciplinaire et assure la continuité des soins très médicalisés. Les enfants et adolescents accueillis, proviennent des centres de lutte contre le cancer ainsi que des services de pédiatrie des hôpitaux d'Ile-de-France, afin de poursuivre un traitement avant le retour au domicile familial.

2- La structure hospitalière

Le site est constitué de plusieurs parties dont, le bâtiment principal regroupant les différents services de soins et l'administration, une école, ainsi que le château hébergeant les familles des patients en situation sociale précaire ou qui habitent trop loin de l'hôpital notamment.

L'activité de l'établissement est donc répartie en deux pôles incluant plusieurs services différenciés :

- Le pôle d'onco-hématologie

Il se compose de trois unités et accueille des enfants, âgés de quelques mois à 18 ans, atteints d'une leucémie ou d'une tumeur maligne. Le pôle assure les cures de chimiothérapie, la surveillance et les traitements des périodes d'aplasie, ainsi que la rééducation des tumeurs osseuses.

- Le pôle de pédiatrie spécialisée

Il accueille des enfants âgés de quelques mois à 18 ans présentant des pathologies digestives avec assistance nutritionnelle entérale ou parentale, respiratoires avec ou sans assistance respiratoire, des pathologies du développement, métaboliques, ou encore hépatiques. Ce pôle est réparti en deux secteurs. Le secteur des «Petits», divisé en deux unités qui accueillent des enfants âgés de quelques mois à 6 ans. Le secteur des «Grands», également divisé en deux unités qui accueillent des enfants et adolescents de 6 à 18 ans.

Les enfants que je présenterai dans la suite de ma partie clinique vivent sur le secteur pédiatrique des «Petits». Ainsi, je m'attarderai principalement sur la description de la vie des enfants dans ce service.

B. LA VIE A L'HOPITAL D'ENFANTS

1- Les partenaires de vie des enfants hospitalisés

Dès leur arrivée, les enfants bénéficient d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire afin d'assurer une qualité de vie optimale à chaque patient.

a) L'équipe médicale et soignante

L'équipe médicale est composée exclusivement de pédiatres, répartie entre les différents pôles. Elle coordonne les soins et assure les prescriptions médicales, la prise en charge thérapeutique des patients, leur suivi régulier, ainsi que les relations avec les établissements adressant les enfants et leurs familles.

L'équipe soignante est celle qui est la plus présente auprès des enfants, qui prodigue les soins techniques, surveille les constantes vitales, réalise du *nursing*, et qui accompagne ainsi le patient au quotidien. Nous distinguons une hiérarchie parmi les professionnels de santé composant cette équipe. Le cadre de santé infirmier est responsable des soins des enfants dans un souci constant de qualité. Il est également l'interlocuteur privilégié concernant leur vie quotidienne. La puéricultrice et l'infirmière sont présentes 24 heures sur 24 auprès des enfants. Elles veillent à la santé des patients en dispensant les médicaments, les soins indispensables à la vie de l'enfant sous prescription médicale. L'auxiliaire de puériculture et l'aide-soignante assistent la puéricultrice et l'infirmière pour administrer les soins d'hygiène et de confort.

b) L'équipe paramédicale

La dimension paramédicale est assurée par les psychomotriciens, les kinésithérapeutes, ainsi que l'équipe diététique qui interviennent sur prescription médicale pour accompagner et soutenir le développement global de l'enfant. Leurs prises en charge sont réalisées sous la responsabilité du cadre de santé de rééducation.

c) La psychologue

Elle accompagne et veille à la santé psychique des enfants de l'hôpital.

d) L'équipe éducative

L'équipe d'éducateurs, répartie sur les différents pôles, a pour mission d'accompagner l'enfant et de l'encadrer pour lui permettre de s'adapter à sa pathologie tout en lui réapprenant la vie et les réalités quotidiennes. Elle favorise également son développement culturel et organise les loisirs, les activités, les jeux, les sorties en petit groupe.

e) L'équipe pédagogique

La dimension pédagogique est assurée par une équipe d'enseignants spécialisés de l'Education Nationale. Ceux-ci assurent aux enfants de l'établissement une scolarité de la maternelle au lycée. L'école met en place des projets de scolarité individualisés en partenariat avec les équipes éducative et soignante. Par ailleurs, l'équipe pédagogique de l'hôpital d'enfants prépare la sortie des enfants pour que chacun puisse bénéficier d'une continuité dans son cursus.

f) La famille

Les proches du patient sont bien évidemment des partenaires fondamentaux et indispensables à toute prise en charge globale d'enfants malades. L'accueil mais également l'hébergement des parents se sont progressivement développés au sein de l'hôpital afin d'éviter toute rupture des relations familiales, de soutenir les parents dans la prise en charge de la maladie de l'enfant, de trouver des solutions aux problèmes psycho-sociaux mais également de préparer le retour à domicile en formant les parents aux soins à administrer à leurs enfants. Les enfants peuvent être autorisés par les médecins à rentrer au domicile familial en permission durant quelques jours lorsque les parents sont formés aux soins nécessaires à l'enfant. Les visites à l'hôpital sont autorisées de 8h à 20h et sont fortement encouragées. Les parents ont à leur disposition plusieurs salles afin d'avoir davantage d'intimité avec leur enfant. Ils sont invités à participer à certains soins comme donner le bain par exemple, à participer aux repas et à certaines prises en charge. Un système de parrainage est mis en place pour les enfants dont les parents qui habitent trop loin, et pour qui les visites régulières sont difficiles.

Le travail pluridisciplinaire est au cœur des soins des enfants hospitalisés. Le partenariat entre les différents acteurs du quotidien des enfants hospitalisés est primordial afin de leur offrir un cadre sécurisant et des conditions de vie optimales.

2- Le cadre de vie

Concernant les services de pédiatrie spécialisée, le cadre est pensé pour être agréable, égayé par des décorations, des photos qui diffèrent selon l'époque de l'année. Ils sont constitués

de chambres, chacune pouvant accueillir deux enfants. Ils comportent également un carré central permettant le jeu spontané sous surveillance de l'équipe soignante, cet espace est séparé en deux parties : l'une pour les plus grands et l'autre pour les petits. Chaque service dispose également de salles d'activités éducatives, d'une salle à manger commune, une salle de repos pour le personnel soignant, et une salle réservée aux familles qui veulent passer un moment privilégié avec son enfant. Par ailleurs, certains services ont une petite salle de motricité à disposition pour les parents, les soignants, les kinésithérapeutes ou les psychomotriciens.

3- Le quotidien d'un enfant hospitalisé

a) Le rythme journalier

Au cours d'une journée, le rythme de l'enfant est marqué par les soins, les repas en salle à manger pour ceux qui ont accès à l'alimentation orale, mais également par des temps de jeu libre dans le carré central. Par ailleurs, les éducateurs proposent, pour les enfants qui ne sont pas scolarisés, des activités par petit groupe en salle éducative. De plus, certaines animations exceptionnelles, les fêtes de Noël, de Pâques, les anniversaires sont notamment organisés durant l'année, ce qui rompt le rythme parfois monotone de l'enfant hospitalisé. Les prises en charge paramédicales apportent également une autre dynamique au quotidien des patients et leur permettent de changer de cadre, de salle.

Toutefois, en cas d'isolement en chambre lorsque l'enfant est porteur d'un virus contagieux, d'une bactérie ou encore par protection, il ne peut bénéficier de cette variété de cadres et d'activités. Il est donc nécessaire, dans ce cas, de leur apporter une attention accrue et des sollicitations suffisantes afin qu'ils évitent de se replier sur eux-mêmes le temps de leur isolement.

b) Les soins

Les soins sont au cœur du quotidien des enfants hospitalisés, qu'ils soient invasifs ou non, ils sont essentiels au maintien en vie de ce corps médicalisé. Ils regroupent à la fois les soins d'hygiène corporelle tels que la toilette ou les changes, les mesures des constantes vitales, ainsi que les soins techniques, plus intrusifs, autour des appareillages pour les enfants porteurs de trachéotomie (changement de canule, de cordon, aspiration de la canule), de gastrostomie (branchement de la nutrition entérale à débit constant, nettoyage du bouton de gastrostomie), ou de sonde nasogastrique.

Par ailleurs, les parents sont encouragés à participer aux soins de leur enfant ayant pour objectif la mise en place de permission au domicile, voire par la suite, le retour définitif au sein de la famille.

C. LA PSYCHOMOTRICITE A L'HOPITAL D'ENFANTS

1- La spécificité et la place de la psychomotricité au sein de l'institution

Les enfants accueillis dans cet établissement ont souvent eu un parcours hospitalier long et douloureux en amont de leur admission, ce qui engendre de multiples incidences sur leur développement psychomoteur.

Actuellement, cet établissement comporte quatre psychomotriciens, le nombre de poste a augmenté au cours des dernières années en raison de la multiplication des demandes et de l'intérêt croissant des médecins pour la psychomotricité. Ainsi, cette profession en pédiatrie spécialisée a une place reconnue par l'ensemble des équipes médicales, soignantes, paramédicales et éducatives. Toutefois, la spécificité de la psychomotricité au sein de l'hôpital ne se situe pas dans une urgence de soins, ni dans la technicité contrairement aux personnels soignants et aux médecins. Elle nécessite de prendre le temps avec le patient, de suivre et de respecter la temporalité de l'enfant, le rythme des rencontres, des échanges. Ainsi, les temporalités des psychomotriciens et de l'équipe soignante s'opposent et ne s'accordent pas toujours car les soins centrés sur le maintien en vie du corps médicalisé priment sur les soins psychocorporels prodigués par les psychomotriciens. Néanmoins, les regards croisés de chaque professionnel sont indispensables pour comprendre l'enfant dans sa globalité. Le désir d'accompagner l'enfant dans son développement est ce qui unit l'ensemble des professionnels, cela permet ainsi de trouver une rythmicité commune, une continuité dans les soins prodigués à l'enfant.

La psychomotricité, dans ce contexte hospitalier, a pour but d'aider le patient à rétablir un nouveau lien de confiance avec son corps médicalisé, intrusé. Celui-ci n'est plus seulement le lieu d'expression de la maladie mais également lieu de plaisirs et de découvertes, ce qui lui est indispensable pour bien grandir. Le psychomotricien va lui apporter un vécu corporel positif, nécessaire à l'investissement corporel de ces enfants, afin qu'il retrouve ainsi un corps plaisir, réinvesti, habité. La psychomotricité vient ainsi soutenir leur développement, les amener à découvrir son corps et étayer leurs expériences corporelles et psycho-affectives qui sont mises à mal dans ce contexte d'hospitalisation.

A l'hôpital d'enfants, les psychomotriciens s'appuient essentiellement sur trois axes thérapeutiques, adoptés selon les besoins de chaque enfant qui sont estimés à l'aide du bilan psychomoteur :

L'éducation psychomotrice est un travail de prévention auprès de l'enfant et de son environnement, notamment par l'aménagement des espaces de vie, la mise en place d'installations au lit adaptées à la problématique propre à chaque patient, en conseillant les équipes et les familles sur les positions et les jouets les plus adaptés selon l'âge des enfants.

La rééducation psychomotrice consiste à traiter les retards ou les troubles psychomoteurs à l'aide de prises en charge individuelle et de groupe.

La thérapie psychomotrice s'articule autour des dimensions affective et relationnelle qui sont entravées par cet environnement hospitalier. Cela se manifeste alors par des symptômes corporels ou comportementaux (angoisse, agressivité, hyperactivité, inhibition...), et peuvent ainsi être à l'origine de l'apparition d'un retard psychomoteur.

2- Le cadre thérapeutique

Les psychomotriciens de l'hôpital d'enfants appartiennent au service de rééducation avec les kinésithérapeutes. Au sein de ce service, les psychomotriciens disposent d'une grande salle neuro-motrice⁸⁷. Cet espace est bien équipé en matériel, elle contient de nombreux modules de différentes tailles, formes et couleurs pour réaliser de grands parcours psychomoteurs, diverses balles, des tapis, des cerceaux, des tissus et bien d'autres choses. Elle est idéale pour réaliser à la fois des prises en charge individuelles et de groupe. Par ailleurs, le matériel est aisément transportable d'une pièce à l'autre et nous pouvons ainsi aménager l'espace à notre guise. Le service compose également une salle aménagée pour créer un espace de type Snoezelen qui contient un matériel diversifié de stimulation multi-sensorielle. Concernant la pédiatrie, les prises en charge sont souvent réalisées dans une petite salle du service à disposition de tous, l'espace y est plus contenant pour certains enfants.

Pour les enfants qui ne peuvent pas descendre dans le service de rééducation, en raison de la pathologie ou que le service du patient est isolé pour éviter la propagation du virus, les prises en charge sont réalisées soit dans une petite salle à disposition dans le service lorsque celui-ci dispose de cet espace, soit dans la salle éducative. Ces espaces sont certes plus petits mais par conséquent plus contenant pour les enfants qui nécessitent une réassurance importante. Toutefois, dans le cas où l'enfant est isolé, la prise en charge se déroule dans sa chambre.

3- Le bilan psychomoteur

«Le bilan permet de comprendre comment l'enfant vit et agit dans son corps. La disponibilité qu'il en a dans sa relation aux autres et à lui-même, au réel»⁸⁸.

Le bilan psychomoteur est réalisé sur prescription médicale, et sont généralement préconiser à l'arrivée de l'enfant, lorsque cela est nécessaire. La réalisation de ce bilan consiste à resituer le patient dans son développement, il permet de voir si ce-dernier est plutôt homogène ou au contraire hétérogène et ainsi d'évaluer ses compétences et ses difficultés. Les résultats du

⁸⁷ Annexe 1

⁸⁸ Bucher H., 2004, p.3

bilan permettent de décider si l'enfant nécessite une prise en charge psychomotrice. Par la suite, des bilans d'évolution sont réalisés au cours du séjour de l'enfant afin de réévaluer son développement psychomoteur, de percevoir si l'enfant connaît des périodes de progression, de stagnation ou encore de régression. Ainsi, cela permet de voir si son développement s'est davantage homogénéisé ou s'il reste épars avec des domaines psychomoteurs plus développés que d'autres.

Pour évaluer les capacités des enfants hospitalisés, et notamment pour les patients porteurs d'une trachéotomie, il est difficile et délicat de coter des tests standardisés adaptés à l'âge des enfants car les retards psychomoteurs sont souvent assez importants et certains domaines sont difficilement évaluables. C'est le cas notamment pour le langage en raison de l'absence de cet outil de communication orale chez les jeunes enfants trachéotomisés.

Toutefois, les psychomotriciens s'appuient sur différents tests comme base d'observation et d'évaluation des potentialités psychomotrices de l'enfant. Pour les plus jeunes, ils utilisent essentiellement «l'échelle de développement de la première enfance» d'O. BRUNET et I. LEZINE, ainsi que «le développement fonctionnel moteur du jeune enfant de 0 à 48 mois» de L. VAIVRE-DOURET. Pour les plus grands, les psychomotriciens utilisent divers tests standardisés tels que l'échelle de coordination motrice de CHARLOP-ATWELL, le test du bonhomme de F.GOODENOUGH, l'évaluation de motricité gnosopraxique distale de L. VAIVRE-DOURET notamment.

A la suite du bilan sont définies les modalités de prise en charge telles que le cadre spatio-temporel, le nombre de thérapeutes menant les séances, la fréquence et la durée des prises en charge, autour d'un projet thérapeutique individualisé.

4- Le projet thérapeutique et les médiations

Le projet thérapeutique est élaboré pour chaque patient et constitue la trame de la prise en charge. Il est bien évidemment personnalisé, adapté à l'enfant selon sa pathologie, son âge, son histoire, son parcours hospitalier. La psychomotricité au sein de l'hôpital d'enfants a pour objectif d'accompagner et de soutenir le développement de l'enfant malade, à son rythme, avec ses compétences et ses difficultés. Il faut prendre en compte l'enfant dans sa singularité et lui accorder une attention particulière qui le différencie des autres. Ce projet est réévalué en cours de prise en charge afin d'apprécier l'évolution du patient. Suite à l'élaboration du projet thérapeutique, le psychomotricien peut décider de réaliser des prises en charge individuelles ou de groupe pour l'enfant, voire parfois l'alliance des deux types de prise en charge.

Pour ces jeunes enfants hospitalisés, le projet thérapeutique vise à les aider à vivre et habiter leur corps, à retrouver un plaisir corporel, plaisir à jouer, grâce à des expériences sensori-motrices positives. Ceci va être mis en place au travers du jeu et des interactions entre

le patient et le thérapeute. Pour cela, il est nécessaire d'apporter un cadre thérapeutique contenant et sécurisant, où le psychomotricien engage son corps et sa personne afin d'adopter une posture étayante et soutenante pour l'enfant afin d'éveiller, de susciter son désir de se mouvoir, de découvrir le monde. Généralement, les enfants distinguent bien la psychomotricité des autres soins, ils perçoivent avant tout la dimension ludique de la prise en charge où il n'est pas question d'un corps malade mais plutôt d'un corps plaisir. Elle représente en quelque sorte une échappatoire au quotidien douloureux.

Les médiations utilisées par les psychomotriciens sont diverses, cela passe par le portage, le bain thérapeutique, les sollicitations sensori-motrices, la conscience et l'expression corporelle, la relaxation, le toucher thérapeutique, ainsi que l'exploration des niveaux d'évolution motrice à travers le jeu. Quelle que soit la médiation utilisée, elle joue un rôle de tiers afin d'instaurer une relation de confiance entre le psychomotricien et le patient, et de créer leur dialogue tonico-émotionnel. Ainsi, en s'appuyant sur le cadre humain et environnemental, l'enfant peut expérimenter et être acteur de son développement en vue d'investir son corps et de se l'approprier.

II- MA RENCONTRE AVEC MATHIS

A. SON HISTOIRE

Mathis est un petit garçon né à 28 semaines d'aménorrhée plus 4 jours, en urgence, par césarienne, au cours du mois d'avril 2014. Cet enfant prématuré* a donc été hospitalisé en néonatalogie, où il a bénéficié d'une prise en charge en psychomotricité, et a fait plusieurs séjours transitoires dans un autre hôpital parisien où il a été trachéotomisé durant la fin de l'été 2014.

Il a ensuite intégré l'hôpital d'enfants début juillet 2015 afin de poursuivre sa prise en charge respiratoire, avec un sevrage lent de la ventilation puis de la canule de trachéotomie sur plusieurs années. De plus, une aide au développement psychomoteur et une prise en charge des troubles de l'oralité sont préconisés pour cet enfant. Ce petit garçon présente une maladie des membranes hyalines*, une insuffisance respiratoire chronique* sévère secondaire à une dysplasie broncho-pulmonaire* et une trachéo-bronchomalacie*, mais il a également une sténose sous glottique*. Cet enfant n'est pas nourri par la zone orale, il bénéficie d'une nutrition entérale à débit continu (NEDC)*. Il possède alors un Nissen* ainsi qu'une gastrostomie* qui a été posée en avril 2015. Mathis présente, en outre, un surpoids, et a une importante plagiocéphalie occipitale. Concernant son développement, il présente un retard psychomoteur global avec des difficultés relationnelles prédominantes.

Les jeunes parents de Mathis rendent de moins en moins fréquemment visite à leur enfant. La relation mère-enfant est difficile car cette maman adresse les soins à son enfant de manière mécanique et ainsi privilégie peu l'aspect affectif, interactionnel des soins maternels.

B. BILANS ET PROJET THERAPEUTIQUE

1- Les bilans psychomoteurs

Le bilan psychomoteur étant une évaluation des capacités de l'enfant à un instant T, je choisis dans le cadre de mon mémoire de reprendre des éléments du bilan antérieur à mon stage au sein de l'hôpital d'enfants, afin de retracer l'évolution globale de Mathis depuis son arrivée. Pour réaliser les bilans psychomoteurs, le test étalonné utilisé est «l'échelle de développement de la première enfance» d'O. BRUNET et d'I. LEZINE. Toutefois, les capacités de communication orale ne sont pas évaluables pour Mathis car la présence de la canule de trachéotomie entrave les possibilités langagières.

- **Bilan de juillet 2015**

Lors de la passation du bilan, ce jeune garçon est alors âgé de 15 mois d'âge réel et de 12 mois d'âge corrigé. Mathis est un petit garçon souriant qui regarde sans appréhension particulière son interlocuteur. Il fait de larges sourires et peut exprimer son mécontentement, ses mimiques ont valeur de communication. Par ailleurs, ce petit garçon présente des mouvements stéréotypés tels que le balancement de sa tête, le mouvement de ses mains devant le visage, ou encore lorsqu'il attrape son pied pour se balancer. Il ne prend pas appui sur l'autre pour grandir et se développer, mais reste dans des jeux sensoriels dans lesquels il cherche souvent l'autostimulation. Ce jeune garçon observe beaucoup son environnement, il est capable d'aller chercher l'adulte du regard. Il peut ainsi être dans un échange relationnel adapté, mais ils sont très furtifs. Cet enfant retourne rapidement dans sa recherche de sensations en se coupant de la relation à l'autre. Mathis peut également s'agripper à un objet et le manipuler de manière stéréotypée sans se préoccuper de l'adulte à ses côtés.

Au niveau posturo-moteur, cet enfant présente une hypertonie axiale en passif ainsi qu'une hypotonie en actif, il n'a pas accès à l'enroulement. De même, il présente une hypotonie des membres. De même, Mathis ne tient pas encore assis seul, ni avec aide, il a tendance à «s'écrouler» en avant ou à se jeter en arrière quand il est mécontent, les réflexes parachutes ne sont pas toujours présents, sa motricité spontanée est pauvre, il ne présente pas d'intérêt à se mouvoir.

En conclusion, ce jeune garçon présente, selon l'échelle du BRUNET-LEZINE révisé, un développement psychomoteur global d'un enfant de 6 mois. Son développement est assez

homogène mais il garde un retard de développement psychomoteur global avec des difficultés relationnelles. Ceci peut être en partie causé par l'absence de communication orale, entravée par la trachéotomie. Mathis est souriant, prend plaisir à se mouvoir et à explorer des jeux sensoriels. Il présente des stéréotypies corporelles et d'objets assez fréquentes qui le coupent de la relation. Toutefois, les sollicitations extérieures lui permettent tout de même de revenir dans l'échange.

- **Bilan d'octobre 2015**

Ce bilan est un bilan neuro-psychomoteur réalisé par un médecin, à la demande et en présence de la psychomotricienne. Lors de la passation, Mathis a 18 mois d'âge réel et 15 mois d'âge corrigé. Il présente des difficultés relationnelles plus importantes que lors du précédent bilan. A son arrivée, il était extrêmement souriant, il était capable d'aller chercher l'adulte et pouvait être dans un échange relationnel adapté, ce qui est de moins en moins le cas. Mathis réagit et s'oriente lorsqu'il entend son nom et semble capable de comprendre le non. Il peut manifester son mécontentement, par de pleurs et de l'agitation, mais essentiellement lorsqu'il est inconfortable au niveau médical et corporel. Autrement, cet enfant accepte trop facilement la frustration et manifeste peu ses émotions. Il adopte parfois une conduite de réassurance en portant ses deux mains jointes près de sa bouche. Par ailleurs, cet enfant regarde un peu les jeux proposés et a tendance à présenter des jeux répétitifs et stéréotypés.

Par ailleurs, cet enfant n'exploite pas ses capacités motrices, il n'a toujours pas d'initiative, de désir de mobilité. Mathis présente une hypotonie axiale active avec une hypertonie passive qui est modérée ainsi qu'une hypotonie des membres. Lorsqu'on le met en position assise, semble beaucoup plus présent, plus disponible à l'environnement même si son intérêt est de courte durée. Il tient désormais assis quelques instants.

En conclusion, malgré une prise en charge en psychomotricité régulière Mathis, a énormément souffert des contraintes de l'hospitalisation, et notamment de rester au lit, mais il a également souffert de la diminution de la régularité des visites de ses parents.

- **Bilan de février 2016**

Lors de la passation du bilan psychomoteur d'évolution, Mathis a 22 mois d'âge réel et 19 mois d'âge corrigé. Nous avons constaté que ce petit garçon s'inscrit moins dans la relation, il passe beaucoup de temps dans sa chambre avec peu de visites de ses parents. La fin de l'année 2015 fut marquée par une hospitalisation dans son hôpital de référence, en raison d'une bronchiolite, durant trois semaines. A son retour, Mathis fut isolé quelques jours car son état de santé était fragile, il était alors peu disponible à la relation.

Cet enfant ne présente pas d'appétence particulière pour l'autre. Il a tendance à jouer de manière solitaire en se procurant des autostimulations et s'intéresse préférentiellement à ce qui

est en mouvement comme les mains notamment. Mathis prend encore beaucoup appui sur lui-même en recherchant toujours des sensations à travers notamment ses stéréotypies corporelles et d'objet, ce qui entrave ses capacités de relation. A ce jour, Mathis peut être dans l'échange grâce à des regards de courte durée mais plus présents, des sons qui lui permettent d'entrer dans un jeu relationnel par imitation, mais il n'y a pas de relance de la part de ce petit garçon. Cet enfant est capable de manifester son plaisir ou son déplaisir grâce des manifestations corporelles telles que des pleurs, une agitation motrice ou un sourire. Il peut également entrer en contact avec l'autre en touchant le bras, la main ou le visage de l'adulte. Ces échanges relationnels sont encore furtifs mais leur présence marque une évolution importante, cet enfant commence ainsi à interagir avec l'autre.

Par ailleurs, Mathis reste dans une certaine passivité motrice et sa régulation tonique n'est pas toujours adaptée. Il ne présente pas d'appréhension à être mobilisé, et a peu d'appétence à se mouvoir. Mathis est désormais capable de rester assis seul et peut se mettre assis en s'aidant des barreaux de son lit. Lorsqu'il est mécontent ou dérangé, sa motricité devient désorganisée et ce petit garçon ne peut être rassemblé qu'avec des comptines.

Cet enfant s'agrippe encore à un objet et l'utilise toujours de la même manière, ce qui le coupe de la relation avec autrui.

En conclusion, Mathis est un petit garçon qui présente un retard psychomoteur global. Selon l'échelle du BRUNET-LEZINE Révisé, ses acquisitions étant évaluées équivalentes à celles d'un enfant de 7 mois. Toutefois, «c'est plus la compréhension du sens du résultat que le résultat lui-même qui importe»⁸⁹. Ce petit d'Homme progresse à son rythme mais il possède des difficultés relationnelles persistantes qui entravent son développement. Les instants d'interaction sont aujourd'hui présents mais ils restent encore furtifs et manquent de pérennité. Mathis s'appuie beaucoup sur lui-même à l'aide de mouvements stéréotypés. Ce petit garçon s'accroche beaucoup aux fils des appareillages médicaux, jusqu'à se mettre en danger. Cet enfant est dans une certaine passivité motrice, et a très peu d'appétence pour l'autre et pour les objets, ce qui l'empêche d'explorer son environnement.

2- Le projet thérapeutique

«Le projet thérapeutique du psychomotricien s'efforcera de prendre en compte, non seulement le trouble dans son extériorisation, mais également les éléments qui le sous-tendent et son inscription dans l'histoire du patient, tant familiale, sociale, que scolaire...»⁹⁰.

Ainsi, le projet thérapeutique de Mathis prend en compte l'histoire de ce corps douloureux, intrusé, mais également la dimension psycho-affective faisant référence entre

⁸⁹ Mazet P., Houzel D. cités par Bourger P., 2008, p.75

⁹⁰ Bourger P., 2008, p.75

autres aux défaillances des interactions précoces causées par l'hospitalisation, ainsi qu'aux difficultés parentales à investir cet enfant. Compte-tenu de ses difficultés relationnelles non négligeables, Mathis est pris en charge en psychomotricité à raison de quatre fois par semaine.

Les axes thérapeutiques de cette prise en charge s'ancrent dans une dynamique relationnelle. A travers un dispositif thérapeutique adapté, il est nécessaire d'apporter à cet enfant, dans une relation d'étayage, une certaine contenance pour panser son enveloppe psychocorporelle malmenée et poreuse. Cela est indispensable afin qu'il puisse, en se sentant contenu, soutenu physiquement et psychiquement, entrer en relation avec autrui et s'appuyer sur l'autre pour explorer son environnement, faire émerger un désir moteur et relationnel, et ainsi se développer.

Pour cela, différentes médiations sont utilisées pour reconstruire l'unité psychocorporelle de cet enfant.

Concernant la prise en charge en psychomotricité, Mathis bénéficie, une fois par semaine, d'un bain enveloppé thérapeutique guidé par la psychomotricienne référente et moi-même, dans le but de recréer une enveloppe corporelle contenant et sécurisante afin qu'il soit plus disponible dans la relation à l'autre. De plus, la psychomotricienne réalise quotidiennement une séance individuelle avec cet enfant pour travailler le relationnel, la recherche de contenance par le biais du portage et de comptines.

Par ailleurs, Mathis bénéficie de prises en charge en co-thérapie. Ce petit garçon participe à un groupe à raison d'une fois par semaine, celui-ci est mené par la psychomotricienne référente de Mathis ainsi que la psychologue du service, afin de travailler sur l'aspect relationnel de ces enfants avec leurs pairs ainsi qu'avec les adultes. En outre, il bénéficie d'une prise en charge davantage motrice menée par un kinésithérapeute et la psychomotricienne référente de cet enfant.

C. PRISE EN CHARGE DE MATHIS : UNE ENVELOPPE A UNIFIER

La prise en charge de Mathis à laquelle je participe étant le bain thérapeutique, je vais ainsi retracer notre rencontre dans ce dispositif thérapeutique. Celui-ci a été mis en place à mon arrivée en stage à l'hôpital d'enfants en octobre 2015.

Le bain thérapeutique de cet enfant est ce que nous avons nommé un «bain enveloppé», cela signifie que nous enveloppons le corps de cet enfant par une grande serviette durant le temps d'eau et les temps de change. Tout au long de cette prise en charge, nous nous sommes questionnées, ajustées aux manifestations de Mathis. Nous avons également dû affiner notre organisation et nos rôles dans ce moment privilégié avec ce petit garçon en raison de ses

capacités motrices et attentionnelles, de son poids, ainsi que des contraintes médicales, des soins indispensables à lui procurer mais difficilement acceptés par ce jeune garçon.

Par ailleurs, la prise en charge a été interrompue durant trois semaines à cause d'une hospitalisation pour une bronchiolite. A son retour, Mathis était fragile, affaibli, peu disponible à la relation et se réfugiait dans le sommeil.

La séance se déroule en différents temps avec un premier temps de change, puis un temps dans l'eau et enfin un second temps de change. Je vais ainsi présenter l'évolution de Mathis durant ces différents temps de la prise en charge.

1. Préparation

Avant le début du bain thérapeutique, nous allons le voir dans son lit et se renseigner sur son état de santé du jour à son chevet, puis auprès de son infirmière. A notre arrivée, nous observons un petit garçon qui joue beaucoup avec les fils de ses appareillages médicaux, qui n'échange pas toujours un regard avec l'adulte qui s'approche de lui. Ensuite, nous préparons le bain et installons le matériel nécessaire. Lorsqu'il est équipé de son oxygène administrée par un stroller*, nous emmenons Mathis dans la grande salle de bain du service.

2. Les temps de change : la désorganisation physique et psychique

Les temps de change sont très compliqués avec ce petit garçon car il se désorganise totalement, il s'énerve et n'est pas disponible à la relation. C'est pourquoi nous avons adopté plusieurs installations au fil de la prise en charge afin de lui proposer différents positionnements. Une fois installé sur la table à langer, nous le déshabillons, Mathis ne participe pas au déshabillage, et dès lors que nous lui retirons ses vêtements ainsi que la couche, il se gratte énormément la peau et principalement le siège. Il se désorganise complètement et s'agite, ses démangeaisons semblent insupportables, cet enfant est alors très inconfortable. Ses vêtements semblent représenter une seconde peau protégeant le corps de ce petit garçon, sa propre peau étant défailante et lui procure des sensations désagréables. Ensuite, nous lui passons du savon sur le corps avant de le mettre dans la baignoire, car une fois qu'il est enveloppé dans la serviette, nous ne lui retirons qu'à la fin du bain. Mathis ne présente aucun intérêt pour son corps et ne regarde pas ce que l'on fait. Il reste passif et n'a pas d'appréhension à être mobiliser, comme s'il mettait son corps, objet de soins, à distance afin de se protéger d'un éventuel soin douloureux. Enfin, nous enveloppons son corps dans une grande serviette afin de le porter et de le déposer dans le siège de bain.

Durant le deuxième temps de change à la sortie du bain, nous passons différentes crèmes sur l'ensemble du corps de Mathis qui a la peau très abîmée et sèche, ce qu'il n'apprécie guère

et notamment concernant le visage. Durant ce temps de massage, ce petit garçon ne s'intéresse pas à son corps, ne le regarde pas, mais cela permet parfois de le contenir et de le rassembler. Lorsque nous lui retirons la serviette, ce petit garçon se désorganise, ses membres bougent donnant l'impression de ne pas être reliés au reste du corps. Ainsi, la question de l'installation se pose à nouveau. Nous nous efforçons de le laisser enveloppé au maximum, en découvrant une partie du corps pour lui mettre la crème ou l'habiller pour ensuite venir la recouvrir au plus vite. Ensuite vient le moment de l'habillage qui est difficile car Mathis ne participe que très peu depuis quelques semaines. De plus, cet enfant refusant souvent de rester allongé, nous sommes obligées de le porter afin de lui enfiler son pantalon. C'est à ce moment-là que j'ai remarqué que Mathis ne pousse pas du tout sur ses pieds lorsqu'on le met debout et qu'il a ainsi désinvesti le bas de son corps. Durant ces temps de change, ce petit garçon a une motricité désorganisée, et donne le sentiment d'avoir un corps morcelé, il s'énerve, s'agite, gesticule et semble s'échapper tant physiquement que psychiquement. Par ailleurs, ce petit garçon a parfois touché le corps de l'adulte pour se contenir. Lors d'une séance, il a posé, sa main sur le cou de la psychomotricienne afin de ressentir les vibrations des cordes vocales et a réitéré plusieurs fois cette expérience. Il s'accroche également aux cheveux de l'adulte, et s'est même accroché à mon bras lors d'un change. Ainsi, cela constitue peut-être le début d'un appui sur l'autre.

Durant ces temps de change, nous avons expérimenté différentes positions car nous avons constaté que lorsqu'il est allongé sur le dos, Mathis s'enferme dans ses autostimulations et rompt toute possibilité de relation. Nous avons par la suite adapté l'installation avec un plan incliné⁹¹ afin qu'il puisse davantage nous regarder, ce qui est plus difficile en position allongée pour les enfants trachéotomisés qui ne peuvent pas baisser la tête. Au fil des séances, Mathis désirant se mettre assis, nous avons retiré le plan incliné et nous l'accompagnons lorsqu'il désire s'asseoir. Cette position lui permet d'être beaucoup plus disponible à la relation, c'est essentiellement dans cette position que peuvent s'instaurer des jeux relationnels. Toutefois, elle n'est pas toujours pratique pour les changes, Mathis refusant désormais de rester allongé sur la table à langer. De plus, lorsqu'il se désorganise cet enfant se jette en arrière, il est donc indispensable de le sécuriser en lui offrant un appui dans le dos. Dans cette agitation, seules les comptines avec des gestes permettent de le rassembler et de l'apaiser car cet enfant est attiré par ce qui est en mouvement, et dans ce cas précis, par les mains de l'autre.

Lors du portage, Mathis est un enfant très difficile à porter car il ne présente pas d'accordage tonique lorsqu'il rencontre le corps de l'autre. Ce petit garçon n'échange aucun regard lorsqu'il est porté. Il ne se tient pas à l'adulte que ce soit avec les bras, ou avec les jambes et se met en opisthotonos. Ce petit garçon se laisse complètement porter, comme s'il semblait abandonner le poids de son corps dans les bras de l'autre.

⁹¹ Annexe 2

3. L'enveloppement dans l'eau : sensation d'unité psychocorporelle

Ensuite, nous enveloppons son corps dans une grande serviette et nous le portons pour le mettre dans le siège de bain. Dans la baignoire, Mathis a de l'eau au niveau du bassin car il est indispensable que la trachéotomie n'entre pas en contact avec l'eau. Ainsi, nous humidifions l'ensemble de la serviette en versant de l'eau sur l'ensemble de son corps, en essayant de capter son regard avec le bruit de l'eau qui coule, ou en chantant des comptines. Dès la rencontre de son corps avec l'eau, Mathis cesse de s'agiter, de se gratter le siège. Ce petit garçon semble contenu, rassemblé et s'apaiser. Il est alors attentif aux bruits de l'eau, et semble à l'écoute de ses sensations corporelles. Il est capable de s'inscrire quelques instants dans la relation, d'échanger des regards encore furtifs avec l'adulte mais progressivement plus nombreux au fil des séances. Au bout de quelques mois, Mathis commence à émettre des sons, des bruitages avec sa bouche que nous imitons et qu'il reprend en réponse, cela crée ainsi un jeu relationnel sur imitation. Par ailleurs, ce petit garçon a pu lors d'une séance, s'accrocher à ma main durant quelques instants, ce qui marque le début d'un appui sur l'autre. Cependant, cet enfant fuit beaucoup le regard d'autrui, il conserve de nombreux moments où il s'échappe de la relation en cherchant des stimulations diverses en balançant sa tête sur le siège, ou encore en recherchant les lumières au plafond et réalise du bruxisme.

Là encore nous avons adapté plusieurs fois l'installation de Mathis afin qu'il soit le plus disponible possible. Au début de la prise en charge nous l'installions en position semi allongée dans le siège de bain, puis au fil des séances cet enfant manifestant l'envie de se redresser pour voir l'eau qui coule, nous avons alors redressé davantage le siège. Toutefois, dans cette position les pieds ne sont plus maintenus par le siège, et sont moins bien enveloppés par la serviette, ce qui semble laisser place à davantage d'excitation et d'agitation variable d'une séance à l'autre.

Lorsque nous retirons la serviette humide pour le porter et l'envelopper à nouveau sur la table à langer dans une serviette sèche, Mathis commençait à s'agiter dès l'ouverture de la serviette. Nous avons donc changé de fonctionnement, avant même de le porter pour sortir de la baignoire, nous enlevons délicatement la serviette humide petit à petit en remplaçant immédiatement la parcelle retirée par la serviette sèche afin de conserver une continuité dans l'enveloppement. Cette enveloppe en tissu constitue pour lui une seconde peau qui l'apaise et lui permet de se rassembler dans une unité psychocorporelle.

Ainsi, la progression de Mathis au fil du temps reste très minime, ce petit garçon peut être totalement différent d'une séance à l'autre, sa disponibilité est très variable et cela va de pair avec son état de santé. Durant cette prise en charge, Mathis a connu une période de régression au niveau relationnel majorée par une longue hospitalisation qui l'a beaucoup fragilisé. A ce jour, cet enfant recommence à échanger quelques regards, et retrouve parfois son sourire mais cela reste peu fréquents et de courte durée. Il montre des tentatives d'appui sur

l'autre par le toucher notamment mais cela reste fragile et non permanent. Mathis s'appuie encore beaucoup sur lui-même et se coupe de la relation en s'enfermant dans ses stéréotypes. Son enveloppe psychocorporelle nécessite encore d'être restructurée et consolidée dans le long terme.

III- MA RENCONTRE AVEC JULIA

A. SON HISTOIRE

Julia est une petite fille née à 38 semaines d'aménorrhée plus 6 jours durant le mois d'avril 2014. Elle présente un diagnostic anténatal de hernie diaphragmatique* gauche avec passage de l'estomac et de grêle dans la région thoracique. A sa naissance, elle a été prise en charge en réanimation néonatale. La première intervention chirurgicale a lieu au 4^{ème} jour de vie de cette petite fille, au décours de laquelle, plusieurs épisodes de dégradation de l'état respiratoire. Intubée depuis la naissance, cette petite fille a montré de nombreux signes de détresse respiratoire témoignant d'une insuffisance respiratoire chronique*, qui a conduit à la pose d'une trachéotomie* effectuée fin mai 2014 à l'âge de 1 mois.

D'autre part cette enfant présentait des reflux gastro-œsophagiens*, elle a ainsi eu un Nissen* avec une gastrostomie* en juillet 2014, elle est d'ailleurs nourrie par nutrition entérale à débit continu.

Cette petite fille est arrivée à l'hôpital d'enfants fin septembre 2014, peu de temps après elle a refait un cours séjour dans un hôpital parisien en raison d'une nouvelle décompensation respiratoire. Cette enfant a intégré l'hôpital d'enfants afin de poursuivre sa prise en charge respiratoire avec sevrage lent de la ventilation* puis de la canule de trachéotomie, ainsi que pour l'accompagner dans son développement psychomoteur et traiter les troubles de l'oralité.

La mère de Julia est très présente et disponible, elle rend visite quotidiennement à sa fille. Cette petite fille est ainsi stimulée par sa maman qui demande des conseils, s'investit et respecte le rythme de sa fille et lui apporte la contenance et la réassurance nécessaire à son apaisement. Toutefois, elle n'a pas réellement conscience des difficultés relationnelles de son enfant. Cette maman participe aux soins de Julia et lui donne régulièrement son bain, instant privilégié d'interactions entre cette mère et son enfant. De plus, Julia rentre très régulièrement au domicile familial car elle bénéficie de permissions de deux nuits par semaine.

B. BILANS ET PROJET THERAPEUTIQUE

1. Les bilans psychomoteurs

Le bilan psychomoteur étant une évaluation des capacités de l'enfant à un instant T, je choisis, comme pour Mathis, de reprendre des éléments du bilan antérieur à mon stage au sein de l'hôpital d'enfants, afin de retracer l'évolution globale de Julia depuis son arrivée. Le test étalonné utilisé comme support pour les bilans psychomoteurs est l'échelle de développement de la première enfance d'O. BRUNET et d'I. LEZINE. Toutefois, les capacités de communication orale ne sont pas évaluables pour Julia car la présence de la canule de trachéotomie entrave les possibilités langagières.

• Bilan de février 2015

Lors de la passation du bilan, Julia est alors âgée de 10 mois. Cette petite fille est très anxieuse qui a besoin de beaucoup de temps pour s'habituer et accepter la présence d'un adulte non familial. Lors des premiers mois, il était nécessaire de rassurer grandement cette petite fille par des comptines, identiques d'une séance à l'autre afin qu'elle reconnaisse la psychomotricienne et accepte sa présence. Julia est très sensible aux changements et il lui est difficile de sortir du lit qui semble être son environnement rassurant et contenant. Toutefois, elle peut aller en salle de psychomotricité mais conserve une hypervigilance manifestée par une hypertonie globale, l'observation accrue de l'espace environnemental et peu d'échanges de regard. Les stimulations extérieures telles que les comptines, le toucher, les bruits sont perçues et subies comme une agression et très vite Julia se désorganise, s'agite et pleure. Elle a donc un très fort besoin de réassurance et a tendance à se réfugier dans le sommeil ou dans les pleurs quand la relation devient trop angoissante pour elle.

Par ailleurs, cette petite fille commence dans un cadre rassurant à se mouvoir un peu mais sa motricité est très saccadée, elle est principalement dans l'observation de son environnement. Cette petite fille n'a pas d'enroulement du bassin et présente une hypertonie axiale réactionnelle et passive et une hypotonie en active. En revanche, cette enfant possède une hypotonie des membres en passif et une certaine hypertonie en actif.

Cette petite fille attrape les objets du bout des doigts car elle présente des irritabilités tactiles et une anxiété majeure à toucher des objets.

En conclusion, Julia est une petite fille qui présente une anxiété massive et globale, tant au niveau moteur et relationnel. Elle présente un retard de développement psychomoteur global, ses acquisitions sont cotées à 3 mois selon l'échelle du BRUNET-LEZINE révisé. Cette enfant pleure beaucoup et se réfugie souvent dans le sommeil. Elle est peu mobilisable et a besoin de contenance et de repères stables pour s'investir dans une relation.

- **Bilan de juillet 2015**

Lors de la passation du bilan, Julia est alors âgée de 15 mois. Cette enfant a beaucoup évolué sur le plan relationnel. Elle est aujourd'hui plus souriante et moins anxieuse. Elle reconnaît la psychomotricienne, commence à lui toucher le visage et elle vient en séance avec plaisir. Cette petite fille entre en relation par des sourires quand elle connaît la personne et manifeste son inquiétude par des pleurs si la personne lui est inconnue. Elle sait manifester son plaisir comme son déplaisir ou son inconfort. Bien que Julia soit davantage sécurisée dans la relation, elle garde une anxiété importante et les stimulations extérieures sont encore vécues très difficilement, elle s'isole de la relation. En effet, un espace trop bruyant, avec trop d'agitation entraîne beaucoup d'anxiété. Dans la relation, cette petite fille participe davantage mais toujours avec beaucoup de prudence. Elle n'initie pas le jeu et ne cherche pas à le reproduire. Les jeux sensoriels ne sont pas du tout appréciés car ils sont encore anxiogènes. Cette petite fille aime beaucoup les petites comptines à doigts qu'elle regarde avec intensité. Elle n'y participe pas encore mais elle fait «bravo» sur imitation. Cette enfant semble avoir une bonne compréhension lorsqu'on s'adresse à elle.

Par ailleurs, cette enfant n'a pas de désir de se mouvoir, et présente une anxiété vis-à-vis des changements de positions et des déséquilibres mais elle les accepte davantage.

En conclusion, Julia est une petite fille qui poursuit son évolution. Elle possède un développement psychomoteur d'un enfant de 7 mois selon l'échelle du BRUNET-LEZINE révisé. Toutefois, elle a beaucoup progressé au niveau relationnel et moteur, ce qui se traduit par une diminution de son anxiété et davantage de sourires. Cette petite fille conserve encore une insécurité, ce qui l'empêche d'être actrice de son développement.

- **Bilan de février 2016**

Lors de la passation du bilan, Julia est alors âgée de 22 mois. Cette petite fille continue de progresser et commence à interagir essentiellement corporellement par des échanges de regards, sourires et éventuellement par imitation de gestes. Elle présente une enveloppe corporelle plus sécurisante ce qui lui permet aujourd'hui d'être davantage dans l'ouverture et de gérer plus harmonieusement les changements d'ordre moteur, sensoriel. Julia choisit des partenaires de confiance afin de développer ses compétences, et d'être en relation. Après de longs mois de prises de contacts et de rencontres régulières, une relation de confiance stable et ancrée a pu se mettre en place entre Julia et la psychomotricienne. Aujourd'hui, elle accepte des stimulations sensorielles et des expériences motrices. De même, cette enfant tend les bras pour qu'on la prenne et peut toucher spontanément les objets. Lorsque Julia se désorganise corporellement par des pleurs intenses ou une agitation face à un stimulus extérieur, elle commence à trouver des conduites de réassurance, elle peut alors mettre ses

mains à la bouche, elle peut également recherche l'autre du regard, s'accrocher fortement au corps de l'adulte, à ses vêtements ou au contraire s'abandonner dans les bras en s'effondrant toniquement sur le corps de ce tiers rassurant et contenant. Toutefois, elle a énormément besoin de portage pour s'apaiser. Bien qu'elle ait beaucoup évolué au niveau relationnel, Julia reste une petite fille encore fragile qui nécessite d'être rassurée et contenue. Cette petite fille garde une anxiété majeure et face à la nouveauté, elle pleure, s'agite, et s'isole de la relation. De plus, bien qu'elle soit plus présente et actrice lors des séances, cette petite fille garde une passivité importante ne prenant, quasiment aucune initiative. Le dialogue tonique est toujours aussi difficile malgré une évolution.

Par ailleurs, elle tient désormais assise seule, mais a besoin d'aide pour s'asseoir, elle cherche à sautiller et se met debout avec aide mais cette enfant n'a pas encore investi ses membres inférieurs. Julia n'a aucune initiative, sa motricité spontanée reste très peu élaborée.

Elle accepte de toucher différentes textures, mais possède encore des irritabilités. Elle présente une faible appétence pour les objets et de ce fait elle explore encore très peu les jeux.

En conclusion, Julia est une petite fille a beaucoup progressé à son niveau malgré une anxiété majeure et paralysante pour son développement psychomoteur. Toutefois, Julia garde un retard psychomoteur important, ses capacités globales sont cotées à 11 mois selon l'échelle du BRUNET-LEZINE révisé. Cette petite fille est beaucoup plus souriante et actrice lors des séances. Elle a des désirs et des envies mais il faut instaurer un climat de confiance stable et pérenne pour que cette petite fille puisse explorer ses capacités et les montrer. Julia peut être envahie par des stimuli sonores, tactiles ou par la présence d'une personne non familière. De plus, cette petite fille garde une certaine passivité motrice et une relation encore superficielle aux objets. Julia a beaucoup plus investi la sphère relationnelle ce qui lui permet d'être davantage dans l'ouverture. Elle garde une anxiété importante même si cette petite fille commence progressivement à devenir actrice de son développement.

2. Le projet thérapeutique

Il est essentiel afin d'aborder Julia, de prendre en compte son histoire, sa pathologie et ainsi de respecter et comprendre ses besoins de sécurité et de confiance en l'autre. Le projet thérapeutique pour cette enfant s'articule autour du relationnel afin qu'elle puisse s'immiscer dans un plaisir sensori-moteur, qu'elle s'approprie son corps et l'investisse comme un «corps plaisir». En effet, il est indispensable au vu de son anxiété massive, de tisser un lien de confiance avec Julia et de lui proposer des dispositifs thérapeutiques qui lui apportent une contenance et une réassurance nécessaires à la consolidation de son enveloppe psychocorporelle fragilisée. Par ailleurs, la relation de confiance étant établie, il est possible de lui proposer des stimulations sensori-motrices afin de développer son désir de se mouvoir et d'exploration du monde.

Pour cela, la prise en charge en psychomotricité de Julia combine à la fois des prises en charge individuelles à raison de deux fois par semaine, ainsi qu'une prise en charge de groupe en co-thérapie avec la psychologue du service afin de travailler le relationnel avec ses pairs et les adultes. Pour ma part, je participe à l'une des prises en charge individuelle de cette enfant où nous utilisons les comptines, le portage pour lui apporter cette contenance nécessaire afin de lui proposer lorsqu'elle l'accepte des expériences sensori-motrices.

C. PRISE EN CHARGE DE JULIA : UN LIEN A TISSER

1. Une mise à distance de l'autre

La prise en charge individuelle de Julia a débuté en octobre 2014, j'ai donc intégré à mon arrivée à l'hôpital d'enfants en octobre 2015. Elle s'articule autour du portage, des comptines à gestes et des expériences sensori-motrices. Notre rencontre fut difficile à vivre pour cette petite fille qui gère difficilement la nouveauté et particulièrement la présence de personnes non familières. Dès que je m'approchais d'elle, Julia était envahie par l'angoisse et cherchait à se blottir dans les bras de la psychomotricienne afin d'être rassurée. Durant plusieurs mois, j'ai dû me tenir à l'écart durant la séance, me donnant l'impression d'être un élément parmi d'autres dans la salle de psychomotricité. J'étais assise au sol mais suffisamment loin d'elle afin qu'elle ne soit pas trop angoissée. La présence d'une tierce personne dans ses séances qui se déroulaient jusqu'alors en relation duelle avec la psychomotricienne, désormais reconnue comme une personne de confiance, fut très angoissant pour cette petite fille. Ainsi, j'étais observatrice des séances durant plusieurs mois. Cette petite fille refusait que je la touche et se mettait à pleurer lorsque je me rapprochais d'elle. Pour lui montrer que je n'étais pas dangereuse pour elle, la psychomotricienne venait régulièrement me toucher, elle m'impliquait dans les comptines à gestes afin que cette enfant soit progressivement rassurée en ma présence. Julia ne m'adressait aucun sourire et m'observait de manière très particulière me donnant le sentiment qu'elle m'ignorait totalement. En effet, elle ne me regardait pas dans les yeux, me fuyait du regard, mais semblait utiliser le regard périphérique, ce qu'elle fait encore parfois lorsqu'elle a besoin de s'isoler de la relation. Cela semble constituer un mécanisme de défense pour cette petite fille. Elle fixe son regard au-dessus de moi et ne répond plus de rien. Tout au long de la séance, Julia me cherchait de temps en temps du regard afin de surveiller ma présence, ma position dans l'espace. Progressivement, j'ai pu me rapprocher de cette petite fille et réaliser les comptines avec la psychomotricienne. Puis petit à petit elle m'a laissé approcher son corps, la toucher, le portage était encore difficile à accepter, elle se mettait à pleurer et me pinçait parfois la peau en me repoussant, mais je peux maintenant la porter sans qu'elle soit angoissée. Désormais, Julia m'a accordé un minimum de confiance, nous avons tissé progressivement un

lien qui m'a permis de réaliser la prise en charge de cette enfant, d'abord en présence de la psychomotricienne pour apporter une réassurance à Julia qui se retournait de temps en temps pour vérifier sa présence, puis de voir cette petite fille seule.

Il est assez difficile d'intéresser cette enfant à une activité ou un jeu. Elle ne présente aucune appétence à se mouvoir ni d'intérêt pour les objets, elle désire uniquement un corps à corps avec l'adulte de confiance. Lors des comptines gestuelles, elle participe, sourit et demande certaines comptines en mimant les gestes. Julia peut également amorcer un jeu de coucou-caché et entamer un échange relationnel sur imitation. Désormais, elle est davantage actrice de la séance, cette enfant est capable de manifester son plaisir et son déplaisir, elle sourit et s'applaudit quand elle réussit quelque chose. Durant la séance, cette petite fille a des moments de pause où elle fixe son regard dans le vide ou dehors et cesse toute activité ou interaction, elle s'isole ainsi de la relation. De même, elle peut sans raison apparente se mettre à sangloter, elle adopte une respiration saccadée et nécessite du portage afin d'être contenue et rassurée. Ainsi, dans une situation angoissante, Julia est capable de s'appuyer sur l'autre pour s'apaiser mais elle est également capable d'adopter des conduites de réassurance telles que porter ses mains jointes à la bouche, et met ses jambes en hyper-extension.

2. Une enveloppe peu sécurisante

Lors de propositions sensorielles, Julia présentait en début de prise en charge certaines irritabilités tactiles. Elle refusait de toucher certaines textures et attrapait les objets du bout des doigts. Lorsque la stimulation est trop intrusive pour elle, Julia a un mouvement de recul, elle retire la partie du corps en contact avec le stimulus dérangeant. Cette petite fille utilisait principalement une seule main pour découvrir un objet et se servait de l'autre comme appui. Julia a besoin d'étayage afin de toucher un objet sur imitation, il est nécessaire de lui montrer que cela n'est pas dangereux pour elle. Elle est désormais capable de réaliser des coordinations bi-manuelles et d'explorer davantage les objets. Cependant, elle ne présente pas d'intérêt pour les jeux d'encastrement, de transvasements, de contenance.

Lors du portage, le dialogue tonique est mal accordé en raison d'une hypertonie axiale et une hypotonie des membres en passif. Elle se met en opisthotonos*, il est alors difficile de la porter. En revanche, lorsqu'elle recherche une réassurance et une contenance, elle s'agrippe beaucoup à mon corps, essentiellement à ma peau et ma blouse, elle recherche davantage un corps à corps avec l'adulte.

Concernant les stimulations motrices, durant les prémices de la prise en charge, cette petite fille ne montrait aucune appétence à se mouvoir et ne semblait pas en ressentir le besoin. Eva est une enfant qui une fois assise, reste dans cette position, elle ne sait pas en sortir et peut uniquement manifester son inconfort par des pleurs. Cette enfant a une posture assise

particulière caractérisée par les jambes pliées au sol et les pieds joints. Ainsi, elle ne quitte pas cette position et éprouve des réticences lorsque nous tentons de l'amener à prendre d'autres positions, elle se raidit et pleure, il devient alors impossible de mobiliser ses jambes. Actuellement, elle est capable d'attraper mes mains afin d'avancer sur les fesses ce qui est une belle progression pour cette enfant qui, d'ordinaire, n'éprouve aucun besoin ni appétence à se mouvoir. Nous essayons de travailler le passage à la position debout grâce à un rouleau. Cette petite fille ne se met pas assise seule, nous essayons donc de travailler le relevé du sol notamment sur un physioball et à même le sol afin de développer ce schème moteur. Julia était au début très passive et attendait que l'adulte initie et réalise le schème pour elle, dorénavant elle participe davantage à l'élaboration du mouvement. Cette petite fille a par ailleurs besoin de beaucoup d'étayage afin de tenter une nouvelle expérience sensori-motrice sur imitation.

Ainsi, cette petite fille présente une anxiété qui l'envahie et entrave son développement psychomoteur, son ouverture au monde. Elle nécessite beaucoup de portage afin de consolider son enveloppe psychocorporelle fragilisée par un vécu corporel douloureux. Au fil des prises en charge, Julia a montré qu'elle est capable de s'ouvrir davantage à une personne non familière mais qu'elle nécessite encore de temps pour faire confiance et s'appuyer sur l'autre, afin de grandir et construire le sentiment d'habiter un corps unifié et contenant.

DISCUSSION

I- L'EFFRACTION DE L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE

La trachéotomie et l'hospitalisation prolongée influent-ils la construction d'une unité psychocorporelle ?

A ce jour, il existe peu d'écrits sur le développement des enfants trachéotomisés. Dans cette partie, je vais montrer ce que j'ai pu comprendre de ces enfants, de ce qu'ils m'ont laissé entrevoir de leur vie. Je me suis notamment intéressée à la manière dont ils habitent leur corps, les défenses qu'ils ont mis en place pour faire face à la maladie et à un environnement dystimulant. En effet, l'hospitalisation prolongée n'est pas sans conséquence pour l'enfant et son entourage. Elle génère un vécu corporel douloureux qui entrave l'investissement corporel et relationnel de ces enfants.

A. L'ARCHITECTURE COPORELLE MALMENE

1. Un corps malade et médicalisé

a) La maladie chronique : l'usure psychocorporelle

La maladie chronique use et fatigue à la fois le corps et la psyché de l'enfant. La trachéotomie est un soin vital mais invasif qui engendre des soins intrusifs et douloureux. En effet, ils représentent une agression pour le corps en pénétrant à l'intérieur de celui-ci. Ces soins décrits précédemment dans la partie théorique, réalisés par diverses personnes, peuvent être vécus comme agressifs. Cela affecte le vécu du corps et par conséquent l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant qui est alors «perforée».

Le corps de l'enfant subit donc des agressions corporelles. «Les premières expériences corporelles, inscrites dans les échanges et les interactions avec l'environnement, sont capitales pour la construction de la personnalité»⁹². Or, à l'hôpital, l'enfant est peu touché dans sa globalité, seules les parties du corps nécessitant des soins sont investis par les soignants. Cet investissement partiel du corps peut générer un vécu corporel «morcelant». Chaque intrusion, telle que l'introduction d'une sonde pour la ventilation, l'aspiration des sécrétions corporelles, ou encore la nutrition artificielle, représentent une agression et une effraction corporelle et psychique. L'enveloppe corporelle de l'enfant est alors malmenée, «percée» par différents

⁹² Waroquier C., 2006, p.160

orifices artificiels. La peau est agressée et devient une enveloppe douloureuse et non protectrice, ce qui menace l'intégrité physique mais également psychique de l'enfant.

Ainsi, la trachéotomie engendre un vécu corporel qui peut être morcelé et générer des angoisses, l'enfant possède alors une enveloppe corporelle qui ne contient plus, ne protège plus et une enveloppe psychique fragilisée par ces expériences néfastes pour le corps. L'effraction corporelle et la douleur peuvent avoir des conséquences sur le tonus, l'investissement du corps, l'exploration de l'environnement et donc sur la représentation corporelle. La douleur représente une réelle menace pour l'intégrité physique et psychique de l'enfant.

M. LEVRON-DELOSTAL⁹³ remarque que ces enfants trachéotomisés très tôt et qui subissent des soins douloureux et répétitifs mais néanmoins nécessaires à leur survie, présentent un comportement apathique avec une diminution de leur motilité* spontanée. J'ai constaté cette perte d'appétence, de désir à se mouvoir chez Julia qui reste assise durant de longues heures sans manifester l'envie de changer de position ou de se déplacer. Cette petite fille est dans une importante passivité motrice, elle est difficilement mobilisable. Lorsque nous essayons de lui montrer comment adopter d'autres postures, elle devient très hypertonique, raidit ses jambes afin qu'on ne puisse pas les mobiliser, et se met à pleurer. Le manque d'appétence à explorer l'environnement et l'anxiété envahissante sont alors frappants chez cette enfant.

La douleur désorganise l'enfant et parasite la psyché. J'ai observé de nombreux enfants dont Julia et Mathis, qui ressentent une gêne au niveau de leurs orifices médicaux comme celui de la trachéotomie ou de la gastrostomie notamment. Ils se touchent, se démangent et semblent affectés par ces sensations douloureuses. Ces enfants ne sont alors plus disponibles psychologiquement pour continuer l'activité en cours, toute leur attention est focalisée sur cette sensation douloureuse. La douleur est intense et dépasse les capacités d'adaptation de l'enfant dont la peau n'a pas acquis sa fonction pare-excitatrice. Elle engendre parfois des attitudes de retrait, de repli sur soi. En effet, la «douleur intense et durable désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps, affecte la capacité de désirer et l'activité de penser»⁹⁴. L'enfant semble abandonner son corps.

Pour les enfants déficients respiratoires qui représentent la majorité des enfants accueillis dans cet hôpital, mobiliser leur corps requiert beaucoup d'énergie, et cela est parfois douloureux. Ainsi, ces enfants n'éprouvent pas de plaisir à se mouvoir, et sans cet aspect hédonique de mouvement et de vie, ils inhibent leur motricité et sont alors dans une «passivité de survie». Ceci est également dû aux contraintes physiques engendrées par la maladie.

⁹³ Levron-Delostal M., 1994, p.37

⁹⁴ Anzieu D., 1995, p.227

b) Les appareillages médicaux : un prolongement de leur corps ?

Cette apathie et cette passivité motrice sont également générées par les appareillages qui permettent peu de mobilité. Le corps de l'enfant est l'objet de soins médicaux, et peut être vécu comme un corps instrumentalisé.

Les enfants trachéotomisés sont continuellement reliés à des machines, ils sont ainsi dépendants d'elles pour leur survie. Ces appareillages mesurent leurs constantes vitales et procurent ce dont ils ont besoin pour vivre, mais ils limitent leur possibilité de se mouvoir, leurs déplacements, et les contraignent parfois à rester dans leur lit durant un certain temps.

En effet, pour les enfants nourris à l'aide d'une sonde de gastrostomie, comme c'est le cas pour Mathis et Julia. Ils sont alors reliés à une poche nutritive par un fil durant le temps de nutrition artificielle, ce qui les contraint à rester dans un espace très réduit. De plus, tous les enfants sont reliés à un appareillage mesurant leur saturation en oxygène*. Une alarme sonne dès que le seuil de saturation est faible, ce qui arrive de nombreuses fois au cours d'une journée pour ces patients qui présentent une insuffisance respiratoire.

Il semblerait que «ces machines hautement sophistiquées s'inscrivent peu à peu dans leur schéma corporel.»⁹⁵ Les enfants comprennent et intègrent leur fonctionnement, j'ai eu l'occasion d'observer un petit garçon à l'hôpital qui savait éteindre l'alarme de sa machine dès qu'elle retentissait. De plus, de nombreux enfants comme Mathis s'agrippent aux fils qui les relient aux machines et tirent dessus jusqu'à parfois se mettre en danger au niveau respiratoire.

Ainsi, la souffrance de ces enfants est tout autant physique que psychique et constitue un frein à leur développement. «Toute blessure, toute maladie grave laisse une cicatrice et [...] marque le corps mais aussi le psychisme»⁹⁶. Même si la guérison est possible, la maladie laissera une trace dans la mémoire corporelle, qui correspond à l'inscription des événements, situations vécus par nos sens. L'enveloppe psychique s'étayant sur le vécu du corps, sera également marquée par ces nombreux mois voire années passés à l'hôpital.

2. Un corps affecté par l'hospitalisation

a) Un environnement dystimulant

L'univers hospitalier sauve la vie des enfants et vise à leur offrir la meilleure santé physique possible. Ils font l'objet des plus grands soins de la part du personnel soignant.

«Le bébé est un être vulnérable, totalement dépendant de son environnement. Sensible aux stimulations sensorielles et aux agressions tant physiques qu'affectives, il les subit sans

⁹⁵ Levron-Delostal M., 1994, p.36

⁹⁶ Ferragut E., 2004, p.3

pouvoir s'y soustraire»⁹⁷. Or, «l'équipe soignante très courageuse [est] prise bien souvent dans le paradoxe terrible, mais incontournable entre soins techniques, intrusifs et parfois douloureux, et maternage»⁹⁸. Une relation soignante sécurisante peut contenir et apaiser un état émotionnel important qui perturbe les soins. Toutefois, les équipes soignantes sont confrontées à leurs propres limites telles que notamment le manque de temps, de disponibilité, la fatigue générée par des pathologies importantes qui sont éprouvantes au quotidien. Elles peuvent alors être amenées à réaliser les soins de manière «mécanique», dans la précipitation et parfois dans l'urgence. Malgré les précautions prises, l'enfant subit de multiples agressions et manque, en parallèle, de soins relationnels, de «peau à peau» et d'interactions satisfaisantes. «Les soins au nourrisson hospitalisé ne s'adressent pratiquement qu'à son corps, et le bébé qui a déjà perdu son «corps-mère» est débordé par ces tensions nouvelles qui s'accumulent au-dedans de lui. [...] Le bébé va ainsi faire l'expérience d'une situation particulière d'isolement relationnel mais d'hyperstimulation sensorielle au travers d'un corps objet de soins multiples et excitants, d'une extrême intensité et favorisant peu l'intégration et la cohésion»⁹⁹. Ces sollicitations dystimulantes et répétitives participent sans doute au désinvestissement corporel. La mère ne pouvant exercer sa fonction pare-excitatrice pour protéger son enfant de ces agressions, ce dernier n'est pas à l'écoute de ses ressentis, n'habite plus son corps et le met à distance afin de ne plus subir de plein fouet ces agressions qui menacent son intégrité physique et psychique.

Ainsi, ces enfants ont besoin de leurs parents afin de ne pas être uniquement l'objet de soins médicaux mais d'être également investi comme un objet d'amour et de tendresse. La mère marque les soins de son empreinte, ce qui permet à l'enfant de trouver ses repères, de la différencier des soignants, de distinguer les soins et les échanges sources de plaisir.

b) L'hôpital : un cadre spatio-temporel restreint

L'hôpital possède une temporalité propre à laquelle les enfants doivent s'adapter. En effet, les soins rythment le quotidien des enfants et doivent parfois être procurés à heure fixe. Ainsi, cela ne respecte pas forcément le rythme, la temporalité de l'enfant, qui peut parfois se sentir bousculé par la temporalité de l'environnement hospitalier.

Par ailleurs, la fragilité de l'état de santé des enfants nécessite qu'ils restent confiner dans un espace restreint ne lui offrant essentiellement des expériences visuelles et très peu de mobilité. Ils disposent de leur lit, d'un espace commun à tous les enfants, de la salle éducative. Toutefois, cet espace très réduit peut être davantage rassurant pour certains enfants. Je pense à la petite Julia très angoissée par la nouveauté et notamment d'espace, qui trouve refuge dans

⁹⁷ Ben Soussan P., 1998, p.53

⁹⁸ Lempp F., 1996, p.81

⁹⁹ Ben Soussan P., 1996, p.134

son lit. Celui-ci représente un espace sécurisant et contenant pour cette petite fille qui n'éprouve pas l'envie de se mouvoir.

Lorsqu'un enfant présente une infection, il est alors isolé dans son lit afin de ne pas transmettre le virus aux autres enfants. Ainsi, l'espace de vie n'est pas toujours suffisant afin de réaliser de nouvelles expériences corporelles enrichissantes. L'enfant voit ses mouvements et ses expériences sensori-motrices limités dans le temps et l'espace.

Dans cet espace restreint, les personnes inconnues défilent et changent continuellement. Les visages reviennent quelques jours plus tard pour à nouveau s'occuper d'un enfant, mais ce dernier ne possède pas de repères humains stables sur lesquels s'appuyer. Cela a un caractère angoissant pour ces enfants comme Julia qui est apeurée et sanglote dès qu'un nouveau visage vient à son chevet. Alors, pour éviter de subir cette instabilité relationnelle, il est possible que certains se privent de la relation non satisfaisante à l'autre et s'agrippent à eux-mêmes en tentant de retrouver une stabilité grâce à des autostimulations voire des stéréotypies.

Spitz a décrit l'hospitalisme comme «la carence de soins, qui caractérise l'état psychique de ces enfants qui se construisent en l'absence de soins humanisant et qui, sans en mourir, deviennent carencés dans leur corps comme dans leur psyché»¹⁰⁰. Des progrès considérables ont été réalisés dans les hôpitaux et ces cas extrêmes d'hospitalisme n'existent pratiquement plus, mais l'environnement hospitalier présente encore certaines défaillances qui impactent le développement de l'enfant.

Ce vécu corporel angoissant et douloureux perturbe tous les mécanismes d'adaptation de l'enfant et engendre une désorganisation comportementale. Faute de pouvoir s'appuyer sur un milieu humain satisfaisant, les parents étant moins présents et les soignants peu disponibles, l'enfant va tenter de mettre en place des mécanismes de défense, il se met alors à distance de la relation et de son corps «meurtri».

B. L'INTEGRITE PSYCHIQUE MENACEE

1. Un corps privé d'interactions précoces, un psychisme affecté

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, l'investissement parental est le prélude de l'investissement corporel de l'enfant et par conséquent de l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle. Les relations précoces constituent les premiers organisateurs de l'appareil psychique. «C'est dans la relation au corps de la mère que se forme la constitution d'une enveloppe qui contient, protège, limite. La peau en est la composante concrète -ressentie, éprouvée, sécurisante- qui va constituer le premier maillon et la première surface d'inscription

¹⁰⁰ Potel C., 2013, p.138

d'une représentation d'un corps unifié, rassemblé»¹⁰¹. C'est par le biais de l'interaction mère-enfant, les enveloppes psychocorporelles s'édifient. Le corps maternel représente un appui pour l'enfant, un lieu de réconfort, une enveloppe sécurisante. «Le nourrisson ne «sait» pas qu'il a un corps, c'est parce qu'il trouve le support du corps maternel qu'il peut vivre, c'est dans ce premier espace d'émotions, de sensations, et par la répétition de celles-ci en présence de sa mère, qu'il éprouve peu à peu les contours de son enveloppe corporelle»¹⁰². La mère est la première à investir le corps de son enfant par des actes de soins se rapportant au *holding* et *handling* de D.W. WINNICOTT.

Or, dans un contexte d'hospitalisation, les premières personnes à investir le corps de l'enfant sont les soignants qui exercent des soins corporels intrusifs et agressifs. L'hospitalisation de longue durée possède donc un impact sur la mise en place des liens mère-enfant durant les prémices de la vie du bébé. En effet, elle engendre une séparation brutale difficile à vivre à la fois pour l'enfant et pour ses parents. «Le lien d'attachement risque d'être entravé»¹⁰³, l'enfant est alors dans une insécurité affective.

La naissance d'un enfant atteint d'une maladie chronique marque une rupture avec l'image du bébé fantasmé. Cela peut être vécu par les parents «comme un arrachement ou une perte [...] avec des angoisses et des émotions violentes, ils sont en mal d'investir leur parentalité, d'investir leur bébé si étrange, entre vie et mort pour qui ils se vivent comme des mauvais parents, incapables de le protéger, de subvenir à ses besoins vitaux, de garantir sa survie.»¹⁰⁴ Impressionnés par tant de machines, de fils qui parcourent le corps de leur progéniture, ils ne savent comment l'aborder, et peuvent se sentir démunis.

La maladie use l'enfant mais également les parents qui sont indirectement atteints. Ils sont usés psychologiquement par l'impuissance ressentie face à la détresse de leur progéniture, fruit de leur amour. Les parents ne sont ainsi pas toujours disponibles afin d'accompagner leur enfant dans ce long chemin sinueux et escarpé qui mène vers la guérison, fait de détours, de marches arrières mais également d'avancées merveilleuses. Le jeune enfant a besoin de ses parents à ses côtés. La figure parentale doit contenir ses craintes, ses angoisses et soutenir son élan vital car la flamme qui vit en lui peut parfois s'éteindre progressivement, lorsque la maladie prend le dessus sur son désir de vie, dans un contexte d'incertitude face à une éventuelle guérison. Je n'ai jamais eu l'occasion de rencontrer les parents de Mathis, mais celui-ci a semble-t-il d'après la psychomotricienne, été affecté par les visites peu fréquentes et de moins en moins régulières de ses parents. Ainsi, leur absence a probablement participé au retrait relationnel de ce petit garçon qui aujourd'hui ne cherche plus à entrer en interaction avec l'autre.

¹⁰¹ *Ibid*, p.139

¹⁰² Gauberti M. citée par Waroquier C., 2006 p.159

¹⁰³ Thibaut-Wanquet P., 2008, p.56

¹⁰⁴ Lempp F., 1996, p.81

Par conséquent, les parents n'étant pas toujours disponibles pour investir physiquement et psychiquement le corps de leur enfant souffrant, les interactions dans un corps à corps s'en ressentent. L'angoisse des parents, l'appareillage médical peuvent entraver le dialogue tonique. «L'adaptation corporelle est sans cesse mise en danger ou annulée par la rigidité des postures, de la gestuelle, des comportements ; les communications affectives sont rares ou absentes, la mère fonctionne sur un mode psychomoteur stéréotypé sans prendre en compte les réactions émotionnelles du bébé»¹⁰⁵. A l'image de nombreux parents, aux prémices de la rencontre avec son enfant, la mère de Mathis exerçait les soins corporels d'une manière que l'on pourrait qualifier comme «mécanique». Cette façon de procéder laisse penser qu'il est au départ très difficile pour une mère d'investir un corps relié à des appareillages, douloureux et présentant des orifices nécessaires à sa survie.

L'accordage tonique étant défaillant, l'introjection d'un mauvais holding crée, selon D.W. WINNICOTT, un sentiment d'insécurité chez l'enfant et altère la construction de son enveloppe corporelle et par conséquent psychique. «Une mère peu animée de désirs pour son nourrisson ne l'incite pas à tendre son corps vers elle, l'invite moins au mouvement»¹⁰⁶.

La symbiose mère-enfant, l'enveloppe maternante est mise à mal par la maladie et l'hospitalisation. Ainsi, sans cet appui du corps maternel, comment l'enfant trouve-t-il des repères internes afin de constituer son enveloppe psychocorporelle stable et contenante ?

2. Un corps déshabité par la psyché qui désinvestit la relation et se replie

La psyché s'étaye et se construit sur les expériences du corps. Or, pour ces enfants trachéotomisés, le vécu corporel est douloureux, «morcelant», et il entrave ainsi la construction d'une unité psychocorporelle nécessaire au développement de l'enfant. La mise à mal de l'enveloppe commune entre la mère et l'enfant rend difficile la constitution d'une enveloppe psychocorporelle contenante et sécurisante. En effet, l'intégration d'une enveloppe qui contient est essentielle afin d'intérioriser un sentiment de sécurité interne, de se différencier de l'autre et de construire ainsi son enveloppe psychique et son identité. «Le bébé fait l'expérience des limites de son corps, il acquiert le sens d'un dedans et d'un dehors, le sentiment de la continuité d'être, ainsi que la conscience d'un soi [...]. «L'enveloppe peau» se transforme peu à peu en enveloppe psychique»¹⁰⁷. C'est alors dans des soins corporels satisfaisants que l'enfant va construire la sensation d'un corps unifié. «Toute la nourriture de la peau, essentielle, va être aussi indispensable que le lait»¹⁰⁸.

¹⁰⁵ Gauberti M., 1993, p.106

¹⁰⁶ Goncalves E., 2001, p.26

¹⁰⁷ Waroquier C., 2006, p.159

¹⁰⁸ Potel C., 2013, p.138

Or, dans un environnement hospitalier, le nourrisson vit «dans son corps, des sensations de morcellement, de démantèlement, de liquéfaction, qui se transforment en angoisse si ces sensations corporelles se répètent, si elles ne sont pas contenues par la mère, dans ses gestes, dans ses bras, dans ses mots»¹⁰⁹. Ces éprouvés à répétition peuvent à la longue venir effracter, empêcher la construction d'une enveloppe psychocorporelle solide et fiable. En effet, les angoisses archaïques du début de la vie sont exacerbées par l'environnement hospitalier. Lorsqu'elles ne sont pas apaisées par l'autre, elles peuvent entraver la structuration identitaire. «Des traces mémorielles restent inscrites et s'expriment dans les expressions corporelles et somatiques, tout au long de la vie»¹¹⁰. Malgré la présence régulière de la mère de Julia ainsi que des interactions de qualité, cette petite fille présente une angoisse massive face à l'environnement, à la nouveauté tant humaine que spatiale. Mais ce lien satisfaisant qui est continuellement interrompu par la séparation que l'hospitalisation implique, n'est peut-être pas suffisant à Julia afin qu'elle puisse être suffisamment contenue et rassurée ?

Les multiples soins de la trachéotomie agressent l'intérieur du corps, ils passent la barrière physique que représente la peau et pénètrent l'organisme. Les enfants subissent un va-et-vient constant des différents appareillages. L'aspiration de la trachéotomie est le soin le plus souvent réalisé dans une journée. Elle m'évoque l'image d'un corps que l'on vide de son intérieur. Je ne peux savoir ce que l'on ressent lors de ce soin, mais sans doute que l'enfant perçoit que ses sécrétions, matière organique, sont aspirées et retirées du corps. Le changement de canule est quant à lui le plus invasif des soins, on retire le tube qui colmatait l'orifice de la trachéotomie pour remettre un nouveau. Cela est très angoissant pour la petite Julia notamment qui pleure énormément lors de ce soin. Ainsi, par ces intrusions répétées, la peau reste toujours «ouverte» par les orifices médicaux et l'enveloppe ne peut jamais se refermer.

Lorsque le sentiment de sécurité interne est fragilisé, l'angoisse est alors évacuée par tous les moyens, notamment par des comportements d'agitation ou par une incapacité à établir des liens avec l'autre. L'enfant désinvestit son corps, le met à distance afin de protéger l'intégrité de sa psyché. C'est alors le langage corporel qui prime, d'autant plus important chez ces enfants trachéotomisés qui n'ayant pas accès au langage oral, privilégient davantage le corps comme support de communication.

3. S'agripper pour ne pas tomber

Lorsque l'absence de la mère «n'est pas remplacée par une autre affection, [il n'est pas rare de voir l'enfant] régresser, perdre le goût de l'activité, perdre son air épanoui et devenir,

¹⁰⁹ Potel C., 2013, p.139

¹¹⁰ *Ibid*, p.140

après une crise plus ou moins longue, apathique, indifférent, stéréotypé»¹¹¹. L'enfant tente d'élaborer des mécanismes de défense afin de pallier à ce manque de sécurité interne et de se protéger des agressions extérieures. Il présente des comportements d'agrippement, qui représentent des tentatives de l'enfant pour sentir sa propre enveloppe psychocorporelle, se sentir vivant.

L'environnement hospitalier est-il à l'origine de ces comportements relationnels singuliers ?

Je vais à présent m'appuyer sur les observations du docteur HERMABESSIERE¹¹², ancien médecin à l'hôpital d'enfants, qui a observé qu'il existait un véritable risque pour ces enfants hospitalisés de présenter des traits autistiques. Elle repère de nombreuses anomalies dans leur développement et notamment concernant le regard et la relation. En effet, on constate qu'ils présentent soit une fuite du regard, soit une attitude d'agrippement visuel. Ces enfants entrent en relation de manière très ponctuelle, ils montrent une relative indépendance et sont dans un retrait relationnel, ou au contraire, un agrippement à l'autre.

a) Perte d'appétence relationnelle

Une tendance au repli sur soi et au retrait relationnel est également une caractéristique première des enfants trachéotomisés. Julia est capable de s'isoler de la relation en adoptant une attitude prostrée, le regard figé dans le vide, afin de mettre une certaine distance avec l'autre lorsque la relation devient trop envahissante pour elle. Cette petite fille ignore totalement l'adulte et reste passive quelques instants avant de revenir à l'instant présent. Par ailleurs, Mathis est un petit garçon qui s'est totalement isolé de la relation, il ne présente pas d'appétence pour l'autre, ne le regarde quasiment pas et s'enferme dans des stéréotypies corporelles et d'objets. Ainsi, la tendance au repli sur soi semble être le mécanisme de défense adopté par ces enfants pour se protéger des agressions de l'environnement hospitalier, en lien avec la défaillance de pare-excitation de la peau et d'un Moi-peau «passoire».

La plupart du temps, l'adulte doit initier l'échange et faire en sorte de maintenir le lien car généralement les enfants hospitalisés ne relancent pas l'interaction et s'échappe très vite de la relation. Toutefois, lorsque l'échange est possible, il est alors riche et intense. Il arrive que certains enfants s'agrippent à l'autre lors d'une interaction. Mathis peut s'agripper aux cheveux, aux badges sur la blouse, au visage, mais il a également recours le plus souvent à l'agrippement visuel et s'intéresse alors uniquement à nos mains qui bougent. Tente-t-il de prendre appui sur le milieu humain sans trouver d'autres alternatives que l'agrippement sensoriel ?

¹¹¹ David M., 1998, p.69

¹¹² Hermabessière C., 1991, p.485

b) L'enveloppe défaillante : l'agrippement, mécanisme de défense

E. BICK développe deux mécanismes de défense pour suppléer à la défaillance de l'enveloppe psychique. En cas d'échec de la fonction alpha maternelle, l'enfant ne se sent pas contenu et il recourt alors à une sensation quelconque pour retrouver la stabilité perdue, ce qu'elle nomme un agrippement sensoriel. Cette recherche compulsive de sensations vient en quelque sorte obstruer un abîme infranchissable et donner par là un certain degré de stabilité au psychisme sans cesse menacé de turbulences et de désorganisation.

La seconde peau psychique consiste en une sorte d'auto-agrippement à une fonction physique ou psychique de l'individu lui-même. L'enfant peut alors s'agripper à sa musculature, qui conduit chez l'enfant à des états d'hyperactivité ou de raideur musculaire ; à sa sensorialité, ce qui fait que le sujet adopte «une attitude d'observateur plutôt que de participant à la vie»¹¹³; ou encore à une de ses fonctions cognitives telles que la pensée ou le langage. Chez les enfants trachéotomisés, on observe généralement des auto-agrippements musculaire et sensoriel. Mathis est un enfant qui a très souvent des trémulations* au niveau des membres inférieurs qui s'estompent lorsque l'on touche sa jambe. Je me suis alors demandée, ces tremblements représentent-ils un agrippement à la musculature pour tenter de ressentir le bas du corps peu investi par ce petit garçon?

Par ailleurs, «quoi que nous fassions, quel que soit notre âge, notre enveloppe tactile restera toujours un lieu privilégié de communication au monde»¹¹⁴. La maladie et l'hospitalisation fragilisent l'enveloppe tactile qui ne remplit pas sa fonction pare-excitatrice pour protéger l'enfant. Ainsi, le Moi-peau s'étayant sur les fonctions de la peau, ses fonctions sont également altérées. Le psychisme ne bénéficie plus d'une protection efficace contre les agressions extérieures, le vécu douloureux.

Cela me fait penser à la peau de Mathis, ce petit garçon qui, à l'instant même où l'on retire les tissus qui l'enveloppent, de fortes démangeaisons apparaissent, sa peau est extrêmement sèche et marquée par des gerçures. Cette irritation cutanée représentent-elles une tentative de construction d'enveloppe corporelle ? En effet, cette sensation de démangeaison lui apporte sollicitation et confrontation avec ses limites corporelles, autrement dit sa peau. Serait-ce alors un mécanisme de défense de la peau de ce petit garçon que de se créer une seconde peau douloureuse pour apporter un semblant d'enveloppe corporelle, le sentiment d'exister à l'enfant ? Les fonctions de pare-excitation et de maintenance n'ayant pas pu être mises en place par l'enveloppe maternelle en raison de l'hospitalisation précoce, le corps instaure des stratégies pour tenter de ressentir son enveloppe corporelle bien qu'elle soit une surface écorchée et douloureuse.

¹¹³ Bick E. citée par Houzel D., p. 21

¹¹⁴ Labalette D., 1989, p.24

L'agrippement sensoriel constitue une forme de stéréotypie pour lutter contre les angoisses de chute et de liquéfaction en lien avec la défaillance de construction de l'enveloppe psychocorporelle. Selon G. HAAG, «les tournoiements, les autostimulations sensorielles d'ordre auditif ou visuel [...] sont les principales stéréotypies»¹¹⁵ qui tentent de procurer une maîtrise des sensations corporelles de chute. Les stéréotypies possèdent une fonction défensive, «leur fonction, en l'absence de contenance, est de maintenir la survie»¹¹⁶ qu'il est nécessaire d'entretenir en permanence pour maintenir le sentiment continu d'exister. Ainsi, ces conduites ont valeur de réassurance pour l'enfant qui s'appuie alors sur lui-même pour retrouver une sensation d'unité psychocorporelle. Mathis est un petit garçon qui présente des stéréotypies corporelles avec notamment le balancement de sa tête avec un mouvement oculaire particulier, le mouvement de ses mains devant ses yeux ou encore le balancement de l'ensemble de son corps en attrapant son pied. Ce jeune enfant présente également un agrippement visuel à la lumière, aux objets et parties du corps qui sont en mouvement, ainsi qu'un agrippement auditif aux objets sonores qu'il colle contre son oreille. Cela renvoie à ce qu'E. BICK nomme l'identité adhésive, caractérisée par une relation de collage à l'objet. Cette relation est une défense contre une angoisse de chute catastrophique, d'une «fin mortelle». Par ailleurs, Mathis montre régulièrement un agrippement aux fils qui les relient aux appareillages vitaux pour sa survie. Il joue avec et tire dessus jusqu'à parfois se mettre en danger respiratoire lorsqu'il arrache ses fils. Cela suscite alors la question d'une représentation des fils comme un prolongement d'eux-mêmes et faisant partie intégrante du schéma corporel de l'enfant. Ces fils le relient à l'appareillage médical qui le maintient en vie. Ainsi, Mathis s'agrippe-t-il à eux afin de se sentir exister, de s'accrocher à ce lien entre lui et la machine, sa vie ne tenant finalement qu'à un fil ?

Toutes ces sensations recherchées constituent un mécanisme de défense qui lui crée ainsi des enveloppes sensorielles, visuelles, et sonores afin de pallier les défaillances de l'enveloppe psychocorporelle peut-être sous-tendue par une anxiété.

c) L'angoisse de la nouveauté

Lorsque le sentiment de sécurité interne est fragilisé, l'angoisse est alors évacuée par tous les moyens, notamment par des comportements d'agitation ou par une incapacité à établir des liens avec l'autre. C'est alors le langage corporel qui prime, d'autant plus important chez ces enfants trachéotomisés qui n'ayant pas accès au langage oral, privilégient davantage le corps comme support de communication.

L'anxiété face au changement, à la nouveauté des lieux, des visages, est éminemment présente chez ces enfants. Cela se manifeste par des crispations toniques et des pleurs. A la vue

¹¹⁵ Haag G., 1996, p.210

¹¹⁶ Haag G., 1996, p.214

d'une personne étrangère, Julia raidit son corps et se met à pleurer, seul les bras d'une personne en qui elle a confiance peut la rassurer et la contenir. Ces visages familiers sont principalement sa mère et la psychomotricienne.

L'attachement et la relation de confiance est difficile à mettre en place pour ces enfants dont les interactions précoces et les premiers liens d'attachement ont été malmenés. La multitude de soignants s'occupant du corps malade de l'enfant ne permet pas une stabilité affective satisfaisante. Certains intervenants ne font que passer furtivement dans la vie de l'enfant, il est donc difficile de constituer des attaches sécurisées. Parmi ces nombreux soignants, il est difficile de se faire accepter, différencier de ces figures qui soignent uniquement le corps atteint. C'est ce que j'ai vécu avec la petite Julia qui a nécessité de beaucoup de temps afin d'accepter ma présence et la rencontre de nos corps. Les psychomotriciens sont vêtus de blouse blanche comme le personnel soignant, il est donc difficile de faire, au premier abord, la distinction entre les personnes qui potentiellement peuvent faire les soins douloureux, et ceux qui rassurent, soutiennent l'enfant dans sa globalité afin de l'accompagner dans son développement. Cela requiert beaucoup de temps, des semaines, des mois afin de créer une alliance, une relation thérapeutique avec le patient. Ce lien reste néanmoins fragile et la moindre rupture de continuité dans la prise en charge telle que les vacances du psychomotricien ou l'hospitalisation de l'enfant, marque parfois une césure dans la relation créée.

4. L'image du corps morcelée

Le schéma corporel se structure essentiellement à partir des perceptions et de l'expérience du sujet. Ainsi, comment l'enfant qui vit des expériences douloureuses, et dont la motricité spontanée est appauvrie, désinvestit-il son corps, et comment pourrait-il enrichir son schéma corporel ?

Au début de la vie, le lien entre le corps et l'esprit est très rudimentaire. Ils s'étayent l'un sur l'autre pour se construire. L'image du corps selon E. PYREIRE, représente alors les traces que l'on porte en nous des premières relations entre le corps et l'esprit, cette période où l'organisme et le fonctionnement psychique créent des liens entre eux. Selon P. SCHILDER, l'image du corps est la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. Elle se construit dans l'expérience et le vécu propre à chacun. Or, pour ces enfants trachéotomisés dont la peau est percée, transpercée, qui ont un vécu corporel douloureux, il est possible qu'ils aient une image de leur corps morcelée par les soins intrusifs. La maladie fragilisant le corps, l'enfant peut également le percevoir comme un corps défaillant et non fiable. En outre, l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences relationnelles. Les soignants se préoccupant principalement du corps médicalisé de l'enfant, objet de soins, au détriment de ses besoins

relationnels, il est possible que le patient ait l'image d'un corps instrumentalisé, peu investi par son environnement humain.

Ainsi, nous avons analysé l'impact de l'hospitalisation sur ces petits d'Hommes en souffrance. Par les agressions extérieures subies et le manque de repères parentaux et humains, les enfants trachéotomisés et hospitalisés semblent présenter une façon particulière d'entrer en relation avec l'autre. Certains enfants sont dans une défense qu'E. BICK nomme «holding on to for survival», qui signifie se cramponner pour survivre. Ils tentent alors de trouver des mécanismes de défense sur lesquels s'agripper afin de sentir qu'ils existent dans un environnement hospitalier bouleversant. Selon F. TUSTIN, «une des réactions à la menace de chute, c'est d'essayer d'agripper quelque chose»¹¹⁷.

La psychomotricité en pédiatrie semble alors avoir une place primordiale afin de panser l'enfant dans sa globalité psychocorporelle et lui apporter l'appui relationnel dont il nécessite pour sa construction corpro-psychique.

II- LA RELATION THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE POUR PANSER L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE

Selon BEN SOUSSAN P., «l'irréversibilité des traumatismes subis très précocement n'est pas à ce jour prouvée [...] les enfants qui ont pu vivre les expériences les plus difficiles, inscrites dans leur corps, peuvent subir des retards ou des difficultés dans leur développement, mais ce développement peut reprendre à un moment donné, si l'équipe et les parents peuvent arriver à transmettre à ce tout-petit leur désir de vie et de réparation, assorti de leurs bons soins et de leurs douces paroles»¹¹⁸.

Cet élan vital doit être soutenu au quotidien par les soignants et les psychomotriciens afin de redonner vie et envie au corps et à la psyché de l'enfant de poursuivre son développement.

En quoi la thérapie psychomotrice permet-elle d'apporter une contenance à ces enfants trachéotomisés, et ainsi de panser leur enveloppe psychocorporelle jusque-là morcelée ?

A. REMODELER L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE ECORCHEE

Dans un contexte d'hospitalisation, les enfants trachéotomisés voient leur enveloppe psychocorporelle «perforée», défaillante, incapable de les contenir. Elle pourrait se représenter

¹¹⁷ Tustin F., 1989, p.143

¹¹⁸ Ben Soussan P., 1996, p.143

comme une infime pellicule fragile, qui ne tient qu'à un fil, parfois impactée, parfois perforée par des orifices supplémentaires que l'enfant ne contrôle pas comme ses sphincters physiologiques.

Quelle est la place du psychomotricien dans ce carrefour de souffrances psychiques et physiques, de vie et de mort ?

La psyché de ces enfants est menacée et leur survie n'est alors plus uniquement physique, elle est également psychique. L'intervention des psychomotriciens en pédiatrie prend alors tout son sens, il est urgent de (re)construire une enveloppe psychocorporelle stable, garante du développement moteur et psychique de l'enfant, qui contienne et permette d'avoir les ressources internes nécessaires pour faire face aux épreuves de la vie. Pour cela, le psychomotricien doit colmater les brèches de cette enveloppe et s'appuie à la fois sur le cadre thérapeutique et sur son propre corps, dans une relation contenantante et sécurisante.

Selon J. SARDA, «toucher la peau, porter le corps, donnent consistance, poids, contenant donc contenu, à l'enfant dont la bordure corporelle défaille, voire échoue, dans sa mission de pare-excitation et de protection»¹¹⁹. En effet, les expériences sensorielles sur la peau permettant d'alimenter l'enveloppe corporelle sur laquelle va s'étayer la psyché. Il est, par ailleurs, nécessaire pour panser l'enveloppe psychocorporelle très abîmée de ces enfants, d'ajouter, d'assembler les enveloppes sensorielles tactiles, sonores et visuelles. Cela apporte une contenance globale et renforcée afin d'unifier le corps morcelé de l'enfant. «Le toucher-touchant [...] se place à la marge de l'écriture sensorielle sur la peau. Soutenu par le toucher de la voix, du regard, de la parole, du silence, il favorise dans le même temps le regard intériorisé de ces mêmes images : sons, mots, peau, silence... En touchant au corps, on touche à ce qu'il produit psychiquement : émotions, retour ou naissance des éprouvés sensoriels, sentiments, pensées»¹²⁰.

Par ailleurs, la continuité et la régularité des soins participent à la (re)construction de cette enveloppe psychocorporelle malmenée.

1. Le cadre thérapeutique : la contenance, les limites, le corps

«La cadre d'une peinture, c'est ce qui précise les contours, le regard, confirme la profondeur. Le cadre d'une activité, quelle qu'elle soit ; c'est ce qui définit le lieu et le temps de cette activité. Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.»¹²¹

Avec cette notion de contenance apportée par C. POTEL, nous pouvons imaginer le cadre thérapeutique comme une enveloppe qui viendrait contenir le soin lui-même.

¹¹⁹ Sarda J., 2002, p.91

¹²⁰ *Ibid*

¹²¹ Potel C., 2013, p.321

Le cadre thérapeutique représente une enveloppe maternante qui se caractérise par la disponibilité psychique du thérapeute, une contenance, un cadre spatio-temporel, du matériel, ainsi que des limites. Il est également modelé par le projet thérapeutique du patient et s'intègre dans un fonctionnement institutionnel.

L'institution contient et enveloppe l'espace de psychomotricité, le psychomotricien et le patient, mais également les parents ainsi que l'ensemble des soignants. Pour D. HOUZEL «le tissage d'une enveloppe institutionnelle est la condition pour que les processus thérapeutiques puissent y prendre place»¹²². Elle soutient et contient les professionnels dans la réalisation du soin thérapeutique, elle est d'ailleurs à l'origine de l'élaboration du projet global de soin de l'enfant. Le travail pluridisciplinaire prend alors tout son sens, les professionnels portés par l'enveloppe institutionnelle croisent leurs regards sur chaque enfant et étayent leur réflexion les uns sur les autres. De plus, l'institution accompagne et tissent une alliance thérapeutique avec les familles, elles représentent un partenaire indispensable et sont actrices des soins de leur enfant. Selon P. FERRARI, l'institution a une «fonction analogue à la fonction pare-excitante de la mère face à son enfant»¹²³.

Par ailleurs, «il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps»¹²⁴. De plus, la régularité de la prise en charge et du lieu constituent des repères stables pour l'enfant. En effet, HOUZEL D. précise que «plus un patient souffre de défaillances de la fonction contenante, plus il a besoin d'un cadre thérapeutique stable et rigoureux»¹²⁵. J'ai constaté que l'hospitalisation de Mathis durant trois semaines pour une bronchite dans son hôpital de référence, a marqué une rupture dans la continuité de la prise en charge. A son retour, ce petit garçon semblait beaucoup plus agité lors du bain thérapeutique et a nécessité de quelques séances avant de retrouver un apaisement dans l'eau.

Par ailleurs, il est tout de même nécessaire de garder en tête que le cadre thérapeutique spatio-temporel est parfois mis à mal dans un milieu hospitalier dans lequel les soins vitaux priment sur les soins psychocorporelles parfois considérés comme secondaires par les équipes soignantes. De plus, il faut jongler entre le rythme de sommeil des enfants, leur état de santé qui ne permet pas toujours de réaliser les séances, la présence des parents, et il faut s'harmoniser avec le rythme des équipes soignantes qui se relaient au cours de la journée.

Aussi, l'aspect contenant du cadre est parfois malmené lorsque l'espace privilégié à la prise en charge psychomotrice est intrusé durant la séance par les allers et venues de professionnels qui n'ont pas forcément en tête, à cet instant, que cela marque une rupture dans

¹²² Houzel D., 2005, p.143

¹²³ Ferrari P., 1994, p.131

¹²⁴ Potel C., 2013, p.322

¹²⁵ Houzel D., 2005, p.133

la bulle créée entre le psychomotricien et l'enfant. Ce-dernier est alors désorganisé, son attention se porte sur la personne qui ne fait que passer et il se coupe du lien relationnel établi avec le thérapeute.

La stabilité du cadre thérapeutique dans un milieu hospitalier repose avant tout sur le corps du psychomotricien et sa disponibilité psychique.

Ainsi, le respect du cadre thérapeutique est essentiel mais doit être très malléable et sans cesse réadapté quotidiennement à chaque situation. Cette bulle constitue une première forme d'enveloppe nécessaire à l'enfant. Selon B. ROQUES, «le cadre a pour fonction de contenir le patient et de soutenir le processus qui se déroule»¹²⁶.

2. Une relation sécurisante et contenant

La psychomotricité est une discipline charnière, au carrefour entre le corps et la psyché, qui s'établit dans un dialogue de corps en relation comme dans les interactions précoces des premières années de vie de l'enfant, où le vécu corporel étaye le psychisme.

«Le creuset développemental et théorique d'où a émergé la psychomotricité [...] est l'arrière-plan et le socle d'une pratique thérapeutique qui garantit, tout comme la relation précoce mère-bébé, le double ancrage corporel et interactif à l'œuvre dans le mouvement d'émergence de la vie psychique»¹²⁷.

Lorsque l'enveloppe psychocorporelle est défaillante comme c'est le cas chez les enfants trachéotomisés, le psychomotricien est garant, comme nous l'avons vu précédemment, d'un cadre thérapeutique contenant et sécurisant. «Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique»¹²⁸. La résonance émotionnelle en «écho» chez le thérapeute vient éclairer les éprouvés de l'enfant. J'ai fait l'expérience de cette résonance émotionnelle avec Mathis lors des changes durant le bain thérapeutique. Face à sa désorganisation tant physique avec sa motricité qui donne l'image d'un corps morcelé, que psychique où il manifeste qu'il n'est plus disponible à la relation notamment en reprenant ses stéréotypies, je me sens démunie et perçois la détresse qu'il projette sur moi.

Ainsi, le travail de contenance repose alors sur la capacité du thérapeute à mettre son psychisme à disposition du patient afin de contenir ses émotions, ses affects, ses éprouvés, et ainsi d'apaiser son vécu corporel morcelé afin de le rassembler. Pour cela, il est nécessaire de maintenir un cadre à la fois apaisant, sécurisant, ferme et solide. Mais le thérapeute doit

¹²⁶ Roques B., 2002, p.58

¹²⁷ Thiebo B., 2008, p.148-151

¹²⁸ Potel C., 2013, p.324

également s'appuyer sur ses propres ressources psychiques internes afin d'être disponible, avoir une qualité de présence, pour accueillir le vécu du patient et y faire face.

En effet, j'ai eu l'occasion de remarquer que lors d'une séance de bain thérapeutique où la psychomotricienne et moi-même étions moins disponibles, Mathis l'était également. Nous renvoyait-il que notre état psychique et affectif n'était pas suffisamment contenant et soutenant pour lui ?

Ainsi, l'une des caractéristiques de la contenance thérapeutique psychomotrice est la contenance maternelle. D'après F. REINALTER-PONSIN, le cadre thérapeutique «fournit un espace transitionnel où l'enfant trouve un exutoire psychomoteur, se projette et se répare ». Le psychomotricien rejoue le modèle de la relation mère-enfant «contenant-contenu» que représente « la capacité de rêverie maternelle » de W. R. BION, dans lequel «le nourrisson projette une partie de son psychisme, notamment ses émotions incontrôlables, le «contenu», dans le bon sein «contenant», pour les recevoir en retour détoxiquées et être du coup capable de les supporter»¹²⁹. Chaque thérapeute fait donc appel à cette capacité personnelle et professionnelle de contenir en soi ce qui est à l'autre, d'accueillir, d'abriter et de décoder ce qui est désaffecté. Il assure ainsi la fonction de pare-excitation en protégeant l'enfant des vécus qui le débordent, tout comme le Moi-peau représente une barrière psychique qui protège des agressions extérieures.

Il est donc essentiel d'adopter la juste distance relationnelle apportant la contenance nécessaire à l'enfant, en respectant ses besoins de proximité ou de distanciation. Il est ainsi primordial de respecter le rythme du petit d'Homme, ce qui suppose donc d'accepter les temps de silence, ce qui, en tant que future professionnelle, est encore source de malaise. En effet, recouvrir l'enfant d'un bain de paroles est parfois nécessaire mais cela représente surtout une enveloppe sonore qui nous rassure et nous contient. Or, le silence permet à l'enfant d'intégrer son vécu. L'enfant peut parfois prendre appui sur nous par un simple regard qui rassure pour ensuite poursuivre leur exploration, notre simple présence est rassurante, le dialogue des corps en relation suffit à apporter cette contenance.

3. Le corps du psychomotricien : médiateur des corps en relation

Selon D. LIOTARD, «la dimension relationnelle du soin psychomoteur apparaît clairement et la spécificité de l'approche en psychomotricité va se caractériser par l'implication active, corporelle et motrice du psychomotricien. Partenaire d'échanges ludiques, son corps devient un soutien, un contenant, un étayage, un miroir pour le sujet en devenir»¹³⁰.

¹²⁹ Potel C., 2013, p.328

¹³⁰ Liotard D., 2008, p.56

Ces enfants hospitalisés depuis leur arrivée au monde, n'ont parfois pas pu construire une sécurité de base nécessaire à l'intériorisation d'appuis internes stables pour explorer le monde. Ainsi, le psychomotricien doit apporter à l'enfant un appui, une contenance, dans une relation thérapeutique étayante, dans un corps à corps, afin qu'il acquiert ses propres appuis et prenne son envol.

Ces enfants associent généralement le psychomotricien au bon objet car il n'intervient pas dans la réalisation des soins intrusifs et parfois douloureux et invasifs, il respecte le rythme de l'enfant et accepte ses refus. Ainsi, une alliance thérapeutique s'établit entre les corps de l'enfant et du psychomotricien en relation.

Le corps du psychomotricien est en quelques sortes l'interprète du langage corporel de l'enfant.

Selon F. JOLY, «la spécificité de cette authentique thérapie à médiation corporelle se voit [...] fondée sur l'invitation et l'engagement dans (et à) l'interaction corporelle, à l'éprouvé d'un «corps-en-relation»»¹³¹ Ainsi, le corps du psychomotricien est médiateur de la relation thérapeutique. L'engagement corporel du psychomotricien est primordial dans la rencontre avec un enfant. Il se traduit dans le dialogue tonique et l'accordage tonico-émotionnel, le dialogue des corps en relation, la communication infra-verbale qui en découle. Il s'exprime également à travers le jeu, dans un plaisir partagé.

Le jeu étant le médiateur privilégié en psychomotricité et tout particulièrement en pédiatrie, il est nécessaire que le psychomotricien accède à son âme d'enfant et parvienne ainsi à retrouver sa capacité à jouer. La dimension imaginaire et créative du thérapeute est d'autant plus mobilisée que les enfants hospitalisés ont un imaginaire peu développé. Selon M. GAUBERTI, «la capacité de disponibilité corporelle diffuse du thérapeute est complétée par ses capacités imaginatives et créatives et par le plaisir du jeu et des échanges corporels (sensoriels, toniques, gestuels). Tout psychomotricien devrait être guidé et soutenu dans sa pratique par la mobilisation de son pôle «enfant» décanté, par sa formation et l'analyse de sa propre psychomotricité, des mécanismes affectifs réactifs»¹³².

Pour ma part, j'ai éprouvé certaines difficultés à retrouver mon âme d'enfant, à retrouver en ma mémoire les histoires, les jeux de mon enfance. Certaines de mes prises en charge ont nécessité que j'implique davantage mon imaginaire afin de supporter, de suppléer le symbolisme appauvri des enfants, et c'est ce qui a été le plus difficile à libérer en moi. Ceci m'a révélé à quel point le psychomotricien est le miroir de l'enfant. Il constitue un réel support pour l'enfant qui se sert de l'imitation pour être le reflet du thérapeute. Ainsi, j'ai compris l'importance d'étayer toute activité, de ne pas hésiter à se mettre en scène et montrer l'exemple. C'est à travers cet engagement corporel mutuel que se crée la relation thérapeutique et

¹³¹ Joly F., 2008, p.23

¹³² Gauberti M., 1993, p.118

s'instaure une relation de confiance. L'enfant s'étaye alors sur notre corps, pour lui-même prendre corps.

«La fusionnalité fonde l'identité comme son contraire (comme le chaud ne peut-être conceptualisé que par référence au froid). Aussi l'enfant ne peut-il accéder à l'identité que s'il a connu la fusion»¹³³. La thérapie psychomotrice permet au patient de régresser vers ce que D. ANZIEU nomme «le fantasme de peau commune», pour ensuite se différencier progressivement et s'appuyer sur sa propre peau. Dans cette illusion de ne faire qu'un avec l'autre, l'enfant trouve des appuis externes stables et sécurisants afin d'investir son corps, de construire le sentiment d'un corps unifié. C'est alors sur cette enveloppe corporelle que la psyché va s'étayer. Dans cette recherche de fusion, la petite Julia trouve l'appui et la réassurance nécessaires qui lui permettront par la suite de se différencier de l'autre qu'elle affectionne.

Selon H. WALLON, cette fusion primitive s'exprime aussi dans le dialogue tonique. Le tonus et par conséquent le dialogue tonique constituent la première forme de communication entre le bébé et son environnement. Pour ces enfants trachéotomisés, l'accordage tonique est très difficile et cela se ressent notamment dans le portage au cours duquel, Julia comme Mathis n'ajustent pas leur tonus au mien. Dès que ces enfants sont pris dans les bras, l'adaptation posturale et l'«empathie tonique»¹³⁴ sont difficiles à obtenir. Or, «on parle à juste titre de «dialogue tonique» ; pour que le dialogue s'établisse il faut que l'échange se fasse dans les deux sens. C'est un équilibre fusionnel»¹³⁵.

Ainsi, «prendre un enfant dans ses bras et lui offrir le maintien corporel dont il a besoin est une action bien moins évidente qu'elle n'en paraît»¹³⁶.

4. Rejouer les interactions précoces

Selon H. BUCHER, «il est bien souvent nécessaire de reprendre certaines expériences de la petite enfance, qui n'ont pu avoir lieu ou ont été marquées et qui lui sont indispensables pour se découvrir lui-même, construire son identité, entrer harmonieusement en relation avec l'environnement, personnes, temps, espace, objets...»¹³⁷

Les interactions précoces étant à la base de la constitution de l'être et de son enveloppe psychocorporelle, il me semble nécessaire de rejouer ces premières interactions à l'aube de la vie pour panser l'enveloppe des enfants trachéotomisés. Ils ont besoin de repasser par la fusion du corps avec le thérapeute pour progressivement se décoller de l'autre et s'appuyer sur leur propre enveloppe, leur Moi-peau, leur identité. «La thérapie psychomotrice aurait permis une

¹³³ Aucouturier B., 1982, p.31

¹³⁴ Levron-Delostal M., 1994, p.37

¹³⁵ Aucouturier B., 1982, p.23

¹³⁶ Robert-Ouvray S., 2002, p.123

¹³⁷ Bucher H., 2004, p.102

régression vers ce fantasme de peau commune puis une différenciation progressive des deux peaux»¹³⁸.

En effet, la petite Julia nécessite, malgré une mère très présente et très adaptée dans la relation, de repasser par ces interactions précoces et notamment comportementales. Elle a beaucoup besoin de *holding* pour être rassurée et manifeste souvent l'envie d'être collée au corps de l'adulte à qui elle fait confiance. Le dialogue tonique, les gestes, les mots, les regards rassurants, la modulation de la voix ont une place centrale dans cette prise en charge. Je reprends ainsi les fonctions de contenance, de pare-excitation exercée initialement par la mère, au début de la vie du bébé.

Le maternage correspondant à «l'ensemble de soins corporels donnés à une personne dans un climat protecteur et affectif qui évoque le comportement d'une Mère à l'égard de son enfant»¹³⁹, la psychomotricité en pédiatrie semble recréer une enveloppe maternante mais de manière thérapeutique. En effet, selon P. BOURGER, « la capacité du psychomotricien [...] semble très proche de la fonction contenante de la mère»¹⁴⁰.

Ainsi, serait-il possible que cette dynamique de maternage thérapeutique, nous fasse «tendre vers le «psychomotricien suffisamment soignant»¹⁴¹, à l'image de la figure maternelle qui tend vers sa qualité de «mère suffisamment bonne».

5. Emergence d'un corps plaisir

Selon B. ROQUES, «le plaisir est le moteur de la vie»¹⁴². Mais qu'en est-il du corps des enfants trachéotomisés qui vivent à l'hôpital depuis l'aube de leur vie ?

«Le corps, lieu de souffrance, de menace de mort, peut-il être lieu de plaisir, vecteur de communication ?»¹⁴³

En effet, l'apathie et le repli sont souvent prégnants chez ces petits êtres malades. Il est alors primordial en psychomotricité de rallumer la flamme, l'élan vital, qui s'éteint parfois chez l'enfant hospitalisé. Le petit d'homme doit prendre plaisir à se mouvoir afin qu'il habite son corps, qu'il en fasse sien, bien qu'il soit l'objet de soins, ce corps doit également faire l'objet d'un désir, désir de vivre et de grandir.

Ainsi, faire émerger le plaisir éveille le désir d'explorer le monde. Dans un milieu hospitalier, où les soins priment sur le plaisir, la psychomotricité offre à l'enfant un espace dans lequel il peut, encouragé par le thérapeute, exprimer ses désirs. Il s'agit «de faire naître un

¹³⁸ Labalette D., 1989, p.26

¹³⁹ Sournia J-C., 1984

¹⁴⁰ Bourger P., 2008, p.76

¹⁴¹ *Ibid*

¹⁴² Roques B., 2002, p.47

¹⁴³ Lempp F., 1996, p.85

climat, de susciter un désir de communiquer et d'agir, de motiver l'enfant pour la découverte»¹⁴⁴.

Lors de la prise en charge autour du portage et du plaisir sensori-moteur avec la petite Julia, nous tentons de l'amener à explorer sa motricité, mais cela est source d'angoisse et d'opposition qui se manifestent par des pleurs ainsi que par une importante hypertonie globale. Le désir de se mouvoir, d'explorer le monde n'est pas encore accessible pour cette petite fille qui reste très passive, son corps n'est pas investi. Elle semble même être effrayée lorsque nous la mobilisons. Ne fait-elle pas suffisamment confiance à son corps pour l'habiter et l'investir comme lieu de plaisir ?

B. DES MEDIATIONS CORPORELLES ENVELOPPANTES

Les médiations corporelles choisies sont en lien avec les projets thérapeutiques individualisés et impliqueront le corps dans sa globalité en favorisant la relation à soi et à l'autre. La médiation constitue le support de la relation thérapeutique et permet une distance relationnelle nécessaire à chacun dans l'instauration de l'alliance thérapeutique. «La médiation est un intermédiaire qui va coder la relation»¹⁴⁵.

Concernant les enfants trachéotomisés, nous avons présenté précédemment l'intérêt de rejouer, de manière thérapeutique, les prémices de la vie relationnelle du bébé. Cela s'élabore par des médiations qui permettent à l'enfant de se reconnecter à des sensations archaïques du début de la vie, afin de repartir des fondements de la construction de l'enveloppe psychocorporelle qui a été défaillante et ainsi de prendre racine sur des bases stables et solides. Je vais présenter dans cette partie, les deux médiations qui ont été le support de mes prises en charge et qui ont étayé la relation thérapeutique.

1. Le portage

a) Une contenance physique et psychique

«Les limites du corps se construisent dans le portage dont le nourrisson a eu besoin pour se construire sa propre peau»¹⁴⁶. Le portage est une notion large qui englobe des aspects tant physiques que psychiques, initialement réalisé dans un corps à corps, mais qui peut s'effectuer par d'autres moyens. En effet, selon les cultures le portage physique se fait sur le dos, le ventre, le flanc, peau à peau, mais également à l'aide de berceau, poussette, hamac ou encore un panier en osier. Le portage psychique en revanche est universel et représente la manière dont la mère vit et porte psychiquement son enfant, au sens de D.W. WINNICOTT avec la notion de *holding*.

¹⁴⁴ Bucher H., 1994, p.114

¹⁴⁵ Potel C., 2013, p.318

¹⁴⁶ *Ibid*, p.137

On constate très tôt chez ces enfants trachéotomisés, des défauts de *holding* et de *handling*. De plus, «une sorte de «*holding* mécanique» est venue au fil du temps se supplanter au *holding* maternel»¹⁴⁷, les machines semblant remplir une fonction contenante. Ainsi, pour remédier à cela, la psychomotricité étant une discipline au carrefour entre le corps, l'émotionnel, l'affectif et le psychisme, le psychomotricien a toute sa place dans la réalisation d'un portage thérapeutique. Il met alors son corps et sa psyché à disposition du patient afin de lui apporter un *holding* satisfaisant.

A l'image de la mère qui porte son enfant contre elle et l'enveloppe dans ses bras, il favorise chez l'enfant l'éprouvé d'une unification corporelle et l'édification d'une enveloppe corporelle contenante et protectrice basée sur les sensations de la peau, qui permettra l'élaboration d'une enveloppe psychique stable. Par l'étayage d'un contenant externe représenté par le corps du psychomotricien, l'enfant va progressivement intérioriser une sécurité interne permettant ainsi «l'édification [...] d'un sentiment de continuité d'être, base de la force du moi»¹⁴⁸. Par le portage, l'enfant perçoit qu'il a un corps différencié de l'autre, et sur lequel il peut prendre appui. En effet, selon S. ROBERT-OUVRAY, «le but fondamental du *holding* est d'aider l'enfant à acquérir la capacité d'exister seul sur ses propres appuis moteurs et psychiques sans débordement d'angoisse, sans vertige, sans désorganisation»¹⁴⁹.

b) Une mise en forme du corps

Le portage doit répondre, selon N. THOMAS, «au besoin fondamental de l'enfant de se sentir soutenu et enveloppé, en sécurité émotionnelle»¹⁵⁰.

Bercé par le liquide amniotique, le bébé est naturellement positionné en enroulement sur lui-même vers l'avant du corps, ses membres repliés sur son tronc. L'enroulement est la position fœtale qui représente la première forme corporelle du bébé. Il constitue un mouvement fondamental de regroupement, de préoccupation de soi qui permet au bébé de se rassembler et se recentrer sur lui-même. En effet, «l'enroulement s'inscrit dans une perspective de se rassembler, de retourner à son centre, de ramener du dehors à soi»¹⁵¹. La capacité de l'enfant à retrouver cet enroulement marque qu'il a intégré des repères internes suffisamment stables afin de s'appuyer sur lui-même pour se rassurer.

Le mouvement d'enroulement est une composante nécessaire au portage de l'enfant, qui lui procure un sentiment de sécurité, et lui donne la sensation d'une unité corporelle. Il contribue

¹⁴⁷ Levron-Delostal M., 1994, p.37

¹⁴⁸ Winnicott D.W., 1989, p.375

¹⁴⁹ Robert-Ouvray S., <http://robertouvray.free.fr> (article consulté le 05 mars 2016)

¹⁵⁰ Waroquier C., 2006, p.161

¹⁵¹ Coeman A., Raulier De Frahan M.H., 2004, p.23

à étayer le sentiment de sécurité de base et de bien-être. Le petit d'homme se sent alors porté, soutenu, contenu par un environnement sécurisant.

Toutefois, l'enroulement n'est pas une posture utilisée par les enfants trachéotomisés qui présentent une hypertonie axiale avec un dos plat, à l'image du matelas de leur lit. De plus, la présence de la trachéotomie dans leur cou gêne et entrave le regard et l'exploration visuelle de l'environnement.

c) Une relation de confiance à édifier

«Nous ne pouvons prétendre porter l'autre sans avoir au préalable établi avec lui une relation de confiance»¹⁵². En effet, D. ANZIEU précise que l'«on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même»¹⁵³. Avec du recul, cette phrase s'avère être une évidence, le portage implique de faire suffisamment confiance à l'autre afin de le laisser entrer dans un corps à corps avec soi, cela peut avoir un caractère intrusif et angoissant pour certains enfants. C'est ce que j'ai vécu avec la petite Julia, qui a nécessité de beaucoup de temps afin d'accepter que je la porte. Au début de notre rencontre, elle était totalement envahie par l'angoisse lorsque je m'approchais d'elle et recherchait aussitôt à se blottir contre le corps de la psychomotricienne afin d'être rassurée. Elle m'a alors immédiatement mise à distance et faisait mine de m'ignorer, mais elle m'observait de loin. Progressivement j'ai pu me rapprocher physiquement de cette petite fille, la psychomotricienne venait me toucher pour rassurer Julia et lui montrer qu'elle pouvait également avoir confiance en moi, que je ne représentais pas un danger pour elle. Ainsi, cette enfant m'autorisait davantage à amoindrir la distance qui nous séparait, jusqu'à accepter un jour que je la prenne dans mes bras.

Toutefois, les premiers portages ont été marqués par un dialogue tonique très peu adapté. Le portage sous-tend la rencontre de deux corps, deux tonicités et donc un dialogue tonique dans lequel les deux partenaires doivent s'ajuster l'un à l'autre. Or, Julia ne s'ajuste pas du tout dans les bras, elle conserve une hypertonie axiale et une hypotonie des membres inférieurs. En revanche, lors de nos premiers corps à corps, elle s'agrippait à la peau de mon cou. J'ai alors eu le sentiment que c'était un signe d'alerte qu'elle me lançait afin de me faire comprendre qu'elle acceptait cette proximité corporelle mais qu'elle ne m'accordait pas encore toute sa confiance. Au cours de nos rencontres suivantes, cette petite fille me sourit et me tend les bras lorsque je lui tends mes mains pour la porter. Elle ne m'agrippe alors plus la peau mais s'accroche à ma blouse comme si elle s'inquiétait que je ne la maintienne pas en sécurité. Ainsi, j'adopte une posture et une attitude la plus contenante et rassurante pour qu'elle se sente réellement contenue et soutenue par ma présence. En effet, selon S. ROBERT-OUVRAY,

¹⁵² Gaucher-Hammoudi O., 2007, p.11

¹⁵³ Prayez P., 2002, p.111

«l'enfant éprouve sa sécurité corporelle dans la dynamique soutenante du dialogue tonique. Autrui ne le laisse pas tomber dans ce qu'il est en train de vivre. L'enfant peut compter sur quelqu'un et il compte pour quelqu'un»¹⁵⁴.

Les bras sécurisants de l'autre participent à l'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle contenant. Le bain thérapeutique permet également la construction d'une première forme d'enveloppe.

2. Le bain thérapeutique enveloppé

a) Les soins de développement

Je choisis de présenter en quelques lignes les soins de développement qui semblent être essentiels à mettre en place pour améliorer les conditions de vie des enfants hospitalisés.

Le terme «soins de développement» regroupe l'ensemble des stratégies environnementales et comportementales visant à favoriser le développement harmonieux du nouveau-né prématuré ou à terme dans ses différentes composantes : végétative, comportementale, neurologique et relationnelle. Initialement utilisés pour intervenir sur la douleur comme une alternative aux traitements médicaux, il faut dorénavant considérer «ces soins de développement comme la base fondamentale de toute prise en charge de la douleur et du stress néonataux»¹⁵⁵. Ainsi, ces soins pensés et adaptés à chaque enfant, devraient désormais être mis en place dans tous les services de néonatalogie et pédiatriques. L'objectif des soins de développement dépasse le cadre de la douleur. Il s'agit de restreindre les événements générant du stress en modifiant l'environnement de l'enfant au niveau sonore, lumineux et de la posture, de favoriser les moments de bien-être en privilégiant les soins non douloureux tels que l'enveloppement, le «peau à peau», le massage, ceci permettant également de favoriser les liens entre les parents et l'enfant.

Ainsi, malgré le manque de mise en place de ces programmes de soins de développement, les psychomotriciens réalisent au quotidien des installations, des soins non douloureux qui participent à l'aménagement de l'environnement et au bien-être des enfants hospitalisés. Le bain enveloppé, favorisant l'apaisement de l'enfant, peut en être un exemple.

b) Une seconde peau

Durant ce bain thérapeutique, l'enfant est enveloppé dans un lange. Comme l'enveloppement humide, donnent des sensations tactiles limitantes, le bain enveloppé a pour

¹⁵⁴ Robert-Ouvray S., 2002, <http://robertouvray.free.fr> (article consulté le 05 mars 2016)

¹⁵⁵ Sizun J., Dobrzynski M., Ansquer H., 2002, <http://jle.com> (article consulté le 24 avril 2016)

objectif d'aider le bébé à ressentir ses limites corporelles. Enveloppé par le linge et l'eau, l'enfant retrouve un apaisement, une sécurité interne lui permettant d'être plus disponible à la relation. Il peut alors entrer en interaction avec son environnement.

L'hôpital est un milieu très médicalisé où les soins rythment le quotidien des enfants. Le processus d'attachement et le « peau à peau » étant souvent mis à mal, les psychomotriciens utilisent le bain pour rejouer les interactions précoces en favorisant les interactions corporelles.

Dans ce contexte d'hospitalisation et par leur pathologie, le corps et la peau des enfants trachéotomisés sont malmenés. Les premiers touchers sont des gestes mécaniques pour procurer les soins, ils font partie du quotidien de l'enfant, sont indispensables à sa survie et peuvent être agressifs malgré la bienveillance des soignants. «Le bébé subit des intrusions, sa peau est irritée, piquée, percée, égratignée»¹⁵⁶ par les appareillages, les nouveaux orifices de l'enfant tels que la trachéotomie et la gastrostomie, qu'il ne contrôle pas. Ainsi, son intérieur est «visité» par des sondes d'aspiration, d'alimentation, de ventilation.

Qu'en est-il de l'unité, de l'enveloppe psychocorporelle lorsque la peau, enveloppe protectrice et contenante est agressée, «perforée» ?

Selon C. DRUON, «l'enfant qui souffre et, de ce fait, vit sans doute des sensations morcelantes, car l'une ou l'autre partie de son corps requiert son attention plus que le reste, essaie de trouver un moyen pour se rassembler en un point extérieur ou intérieur de son corps. Cette recherche est un moyen de surmonter un état de panique intérieure provoquée par un niveau trop élevé de souffrance»¹⁵⁷.

Dans le cas des enfants trachéotomisés que j'ai rencontré, certains d'entre eux s'appuient essentiellement sur eux-mêmes comme Mathis qui, se crée des stéréotypies corporelles, des stéréotypies d'objets sonores et s'agrippe, tire sur ses fils comme s'ils étaient un prolongement de lui-même. Ainsi, il s'auto-stimule afin de se rassurer et se sentir exister. D'autres enfants comme c'est le cas pour la petite Julia, s'appuient préférentiellement sur l'autre lorsque c'est un visage familier et en qui elle a confiance avec qui elle recherche le «peau à peau». Cependant, cette enfant adopte certains comportements d'auto-réassurance en portant ses mains à la bouche, mais également en fixant un point dans le vide, elle se coupe ainsi de la relation lorsqu'elle est soudainement prise par l'angoisse.

Les manifestations corporelles et émotionnelles, les mimiques de l'enfant durant le bain thérapeutique sont les traducteurs de ses éprouvés corporels. Les petits êtres trachéotomisés n'ayant pas accès au langage oral, la communication infra-verbale est d'autant plus prégnante et représente le seul traducteur de l'état de l'enfant. En effet, «toutes les émotions utilisent le corps comme leur théâtre»¹⁵⁸.

¹⁵⁶ Clemot-Delalle F., Gallot A., 2010, p.72

¹⁵⁷ Druon C. citée par Clemot-Delalle F., Gallot A., 2010, p.72

¹⁵⁸ Damasio A. R., Antonio R. cités par Clemot-Delalle F., Gallot A., 2010, p.74

La situation du bain est un moment où la vulnérabilité du bébé resurgit notamment lors du déshabillage, des portages pour passer d'un milieu à un autre. Au moment du déshabillage, quand les vêtements ne contiennent plus, qu'ils ne permettent plus de sentir la chaleur autour de soi, ni de sentir les limites du corps, le petit d'homme est en perte de repères. Cette intolérance à la dénudation rappelle selon G. HAAG, «le traumatisme de la resenti de la naissance [qu'est] la perte brutale des sensations peau in-utéro»¹⁵⁹.

En effet, lorsque nous retirons les vêtements qui enveloppent le corps et la peau de Mathis, ce petit garçon se désorganise totalement. Sa peau le démange, il se gratte beaucoup, pleure et entre dans une agitation motrice avec un recrutement tonique important. Je ressens alors à travers ses manifestations corporelles qu'il est dans un mal-être profond, il semble impuissant face à ses démangeaisons qui font l'objet de toute son attention. Ainsi, la dénudation provoque un éclatement corporel, l'enveloppe des tissus qui protégeait l'enveloppe peau n'est plus, l'enfant se sent alors vulnérable et sans repères.

Dans la situation de nudité liée au bain thérapeutique, la peau est soumise à de nouveaux flux sensoriels lorsque nous recouvrons et découvrons le corps de l'enfant, lors du portage, ou encore au moment où il entre en contact avec l'eau. Les variations de température entre l'air ambiant et l'eau du bain, ou encore entre la main de l'adulte et le savon sur le corps sont également perçues par la peau de l'enfant.

Les flux sonores et visuels participent également au rassemblement du corps de l'enfant dans une unité. En effet, les comptines que nous chantons durant les temps de change et le bain de Mathis, semblent constituer une enveloppe sonore qui l'apaise et recentre son attention sur ses sensations corporelles. Le regard quant à lui possède une importance particulière dans les interactions, il traduit et projette notre état psychocorporel dans les yeux de l'autre. Pour ces enfants trachéotomisés qui ne prennent pas appui dans la relation à l'autre, le contact visuel est très difficile à capter. Toutefois, durant le temps de bain thérapeutique, Mathis est capable de s'accrocher à mon regard quelques instants. Cet agrippement visuel se caractérise par une profondeur du regard de ce petit garçon qui semble recherche un appui, une contenance à travers mon corps.

Le psychomotricien devient alors un «porte-manteaux sensoriels»¹⁶⁰ sur lequel l'enfant peut s'accrocher. Toutes ces variations de flux sensoriels participent à l'élaboration d'une unité psychocorporelle puisque la construction de la psyché repose sur des expériences corporelles étayantes.

¹⁵⁹ Haag G. citée par Clemot-Delalle F., Gallot A., 2010, p.74

¹⁶⁰ Clemot-Delalle F., Gallot A., 2010, p.77

c) L'enveloppe en tissu

Lorsque le bébé est à nu, que les vêtements enveloppant la peau ne la protègent plus, il cherche des points d'appuis, a se tenir, se raccrocher à un appui stable. L'enfant tente alors de se protéger des sensations désagréables. L'enveloppe en tissu va lui permettre de s'apaiser et de retrouver une sécurité interne. Le linge a une fonction pare-excitatrice, il constitue une seconde peau pour l'enfant qui le contient.

En effet, l'enfant a besoin d'un ressenti concret d'enveloppe offert par le toucher, le portage mais également par le tissu qui recouvre le corps de l'enfant.

Selon DRUON C., «c'est sans conteste la recherche d'une continuité corporelle, sur laquelle s'organise la vie psychique, qui est la plus importante et apporte la meilleure réassurance»¹⁶¹. Dans le cadre du bain enveloppé c'est essentiellement le tissu enveloppant le corps de l'enfant qui apporte cette sensation de continuité corporelle.

J'ai observé l'importance de cette enveloppe en tissu lors du bain enveloppé de Mathis. Lorsque sa peau est à nue, ce petit garçon s'agite, se désorganise et chaque partie de son corps donne l'impression de ne plus être reliées les uns aux autres, laissant naître l'image d'un corps morcelé. Cependant, dès que nous l'enveloppons avec la serviette, cela rassemble l'ensemble de son corps et l'apaise.

Ainsi, l'enveloppe en tissu libère l'enfant de ses recherches d'appuis comme si elle était suffisante pour le rassembler et le maintenir dans un état d'équilibre. Associée aux enveloppes tactiles, sonores, visuelles, elle favorise un cadre sécurisant. Grâce à sa fonction contenante, elle apaise le petit d'homme et limite ses mouvements parasites, le rendant ainsi plus disponible à la relation. «L'enveloppe en tissu est en quelque sorte l'harmonisateur de l'interaction»¹⁶² entre l'enfant et le psychomotricien. En s'imbibant d'eau, l'enveloppe en tissu répand uniformément son poids et sa chaleur sur toute la surface de la peau. Elle la protège en limitant les flux sensoriels désagréables et prend le rôle de pare-excitation, fonction défaillante de la peau et donc du Moi-peau de l'enfant. Cette enveloppe dessine les contours, les limites du corps de l'enfant et en recouvre les traces d'un corps médicalisé. «Elle l'habille d'une seule enveloppe et le fait exister comme un corps unifié, nous renvoyant l'impression d'une continuité corporelle»¹⁶³.

d) L'eau : une sensation d'enveloppe recréée

L'eau, «vivante est souple, elle est cette matière subtile qui engage le corps dans sa fluidité. Elle porte et enveloppe celui qui veut bien s'abandonner. Elle touche et caresse, dessine les

¹⁶¹ Druon C. citée par Clemot-Delalle F., Gallot A., 2010, p.74

¹⁶² Clemot-Delalle F., Gallot A., 2010, p.79

¹⁶³ *Ibid*

limites du corps dans un contact sensoriel où la peau à la première place. Elle se fait écho du mouvement et cet écho de l'eau témoigne de la présence du corps, de soi, de l'autre»¹⁶⁴.

L'eau enveloppe le corps et recrée les sensations archaïques du milieu maternel voire même de l'enveloppe utérine dans laquelle l'enfant est contenu, sécurisé. Ainsi, elle peut raviver les sensations archaïques du début de la vie. L'eau berce, porte, donne forme au corps comme le fait la mère pour son enfant lorsqu'elle l'enveloppe dans ses bras, ou même lorsque le petit être est enveloppé par le placenta durant sa vie intra-utérine.

Repasser par ces sensations primitives permet de recommencer à dessiner l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant, là où sa mise en place a été défaillante pour ces enfants trachéotomisés.

L'eau est une matière indestructible qui peut être attaquée, touchée, mais elle restera intacte et soutiendra toujours le corps. Elle offre ainsi une contenance permanente, et représente un appui externe stable sur lequel peut se construire l'enveloppe psychocorporelle.

L'eau dessine les limites du corps et révèle l'imperméabilité de la peau qui conserve sa fonction contenante et protectrice, bien qu'elle soit « perforée ». Elle délimite une frontière entre soi et l'autre, une distinction entre le dedans et le dehors et représente alors un médiateur tactile entre soi et le monde environnement qui permet de s'ouvrir à la relation.

e) La verbalisation : un bain de paroles, mettre des mots sur les maux

La verbalisation constitue une enveloppe sonore qui vient s'ajouter aux autres enveloppes sensorielles afin d'apporter la contenance nécessaire à l'enfant.

Dans un corps affaibli, intrusé et douloureux, il est primordial d'expliquer ce que l'on va faire sur le corps de l'enfant ainsi que de mettre des mots et du sens sur ce qu'il ressent et vit.

Toutefois, il est souvent difficile de verbaliser ce que l'enfant vit de l'intérieur, ces enfants ne donnant uniquement des signaux corporels qui sont parfois difficiles à interpréter. Cette difficulté à comprendre l'état interne de l'enfant témoigne-t-il de sa propre désorganisation psychique ?

Il est donc essentiel de prêter attention à la communication infra-verbale, à la moindre manifestation corporelle de l'enfant qui signifie quelque chose de son vécu à la fois corporel et psychique.

Ainsi, le bain enveloppé, fait appel aux sensations archaïques vécues par le bébé avec l'enveloppe maternelle. Il offre ainsi la possibilité de rejouer, de manière thérapeutique, les interactions précoces qui ont été défaillantes pour les tout-petits hospitalisés à l'aube de leur vie. Ce double enveloppement du linge et de l'eau, permet d'unifier l'enveloppe psychocorporelle effractée de l'enfant trachéotomisé.

¹⁶⁴ Potel C., 2009, p.17

3. Considérer l'appareillage médical dans la globalité de l'enfant

La psychomotricité a la particularité de penser le patient dans sa globalité psychocorporelle. Ainsi, il est indispensable de prendre en compte l'appareillage médical dans la prise en charge de l'enfant trachéotomisé. Cela nous confronte à des limites notamment de mobilité, il faut donc sans cesse nous adapter à ces contraintes.

Lors du bain thérapeutique, Mathis est sous oxygène administrée par un stroller relié à la trachéotomie. Nous devons être attentives à ce que le filtre de la trachéotomie ne tombe pas afin que l'enfant reste oxygéné en permanence. Par ailleurs, la canule de trachéotomie ne doit pas recevoir d'eau, ainsi nous devons rester très vigilants, et nous veillons à ne pas mettre trop d'eau sur le haut du thorax.

Lors du portage et des expériences sensori-motrices, la motricité de Julia est limitée par l'appareillage mesurant sa saturation en oxygène relié à son pied, et parfois même par la nutrition entérale branchée sur la gastrostomie. Les éléments nutritifs contenus dans une poche sont transportés dans un sac à dos, celui-ci doit rester à proximité de l'enfant car la sonde de nutrition artificielle est assez courte. Il est alors difficile de faire abstraction de ces nombreux fils reliant l'enfant à ses appareillages, cela nécessite donc de les prendre en considération dans le choix des médiations thérapeutiques.

C. MON VECU ET MON POINT DE VUE

Ce stage m'a permis de découvrir la psychomotricité auprès de jeunes patients en souffrance physique et psychique. Tout au long de cette année, cette clinique a enrichi tant mon expérience professionnelle que personnelle. J'ai dû faire preuve de beaucoup d'adaptation concernant les contraintes médicales qui sont assez angoissantes au départ. De plus, j'ai pu comprendre toute l'importance de l'engagement corporel du psychomotricien auprès de ces enfants qui ont peu d'appétence à se mouvoir et à être en relation. J'ai pris conscience qu'il faut beaucoup «surjouer» et ne pas hésiter à se mettre en scène. Aussi, j'ai pris conscience du rôle essentiel du corps comme soutien de la relation thérapeutique psychomotrice.

Ainsi, je pense que la psychomotricité auprès d'enfants trachéotomisés est légitime et nécessaire afin de panser leur enveloppe psychocorporelle défaillante. Nous prenons en compte l'enfant dans sa globalité et sommes à l'écoute de ses besoins, ses manifestations corporelles dans un dialogue des corps. Lors d'une rencontre avec un enfant, le psychomotricien met son psychisme au service du patient et son corps est le support à la relation thérapeutique. «C'est ainsi que les sensations, puis perceptions librement retrouvées, ressenties et/ou que nous induisons par le mouvement, la respiration, le son, la relaxation, le toucher, permettent au sujet de reprendre contact avec son corps et de le sentir de plus en plus vivant. Par-là, nous visons

une meilleure unité du corps propre»¹⁶⁵. C'est donc à travers des médiations corporelles adaptées à chaque enfant que nous reconstituons progressivement leur unité psychocorporelle, à l'image des pièces d'un puzzle que nous rassemblons.

¹⁶⁵ Liotard D., 2008, p.59

CONCLUSION

La trachéotomie et l'hospitalisation ont de nombreuses répercussions sur l'enfant et sa famille. La maladie, l'environnement hospitalier et la séparation précoce induite mettent à mal l'élaboration de la construction psychocorporelle de l'enfant qui est alors défaillante. Pour ces petits d'Hommes dont le vécu corporel et psychique est douloureux, il est primordial de raviver la flamme, l'élan vital qui parfois sommeille en eux. La psychomotricité possède alors une place essentielle auprès de ces patients, elle pense l'enfant dans sa globalité et propose à travers des médiations corporelles adaptées à chaque patient, un étayage physique et psychique.

«Nous éprouvons notre corps par l'expérimentation du corps d'autrui dans la relation et nous vivons alors un enracinement de l'autre dans notre structuration psychocorporelle»¹⁶⁶. Ainsi, rejouer les interactions précoces mises à mal au sein de la dyade mère-nourrisson, permet d'apporter la contenance nécessaire à l'enfant pour que naisse en lui le sentiment d'exister, d'habiter un corps unifié et sécurisé. Le psychomotricien reprend, en alliance avec les parents, la fonction contenante et pare-excitatrice de la mère. Il offre ainsi à l'enfant la possibilité de faire «l'expérience d'un objet contenant auquel il puisse s'identifier, afin de se sentir suffisamment contenu à l'intérieur de sa propre peau»¹⁶⁷. A travers le dialogue des corps en relation, l'enfant va trouver un repère externe fiable sur lequel il va pouvoir s'appuyer pour prendre son envol.

Toutefois, la relation thérapeutique est délicate à instaurer avec les enfants trachéotomisés. L'angoisse des visages étrangers de Julia ou le repli relationnel de Mathis ont entravé la mise en place de l'alliance thérapeutique entre eux et moi. Il est primordial de respecter leur rythme, de leur laisser le temps de nous appréhender puis de tisser un lien de confiance. La progression de ces enfants trachéotomisés est lente et parsemée d'embûches qui peuvent engendrer des phases de stagnation voire de régression dans leur développement. L'engagement corporel et psychique du psychomotricien est alors essentiel pour soutenir l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle unifiée de l'enfant.

«Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre, complice de son existence»¹⁶⁸.

Chaque enfant possède son parcours de vie, avec sa pathologie, son vécu corporel et psychique, une histoire familiale imprégnée en lui. Le développement a alors une dimension singulière, il est propre à chacun. Toutefois, il semble que les enfants trachéotomisés présentent des similitudes dans leur développement. Ainsi, y aurait-il des spécificités dans le développement psychomoteur et psychoaffectif propres aux enfants trachéotomisés ?

Les écrits sur ces enfants sont peu nombreux, cette réflexion me semble alors intéressante à approfondir et pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

¹⁶⁶ Robert-Ouvray S., 2002, <http://robertouvray.free.fr> (article consulté le 05 mars 2016)

¹⁶⁷ Ciccone A., L'hospital M., 2001, p.11

¹⁶⁸ De Ajuriaguerra J., 1985, p.275

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

ANZIEU D. (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1985.

AUCOUTURIER B., LAPIERRE A. (1982), *Fantasme corporel et pratique psychomotrice en éducation et thérapie : «le manque de corps»*, Paris, Dion.

BEN SOUSSAN P. (1996), *Parents et bébé séparés*, Paris, Syros.

BEN SOUSSAN P. (1998), *Le bébé à l'hôpital*, Paris, Syros.

BEN SOUSSAN P. (2014), *Naître différent*, 1001 BB-drames et aléas de la vie des bébés, Toulouse, Erès.

BUCHER H. (2004), *Développement psychomoteur et examen psychomoteur de l'enfant*, Paris, Masson.

BUCHER H. (1994), *Le «plaisir d'être» comme thérapie*, Paris, Masson.

CICCONE A., LHOPITAL M. (2001), *Naissance à la vie psychique*, Paris, Dunod, 1991.

COEMAN A., RAULIER DE FRAHAN M.H. (2004), *De la naissance à la marche*, Bruxelles, ASBL Etoile de l'herbe.

DAVID M. (1998), *0 à 2 ans Vie affective et problèmes familiaux*, Paris, Dunod.

DUFOYER J-P. (1979), *Le développement psychologique de l'enfant de 0 à 1 an*, Paris, PUF.

FERRARI, P. (1994), *Psychoses infantiles*, in *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Flammarion Médecine sciences.

GAUBERTI M. (1993), *Mère-enfant : à corps et à vie, Analyse et thérapie psychomotrice des interactions précoces*, Paris, Masson.

HOUZEL D. (2010), *Le concept d'enveloppe psychique*, collection Concept-psy, Ed. In Press, 2005.

KREISLER L. (1989), *La Psychosomatique de l'enfant*, Paris, Presses universitaires de France.

LEFEVRE A., (2012), *100% Winnicott*, Paris, Eyrolles.

MAZET P., STOLERU S. (1993) *Ppsychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson.

- MONTAGU A. (1979), *La peau et le toucher*, Paris, Ed du Seuil.
- POTEL C. (2013), *Etre psychomotricien*, Toulouse, Erès, 2010.
- POTEL C. (2009), *Le corps et l'eau*, Toulouse, Erès, 1999.
- PRAYEZ P., 2002, *Le toucher apprivoisé*, Lamarre, collection Fondamentaux.
- REY A., (2006), *Dictionnaire Le Robert Micro*, Paris.
- RINGLER M. (2001), *L'enfant différent, accepter un enfant handicapé*, Paris, Dunod, (1998).
- ROBERT-OUVRAY S. (2007), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer, 1993.
- ROBERT-OUVRAY S. (1995), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Hommes et perspectives.
- ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A. (2011), *Le tonus et la tonicité*, (p.145-177), *In* ALBARET J.M., GIROMINI F., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Coll. Psychomotricité, Tome 1, Paris, De Boeck-Solal, 2011.
- SOURNIA J-C (sous la dir.), 1984, *Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement*, Paris, Franterm.
- THIBAUT-WANQUIET P. (2008), *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital, la place des proches dans la relation de soin*, Paris, Masson.
- TUSTIN F. (1989), *Le trou noir de la psyché*, Paris, Seuil.
- WINNICOTT D.W. (1992), *Le bébé et sa mère*, Londres, Payot.
- WINNICOTT D.W. (1989), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, collection Science de l'homme, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT D.W. (2002), *Jeu et réalité*, coll. Folio essais, Paris, Gallimard, 1975.

Articles :

- de AJURIAGUERRA J. (1985), *Enfance*, Vol 38, N°2, p.265-277.
- BEN SOUSSAN P. (1999), *Le bébé et la parole qui donne du corps à l'être*, *in* *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n°118, p.32-37.
- BOURGER P. (2008), *De l'appropriation de concepts à l'individualisation de la prise en charge en psychomotricité*, *in* sous la direction de POTEL C., *Psychomotricité entre théorie et pratique*, Paris, Edition In Press.

- BRUCHON M. (2004), Quand elle me prend dans ses bras... ou la fonction contenance en thérapie psychomotrice, *in Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n°138, p2-70.
- BULLINGER A. (2004), La genèse de l'axe corporel, quelques repères, in Le développement sensori-moteur et ses avatars, Ramonville Sint-Agnes, Erès, p136-143.
- CLEMONT-DELALLE F., GALLOT A. (2010), Une histoire d'enveloppe : quand le contenant permet la résonance, *in Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°162, p70-81.
- FERRAGUT E. (2004), Mémoire et liens en psychomotricité, in Emotion et mémoire, Le corps et la souffrance, Paris, Masson, p.1-10.
- GAUCHER-HAMMOUDI O. (2007), Le portage à travers des pérégrinations d'une psychomotricienne *in Thérapie psychomotrice et recherches*, n°151, p.4-13.
- GONCALVES E. (2001), De l'investissement parental de l'enfant à l'enfant sujet de son corps, *in Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°127, p.6-32.
- HAAG G. (1996), Stéréotypies et angoisses, *in Les cahiers du CERFEE*, sous la dir. de PRY R., Université Paul Valéry Montpellier III, p.209-225.
- HERMABESSIERE C. et coll. (1991), L'enfant porteur d'une dysplasie broncho-pulmonaire en institution. Etude des troubles du développement psycho-affectif, 6^{ème} séminaire Guigoz-G.E.N.E.U.P-R.P. Devenir respiratoire du prématuré, Deauville, p.485.
- JOLY F. (2008), Psychomotricité : une motricité ludique en relation, *in Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la dir. de POTEL C., Paris Ed. In Press, p.23-41.
- LABALETTE D. (1989), Enveloppe corporelle et thérapie psychomotrice, *in thérapie psychomotrice* n°83, pp.17 à 28
- LAMOUR M., LEBOVICI S. (1989), Les interactions du nourrisson avec ses partenaires, *in Encycl. Méd. Chir.* (Paris-France), Psychiatrie, 37 190 B, 10-1989.
- LEMPP F. (1996), «Survivre ne suffit pas» Thérapie psychomotrice en unité de soins intensifs néonataux, *in Evolutions Psychomotrices*, n°8, vol 32, p80-86.
- LEVRON-DELOSTAL M. (1994), La prise en charge de l'enfant trachéotomisé, in Entretiens de Bichat, Psychomotricité, *Expansion Scientifique française*, p35-38.
- LIOTARD D. (2008), Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur, in sous la direction de POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, Ed. In Press, p56-60.

ROBERT-OUVRAY S. (1999), Le corps étai de la psyché, *in Thérapie psychomotrice*, n°177, p.46-60.

ROBERT-OUVRAY S. (2002), Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice, *in Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°132, p.62-67.

ROQUES B. (2002), Réflexion à partir du corps en relation, *in Thérapie Psychomotrice*, n°130, p46-63.

SANZ J. (2001), Du mal au corps à l'être en devenir, *in Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n°127, p76-83.

SARDA J. (2002), Le toucher en thérapie psychomotrice, *in enfances & PSY*, n°20 dossier «Le souci du corps», p86-95.

THIEBO B. (2008), Unité psychomotrice : des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques, *in Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°56, p.148-151.

WAROQUIER C. (2006), La psychomotricité : un accompagnement du corps de l'enfant prématuré, *in Evolutions psychomotrices*, N° 73, p. 158-162.

Mémoires :

HAUG A. (2010), *Fonction contenante et psychomotricité : de l'éprouvé à son appropriation. La thérapie psychomotrice au service d'une meilleure intégration des enveloppes corporeo-psychiques*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

LAOUABDIA L. (2011), *Le nourrisson trachéotomisé à l'hôpital, apport de la psychomotricité*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

LEPEIX S. (2010), *Le (ré)investissement corporel dans la relation thérapeutique psychomotrice : un vécu corporel à pe/anser*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

PITEL A-H. (2007), *Petite enfance à l'hôpital. Prise en charge en psychomotricité des enfants ventilés au sein d'un service de pédiatrie spécialisé*. Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

Sitographie :

- BEN SOUSSAN P., SANDRE D. (2009), Le bébé à l'hôpital, *in SPIRALE*, Erès, n°51. Introduction. La patate chaude. D'une question brûlante sur les soins au bébé.

http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=SPI_051_0015#pa5

- Dictionnaire Larousse, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/respiration/68685>
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ventilation/81424/locution?q=ventilation#176871>
- LEOVICI S., STOLERU S. (1999), in *La mère, le nourrisson, le psychanalyste*.
http://psycha.ru/fr/lebovici/1983/nourrisson_psycha16.html (article consulté le 20 mars 2016)
- ROBERT D. (2010), Journée thématique la trachéotomie de la fédération ANTADIR,
http://www.antadir.com/uploads/editor/file/flash_info_no29_tracheotomie_en_2010.pdf
- ROBERT-OUVRAY S., le holding psychomoteur, <http://robertouvray.free.fr> (article consulté le 05 mars 2016).
- SIZUN J., DOBRZYNSKI M., ANSQUER H., (2002) Soins de développement : quel bénéfice pour le confort du nouveau-né, quelle stratégie d'implantation ?, <http://jle.com> (article consulté le 10 avril 2016).
- VALERY P. (1932), L'idée fixe.
http://www.cantaltaxis.fr/pdf/dossierdeprese_mois_du_doc_2012_DEF.pdf

Brochures :

- Commission Médico-Technique et Sociale de la fédération ANTADIR : «Guide du trachéotomisé».

Conférences :

- Extrait de P. DELION dans son intervention « Enjeux cliniques autour de la grande bifurcation du musculaire et du langage », journées annuelles du SNUP, 2009.

ANNEXES

Annexe 1 : Salle de neuromotricité



Annexe 2 : Le bain enveloppé de Mathis



1^{ère} installation de Mathis avec un siège de bain et un plan incliné pour les changes



2^{ème} installation sur la table à langer permettant à Mathis d'être en position allongée ou assise

GLOSSAIRE

Canule : petite tube permettant le passage de l'air à travers un orifice faisant suite à une intervention chirurgicale.



Figure 1 : Schéma d'une canule de trachéotomie

Décanulation : représente l'action d'enlever la canule.

Dysplasie broncho-pulmonaire : anomalie de développement survenant chez le prématuré et concernant les tissus entrant dans la composition des bronches et des poumons.

Ersatz : produit de remplacement, imitation médiocre.

Gastrostomie : elle consiste à relier l'intérieur de l'estomac à la peau de l'abdomen, au moyen d'une sonde, par laquelle seront introduits les produits nutritifs. Elle est fermée à la surface de la peau par un bouton de gastrostomie

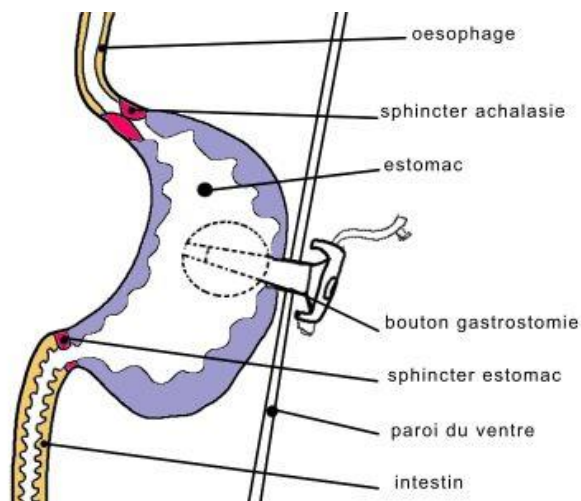


Figure 2 : Schéma d'une gastrostomie

Insuffisance respiratoire chronique : est une incapacité de l'appareil respiratoire à assumer une oxygénation correcte du sang. Elle est dite chronique lorsqu'elle fait suite à l'évolution d'une maladie pulmonaire.

Hernie diaphragmatique congénitale : est une maladie consistant en un glissement ou une migration d'un organe abdominal vers le thorax à travers un orifice du **diaphragme, qui survient avant la naissance.**

Maladie des membranes hyalines : est l'une des causes principales de détresse respiratoire du nouveau-né. Elle est liée à une immaturité pulmonaire avec un défaut en surfactant pulmonaire. (= Le surfactant pulmonaire correspond à une substance qui recouvre les alvéoles pulmonaires d'une fine couche protectrice de phospholipides qui permet d'éviter l'affaissement des alvéoles).

Motilité : aptitude à se mouvoir.

Nissen : chirurgie de l'œsophage et de l'estomac créant une valve anti-reflux.

Nutrition entérale à débit continu (NEDC) : est une technique d'alimentation artificielle apportant à l'organisme les nutriments dont il a besoin, directement au niveau de l'estomac ou de l'intestin grâce à une sonde nasogastrique ou sur gastrostomie par exemple.

Nutrition parentérale : littéralement, parentérale signifie «qui a lieu à côté de l'intestin». Ce terme est employé pour désigner l'introduction d'une substance dans l'organisme par une voie autre que digestive telles que les voies intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée. Elle se réalise souvent par cathéter central, directement dans la circulation sanguine.

Opisthotonos : contraction spastique des muscles de la nuque et du dos, prédominant sur les muscles extenseurs, où le corps forme un arc appuyé sur l'occiput et les talons.

Plagiocéphalie : est caractérisé par un aplatissement de la voûte crânienne.

Prématurité : concerne les bébés naissant avant 37 semaines d'aménorrhée ou qui ont un poids de naissance inférieur à 2200g.

Proclive : plan du lit incliné vers le bas.

Reflux gastro-oesophagien : régurgitation du contenu acide de l'estomac dans l'œsophage responsable de sensations de brûlure pouvant engendrer une inflammation de l'œsophage.

Respirateur : appareil destiné à suppléer ou assister la respiration en cas d'insuffisance respiratoire.

Sac orthostatique : culotte attachée au plan du lit qui maintient l'enfant et l'empêche de glisser.

Saturation en oxygène : La saturation en O_2 désigne la norme concernant la concentration d'oxygène que l'on retrouve dans les globules rouges du sang. Une saturation en O_2 normale doit être supérieure ou égale à 96%. En dessous de cette valeur, le patient doit être aidé pour respirer, en inhalant de l'oxygène.

Sonde nasogastrique : La sonde naso-gastrique est une sonde que l'on introduit dans l'estomac par voie nasale.

Sténose sous glottique : est un rétrécissement de la voie aérienne sous-glottique (juste en-dessous des cordes vocales).

Stroller : dispositif portatif permettant la délivrance d'oxygène.

Trachéotomie : ouverture de la face avant de la trachée dans le but d'y introduire un dispositif appelé canule, afin de permettre au porteur de respirer temporairement ou définitivement.

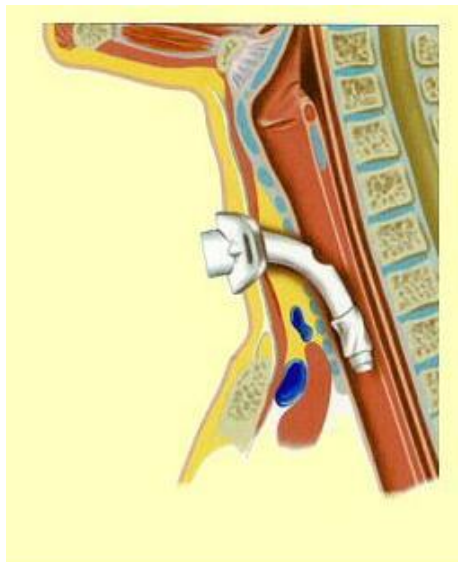


Figure 3 : Schéma d'une trachéotomie

Trachéo-bronchomalacie : désigne le ramollissement de la trachée et des bronches dû à une altération ou à la disparition des anneaux de cartilage constituant ce conduit.

Trémulation : est un terme employé surtout par les médecins pour signifier des tremblements particuliers : ce sont des sortes de contractions très rapides et très fines des muscles, qui cessent dès que l'on pose la main dessus.

Valve de phonation : est un dispositif à clapet automatique qui permet au patient d'inspirer par sa trachéotomie, mais qui se ferme dès qu'il cesse d'inspirer. Au moment de l'expiration, l'air s'échappe donc par les voies aériennes supérieures (haut de la trachée, larynx puis bouche ou

nez), permettant au patient trachéotomisé de parler s'il le désire. Les valves de phonation ont un fonctionnement automatique, ne nécessitant pas d'obstruction digitale pour parler.

Ventilation mécanique ou assistée : respiration artificielle sous machine. Technique indiquée dans le traitement des insuffisances respiratoires, permettant de suppléer à une ventilation défaillante. Cela permet d'amener de l'oxygène à l'organisme et d'en évacuer le gaz carbonique.

Ventilation non invasive : correspond aux différentes techniques médicales utilisées dans le cadre d'une assistance ventilatoire mécanique non invasive, c'est-à-dire tout procédé n'incluant pas d'intubation ni de trachéotomie.

Ventilation invasive : consiste à suppléer ou assister la respiration spontanée à l'aide d'un ventilateur et se pratique généralement dans des contextes critiques. La trachéotomie appartient à ce type de ventilation.

RESUME

Suite au diagnostic d'une pathologie chronique respiratoire, il est parfois nécessaire que le nouveau-né subisse la pose d'une trachéotomie. Cet outil à la respiration est indispensable à la survie du bébé, mais représente néanmoins un corps étranger invasif qui vient percer la peau. Le vécu corporel de l'enfant est alors douloureux, et l'hospitalisation précoce et prolongée que la maladie implique, a de nombreuses répercussions sur l'enfant et sa famille. Dès l'aube de sa vie, le nouveau-né est séparé de ses parents, ce qui entrave la mise en place des interactions précoces dans une période sensible de la construction de l'enveloppe psychocorporelle.

La psychomotricité permet grâce à un cadre thérapeutique, des médiations corporelles sécurisants et contenant de panser l'enveloppe défaillante des enfants trachéotomisés. Le corps du psychomotricien représente alors un support essentiel qui étaye la relation thérapeutique, et sur lequel l'enfant peut s'appuyer pour retrouver le sentiment d'habiter un corps unifié et contenant.

Mots clés : *Enfants trachéotomisés, enveloppe psychocorporelle, hospitalisation précoce et prolongée, relation thérapeutique, étayage physique et psychique, interactions précoces*

SUMMARY

Due to a chronic breathing pathology, it is sometimes necessary that the newborn baby suffers the placement of a tracheotomy. This tool breathing is essential to the survival of the baby, but nevertheless represents an invasive foreign body that pierces the skin. The bodily experience child's is so painful, and the early and prolonged hospitalization as the pathology involves, has many implications for the child and his family. From the dawn of life, the newborn is separated from his parents, hindering the establishment of early interactions in a sensitive period of the psychobodily envelope's construction.

The psychomotricity allows through a therapeutic setting, bodily therapeutics mediations reassuring and containers to dress the failing envelope tracheotomized children's. The psychomotrician body's then represents an essential medium that supports the therapeutic relationship, and on which the child can lean on to regain the feeling of living in a unified and container body.

Key Words : *Tracheotomized children, psychobodily envelope, early and prolonged hospitalization, therapeutic relationship, bodily and psychological shoring, early interactions*