



Les séparations dans un service de pédiatrie du nourrisson : l'hospitalisation et la séparation : deux termes indissociables ?

Sophie Achard, Julie Gouy

► To cite this version:

Sophie Achard, Julie Gouy. Les séparations dans un service de pédiatrie du nourrisson : l'hospitalisation et la séparation : deux termes indissociables ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01592140

HAL Id: dumas-01592140

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01592140>

Submitted on 22 Sep 2017

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.

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



Les séparations dans un service de pédiatrie du nourrisson

L'hospitalisation et la séparation : deux termes
indissociables ?

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'état de Psychomotricité
Présenté par Mlle Achard Sophie et Mlle Gouy Julie

Remerciements

A notre maître de mémoire et notre maître de stage externe, Nelly Thomas, pour nous avoir fait part de son expérience dans son domaine et pour ses conseils tout au long de ce stage expérimental ainsi que pour notre mémoire.

A Sophie, psychomotricienne, pour toutes les heures qu'elle a passées afin de nous guider et de nous conseiller pour l'écriture de ce mémoire.

Au chef du service, à la psychologue et à l'éducatrice du service qui nous ont soutenues, nous ont fait confiance tout au long de ce stage et sans qui ce dernier n'aurait pu avoir lieu.

Aux ASH, pour leur accueil chaleureux et pour nos sympathiques pauses café.

A l'ensemble de l'équipe du service avec qui nous avons pu partager nos connaissances et pour l'intérêt qu'ils ont porté à la psychomotricité.

Aux parents et aux enfants que nous avons rencontrés, pour la richesse de nos échanges et leur coopération.

A Aude, psychomotricienne, pour nous avoir accueillies lors d'un groupe massage parent-enfant.

A nos parents qui nous ont soutenues tout au long de ces études.

A Ambre, Eva et Juliette avec qui nous avons passé trois merveilleuses années d'étude.

«La psychomotricité trouve sa spécificité dans sa place privilégiée autour du corps de l'enfant. Elle a une place à part entière dans l'équipe et a un rôle de sensibilisation sur le corps si fragile et si malmené de nos bébés, son environnement, son évolution» (ALONSO-BENKIER S., 2005, p. 108)

Sommaire

Introduction	8
--------------------	---

I. L'influence de l'évolution de la pédiatrie 10

I.1 La vision de la pédiatrie au cours du temps	10
I.1.1. L'évolution de la place du parent au sein de la pédiatrie	16
I.1.2. Notre service de pédiatrie.....	18
I.1.2.1 La composition du service	19
I.1.2.2. Les pathologies rencontrées.....	20
I.2. L'attachement et l'hospitalisation	23
• Première observation d'Ismaël et sa maman	24
I. 2.1. L'attachement.....	25
I.2.1.1. La théorie de l'attachement de Bowlby.....	26
I.2.1.2. La théorie de l'attachement de M. Ainsworth.....	27
I.2.2. Le rôle de la figure d'attachement durant l'hospitalisation	30
I.2.2.1. Les travaux sur l'hospitalisme de R. Spitz	32
I.2.2.2. L'étude de C. Fagin	33

II. Lorsque ce lien est remis en cause : la séparation 33

• Deuxième observation d'Ismaël et sa maman	35
II.1. Séparation environnementale	36
II.1.1. Les flux sensoriels.....	36
II.1.2. Aménagement des chambres	39
II.1.3. Bouleversement des repères	41
II.2. Séparation avec ses pairs.....	44

II.2.1 Séparation familiale	44
II.2.2 Séparation avec ses pairs du quotidien	47
II.3 Quelle distance entre le parent et l'enfant pendant le soin ?	48
• Observation de Clara et ses parents.....	48
II.3.1. La place du parent lors des soins	49
II.3.1.1. Moi -peau d'Anzieu.....	52
II.3.1.2. La théorie de Bion.....	54
II.3.2. Lorsque la place du parent est remise en question.....	55
Observation d'Ahmed et de sa maman	55
II.3.2.1. Le parent : reflet de l'enfant	56

III) Le psychomotricien : maintien du lien lors de l'hospitalisation 60

III.1. Notre cadre d'intervention.....	60
III.1.1. L'adaptation.....	60
III.1.2. Le rythme du psychomotricien	61
III.1.3. Le travail en équipe.....	61
III.1.4 Les indications de prise en charge.....	62
III.2. Le rôle du psychomotricien en pédiatrie du nourrisson	63
III.2.1. Psychomotricien observateur de la dyade parent-enfant	64
• Vignette clinique de Fanta	65
III.2.1.1. Observation de l'enfant : assurer une continuité dans son développement psychomoteur	66
III.2.1.2. Observation du parent : soutien à la parentalité.....	71
III.2.1.3. Observation et accompagnement des professionnels	73
III.3. Nos médiations psychomotrices	75
III.3.1. L'apport du positionnement	75
III.3.1.1 Nos observations.....	75
III.3.1.2. Sa mise en place	77
III.3.1.3. Ses objectifs.....	78
III.3.2. L'apport du toucher thérapeutique	82

III.3.2.1. Nos observations.....	82
• Observation de Marvin et sa maman.....	82
III.3.2.2. La peau.....	85
III.3.2.3. Le toucher	86
III.3.2.4. Les objectifs et le déroulement.....	88
III.3.3. Nos limites.....	93
• Observation de Kilian et sa maman	93
III.3.3.1. L'Hospitalisme : séparations répétées	94
III.3.3.2. Les limites de nos propositions.....	97

IV. Ouverture : l'hospitalisation et la séparation : deux termes dissociables	99
• Observation de Fanta et sa maman	100
IV.1. L'enfant : reflet de l'état du parent	102
IV.1.1. Les difficultés psychiques et la parentalité	102
IV.1.2. L'impact du milieu socio-culturel	103
IV.1.3. Les conséquences psycho-affectives chez l'enfant	104
IV.2. L'hospitalisation : permettre la rencontre parent-enfant	105
IV.2.1. L'hôpital : cadre contenant et sécurisant	106
IV.2.2. Assurer une continuité avec l'extérieur	107
Conclusion.....	109
Glossaire	110
Bibliographie.....	113
Annexes.....	118

Introduction

Le mémoire que vous allez lire s'appuie sur un stage expérimental réalisé en pédiatrie du nourrisson. Durant ce stage, nous avons tenté d'apporter la Psychomotricité, qui était inexistante dans le service. Nous avons pu élaborer un projet de stage, du début à la fin, en nous plaçant en tant que futures Psychomotriciennes. Les premiers mois ont été marqués par un temps d'observation et de recherches bibliographiques. Diverses sources, que ce soit des livres, des films, des articles..., nous ont aidées à fournir une réflexion soutenue par des apports théoriques. Il nous semblait primordial de penser et de réfléchir au préalable à notre rôle avant de mettre en place notre approche psychomotrice. Ce temps nous a également permis de découvrir le fonctionnement du service, de l'équipe et d'appréhender la population. Ensuite, nous nous sommes concentrées sur un travail concret et visible par l'équipe. Le positionnement nous a semblé être un bon point de départ. Enfin, nous avons amené le toucher thérapeutique. Cette médiation s'est avérée être celle qui répondait le mieux à nos observations ainsi qu'à nos hypothèses. Chacune de nos propositions ont été expliquées au chef de service, puis validées. En parallèle, n'ayant pas de psychomotricien sur place, nous sommes entrées en contact avec notre maître de stage externe et une autre psychomotricienne travaillant dans ce même hôpital. Cela nous a permis de confronter nos idées et d'adapter au mieux nos propositions psychomotrices.

Écrire ce mémoire à deux nous a donc paru évident afin d'échanger, d'approfondir et d'étoffer notre réflexion.

Le service de pédiatrie dans lequel nous sommes, accueille des enfants âgés de la naissance à trois ans. La durée et la raison de l'hospitalisation varient selon chaque enfant. Les problématiques, nos réflexions et notre approche se voient ainsi modifiées selon tous ces critères. Certains enfants viennent pour de courts séjours et d'autres pour des hospitalisations plus longues.

En effet, les trois premières années de vie de l'enfant représentent une période clef dans son développement psychoaffectif et psychomoteur.

Une hospitalisation durant cette période n'est pas anodine. Elle vient marquer une rupture avec le milieu habituel. Ces nombreuses séparations engendrées par l'hospitalisation nous ont interpellées. Nous avons de ce fait orienté notre réflexion sur le lien entre l'hospitalisation et les séparations. Nous nous sommes posé la question suivante : L'hospitalisation et la séparation : deux termes indissociables ?

Ainsi, le déroulé de notre mémoire reprend le cheminement que l'on a eu tout au long de notre stage. Notre objectif a été de mêler notre clinique avec nos réflexions et de les enrichir avec des éléments théoriques afin de rendre ce mémoire plus vivant.

Dans notre première partie, nous aborderons l'évolution de la pédiatrie à travers l'évolution de la vision de l'enfant. Par conséquent, la place du parent est modifiée. Nous développerons la notion de lien d'attachement qu'il nous paraît nécessaire d'éclaircir afin de comprendre le rôle du parent lors de l'hospitalisation.

Dans notre deuxième partie nous parlerons des séparations entraînées par l'hospitalisation. Comment les soins vitaux viennent s'immiscer dans la relation parent-enfant ? En quoi ces séparations viennent-elles modifier la continuité environnementale et familiale de l'enfant ?

Ces multiples séparations ayant un impact sur le développement psychoaffectif et psychomoteur de l'enfant, nous verrons dans notre troisième partie en quoi la psychomotricité va inscrire l'hospitalisation dans une continuité et non une rupture.

Au fil de notre stage, un autre regard sur l'hospitalisation a vu le jour. Elle ne vient pas toujours entraver la continuité environnementale et familiale de l'enfant, mais dans d'autres circonstances, permet de soutenir le lien parent-enfant.

I. L'influence de l'évolution de la pédiatrie

«Pour comprendre la réaction d'un enfant à la séparation d'avec la mère ou à la perte de celle-ci, il est nécessaire de comprendre le lien qui l'attache à cette figure maternelle»¹

I.1 La vision de la pédiatrie au cours du temps

Le mot enfant vient du latin *infantem*, accusatif de *infans* qui signifie chez les Romains «qui ne parle pas». Cette étymologie illustre une certaine vision réductrice de l'enfant.



Albrecht Dürer, dessinateur, graveur et peintre du XVI^{ème} siècle réalise un dessin qui s'intitule *Weeding cherub*² autrement dit les pleurs cherub en français. Il représente ici un Chérubin, qui est une figure d'ange que l'on retrouve dans les religions juive et chrétienne, avec une tête d'enfant. On perçoit un visage fermé avec des traits marqués, un regard noir et des ailes repliées, signes de fermeture. Ce dessin laisse ressentir de la colère, une image négative et sombre de l'enfant. Il transmet des émotions qui ne sont pourtant pas perçues à cette époque où l'on ne lui porte pas d'intérêt.

¹ J.BOWLBY, 1978, p. 245

² A. DÜRER, dessin, 1521, <http://www.the-athenaeum.org/art/detail.php?ID=33291>

Comment la représentation de l'enfant a-t-elle évolué jusqu'à nos jours ? Comment cet intérêt porté à l'enfant a-t-il permis la création de la pédiatrie ? Plusieurs peintres, auteurs décrivent comment l'enfant est représenté à travers les siècles.

En 1687, J. de La Bruyère partage sa vision des enfants dans son ouvrage intitulé *Les caractères* : «Les enfants sont hautains, dédaigneux, colères, envieux, curieux, intéressés, paresseux, volages, timides, intempérants, menteurs, dissimulés ; ils rient et pleurent facilement»³.

Charles-Augustin Vandermonde (1727-1762) dit : «On doit donc considérer le nouveau-né moins comme un être pensant que comme une substance végétante : c'est un corps qui a toute la forme de l'homme, sans avoir les attributs de l'humanité»⁴.

En effet, le nouveau-né est longtemps considéré comme un simple tube digestif, sans aucune compétence, incapable d'éprouver des sensations ou d'avoir des affects. Il est vu comme un simple être réflexe.

Au XVIII^e siècle, deux approches sont mises en avant concernant les enfants. La première étant celle de l'enfant apparaissant comme un être en devenir, imparfait, faible et donc malade. L'enfant est vu comme fragile et renvoie à la mort. La deuxième approche voit l'enfant comme un adulte miniature. Il reste faible mais n'est plus malade. On peut lui porter de l'intérêt et manifester de la tendresse envers lui. Cette deuxième vision introduit l'affect envers l'enfant.

De la fin du XVIII^e siècle jusqu'à la Grande guerre, de nombreux bébés sont placés chez des nourrices. À cette période, peu d'intérêt est accordé aux bébés. Les parents ne s'impliquent pas dans l'éducation de leur enfant. Dans les familles bourgeoises, des nourrices viennent vivre au domicile pour les éduquer.

Nous avons pu constater que l'évolution de la pédiatrie suit celle de la représentation de l'enfant au cours du temps.

³ J. LA BRUYERE, 1951, p. 337

⁴ C.A. VANDERMONDE, 1756, p. 154

Durant l'Antiquité, du fait de l'absence de structures hospitalières, énormément de nourrissons meurent sans que les médecins n'en soient affectés. Ces derniers étant considérés comme ayant une santé fragile, leur décès est banalisé. La maladie est alors perçue comme l'état naturel du nourrisson. A cette époque, pour le médecin Hippocrate (460-377 avant J-C), la maladie résulte d'un déséquilibre entre les quatre humeurs qui sont : le sang, la bile, la mélancolie et le phlegme. Ce dernier détaille certains symptômes particuliers à l'enfance tel que l'otite, les convulsions... Il y a donc à cette époque très peu de connaissances concernant la spécificité du nourrisson.

Au Moyen Âge, il n'y avait pas encore d'hôpitaux mais des salles communes tenues par des religieuses où étaient rassemblés les malades et les pauvres. Le docteur Siguret explique ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu à Paris «conduit par ses parents, l'enfant n'a qu'à être présenté pour être admis. Une sœur portière le visite, s'inquiète quelque fois de son âge, de sa maladie, de son adresse ; mais le plus souvent ces formalités ne sont pas remplies et le nouvel arrivant est conduit directement dans la salle. Que ce soit une salle d'hommes ou de femmes ; que ce soit l'infirmerie ou à la salle des accouchées, peu importe.»⁵.

Au cours du XVIIIe siècle, la médecine passe du modèle hippocratique à la nouvelle médecine. Ce siècle est marqué par la découverte de l'enfance. La mortalité du nouveau-né semble de plus en plus préoccuper du fait que le nourrisson soit davantage reconnu comme un être irremplaçable. J.J. Rousseau dit dans son écrit *Emile ou de l'Éducation* «Je le répète, L'éducation de l'homme commence à la naissance. Avant de parler, avant que d'entendre, il s'instruit déjà»⁶. «Leur première voix, dites vous, sont des pleurs ? je le crois bien : vous les contrariez dès la naissance»⁷.

De nombreux auteurs français, anglais et allemands publient des ouvrages sur l'enfant. Ces écrits sont lus aussi bien par les parents que par les médecins. Des médecins précurseurs (protopédiatres) décident d'intervenir auprès des parents et

⁵ G.R. SIGURET, 1907

⁶ J.J. ROUSSEAU, 1782, p. 55

⁷ Ibid. p. 15

de les conseiller sur l'hygiène et l'alimentation. Ils les informent sur les symptômes alarmants nécessitant le recours du médecin. Les médecins essaient à travers l'hygiène de prévenir les maladies infantiles.

Le XIXe siècle est une période clef dans l'histoire de la pédiatrie en matière d'hospitalisation des enfants et de promotion d'actions préventives et sociales. En 1802, les premiers hôpitaux pédiatriques voient le jour. Auparavant, comme nous avons pu le voir plus haut, la médecine ne prenait pas en compte les nourrissons, les enfants et les adolescents comme ayant des caractéristiques physiologiques, pathologiques et psychologiques différentes de l'adulte. Ce n'est qu'en 1872 qu'est créé le mot pédiatrie. Cette création tardive vient de l'intérêt et la motivation des médecins à s'interroger plus particulièrement sur les enfants. Leur curiosité est freinée car ces derniers, qualifiés de dédoublés et bicéphales, peuvent facilement les dérouter. La prise en charge s'avère compliquée. En effet, le médecin doit prendre en compte ce que dit la mère tout en faisant abstraction des cris du nourrisson. Le petit enfant encore mal connu et la mère envahie par une anxiété, effrayent le médecin.

Ces débuts de la pédiatrie sont plus ou moins satisfaisants. En effet, «cette forte concentration d'enfants séparés de leur famille entraîne des hospitalismes infectieux et psychologiques»⁸. Comme nous pouvons le voir sur ce dessin, les enfants hospitalisés se retrouvent seuls sans leur parent. Les couveuses fermées des quatre côtés isolent l'enfant de son environnement.



La salle des couveuses pour enfants nouveau-nés (Dessin de L. Sabattier), 2 janvier 1897 (Cliché C. Rollet)

⁸ P.REHE, 1994, p. 33

Au XXe siècle, les hôpitaux ont commencé à disposer de boxes, de chambres individuelles... Toutes ces dispositions ont permis une accélération phénoménale en terme d'hygiène. Au cours de ce siècle, de nombreux progrès ébauchés au XIXe siècle concernant la pathologie infantile ont vu le jour. En effet, la chirurgie cardiaque, la lutte contre les maladies infectieuses, la guérison de certains cancers, l'immunologie... ont connu un essor prodigieux.

Durant cette période, l'intérêt porté aux techniques de soin concernant les enfants évolue plus rapidement que la représentation de ces derniers. Cependant, encore un enfant sur quatre n'atteignait pas l'âge d'un an et la moitié mourait avant l'âge adulte.

Ce décalage entre la technologie et la vision de l'enfant est parfaitement illustrée par l'attraction réalisée en 1903, à Luna park situé aux États Unis par M. Cooney. Cette attraction s'intitule *baby incubators*⁹ soit le pavillon des bébés prématurés, afin d'y exposer la nouvelle couveuse. Une douzaine de bébés y sont continuellement exhibés. Le bébé est vu comme un objet voire comme une "bête de foire", sa petite taille le rend spectaculaire. Cette attraction n'est pas vue comme choquante mais au contraire attise la curiosité du grand public.



Extrait du reportage « les premiers pas de la pédiatrie »¹⁰

⁹ M. CYMES, 14 juin 2016, Aventures de Médecine (reportage), de 17min51 à 18min17

¹⁰ Ibid.

Enfin, concernant notre siècle, nous allons vous expliquer la vision de la pédiatrie et de l'enfant de notre point de vue et à travers notre propre expérience au sein d'un service de pédiatrie. Bien sûr, nous sommes conscientes que tous les services de pédiatrie actuels ne sont pas comme celui-ci. Cette partie sera donc un peu plus subjective.

Nous avons pu observer que le personnel est plus sensibilisé à la prise en charge globale de l'enfant. La majorité des soignants parlent beaucoup aux enfants. Ils leurs verbalisent les soins qui vont leur être appliqués, peuvent leur montrer sur un poupon, les rassurent... Ils essayent de mettre des mots sur le ressenti de l'enfant surtout lors des soins douloureux. Pour la plupart, ils considèrent l'enfant comme un être pensant, compétant et surtout sensible. Cependant, certains soignants négligent encore le fait que l'enfant ne perçoit pas le sens propre d'un mot, mais perçoit l'intention à travers l'intonation, le rythme de la voix, la sonorité... Effectivement, nous avons pu observer des soignants parler de manière stressante, agacée, du fait de tensions entre collègues ou autre, devant l'enfant, sans se rendre compte de l'impact que cela engendre sur lui.

Ensuite, en pédiatrie et comme sûrement dans beaucoup d'autres services, le corps est tout d'abord un corps instrument, le psychisme n'est pas la priorité au vu de l'urgence somatique. Il n'y a malheureusement qu'une seule psychologue dans notre service, ce qui nous semble trop peu pour les 21 lits. Cette importance moindre apportée au psychisme peut être illustrée notamment lors des transmissions. Pour certains enfants, lors de l'hospitalisation, l'état somatique récupère plus rapidement que le psychisme. Durant les transmissions, lorsque l'état de santé général de l'enfant est abordé, le psychisme n'est pas pris en compte. Malgré l'amélioration de l'état de santé, certains signes comportementaux inquiétants (pleurs excessifs, ne joue plus, troubles sensoriels...) peuvent perdurer et ne pas être perçu par l'équipe. Tous ces signaux semblent être noyés par le flux d'informations et ne sont pas pris en compte. En pédiatrie, le somatique prime encore largement sur le psychisme. Une scission persiste. L'enfant n'est pas toujours perçu dans sa globalité mais est réduit à sa pathologie, à un corps à soigner. Le vécu psycho corporel de l'enfant est encore peu considéré.

Depuis les années 80, sachant que l'enfant peut être douloureux, la gestion de sa douleur est maintenant essentielle en pédiatrie. Des antalgiques¹¹ sont automatiquement administrés afin que l'enfant ne souffre pas. Il n'y a pas si longtemps, en 1985, des opérations lourdes sans anesthésies étaient encore effectuées. Une telle pratique à l'heure actuelle est impensable. La prise en compte de la douleur est donc une avancée notable concernant le bien-être de l'enfant au cours de l'hospitalisation.

Nous avons assisté à de nombreux soins. Lors de ces soins nous avons constaté que certains soignants utilisent sans vraiment s'en rendre compte des phrases telles que "ça ne fait pas mal", "c'est rien". A travers ces mots, ils nient inconsciemment la douleur de l'enfant, ils remettent sa parole en question, là où ils devraient accepter qu'un enfant puisse avoir mal.

Globalement la vision de l'enfant a bien évolué durant ce siècle. Etonnamment, nous avons observé que de nombreux parents ne pensent pas à verbaliser leur départ du service et leur retour. Ils pensent que ce n'est pas important car leur enfant ne parle pas et ne comprend pas.

Maintenant que nous avons retracé la découverte et l'évolution de la pédiatrie, qu'en est-il de la place du parent dans ce type de service ?

I.1.1. L'évolution de la place du parent au sein de la pédiatrie

Au début de la création de la pédiatrie, la place du parent est inexistante et ne fait pas l'objet de discussion. À partir des années 1940, la présence des parents pose question. Cependant, elle n'est pas recommandée lors de l'hospitalisation d'un enfant. Leurs visites énerveraient les enfants et perturberaient les soignants. De plus, le contact entre les enfants et les soignants reste minime afin de réduire les risques de transmission des infections. Durant l'hospitalisation l'enfant est donc dans un isolement relationnel. On note la pauvreté des interactions avec autrui.

¹¹ Glossaire

À cette époque, J. Bowlby¹² fait part du risque de cet isolement pouvant conduire selon lui à des troubles antisociaux. Les médecins instaurent par la suite l'importance d'une infirmière référente pour s'occuper plus particulièrement de l'enfant et notamment le câliner.

Vers la fin des années 1940, un pédiatre britannique appelé Spence propose la mise en place de chambre mère-enfant à l'hôpital dans le but que les infirmières leur apprennent à s'occuper de leur enfant. En parallèle de J. Bowlby, R. Spitz¹³ travaille avec des enfants séparés de leur mère après la Seconde Guerre Mondiale. Il remarque que leur état se dégrade au fur et à mesure, malgré des apports alimentaires et des soins suffisants.

Malgré toutes ces recherches faites autour de l'enfant, certains auteurs pensent toujours que l'enfant est incompetent. C'est le cas de Arnold Gesell, qui en 1950 considère toujours que le nouveau-né est une épave dépourvue de force et de pouvoir.

Dans un rapport intitulé «soins maternels et santé mentale» publié en 1951, J. Bowlby¹⁴ fait part de recommandations dans le cadre de l'hospitalisation. L'une d'entre elle dit que la mère d'un enfant de moins de 3 ans doit rester sur place. L'autre indique l'importance qu'une infirmière soit affectée à chaque enfant durant l'hospitalisation pour permettre à l'enfant de sentir qu'il a des liens solides avec une personne réelle. J. Bowlby travaille également avec J. Robertson¹⁵, travailleur social et psychanalyste, sur les conséquences de la séparation auprès de jeunes enfants hospitalisés.

Grâce à ces travaux, le gouvernement britannique reconnaît les effets de l'hospitalisation chez le jeune enfant. Il crée une commission parlementaire qui promeut l'humanisation des soins chez l'enfant hospitalisé, grâce à des visites non restrictives des parents, l'autorisation des parents à dormir avec leur enfant s'il a moins de 5 ans et l'instauration du jeu.

Ces recherches se généralisent seulement dans les années 1970-1980. Elles invitent à revoir les pratiques médicales et abordent les besoins émotionnels des

¹² J. BOWLBY, 1951

¹³ R. SPITZ, 1958

¹⁴ J. BOWLBY, 1951

¹⁵ J. ROBERTSON, J. BOWLBY, 1952

enfants et pas seulement somatiques. Cela va de pair, en 1980, avec T.B. Brazelton qui défend la conviction que le nouveau-né est compétent et interagit avec son entourage.

Par la suite, le 1er août 1983 une circulaire¹⁶ relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie voit le jour. Elle reconnaît le fait que l'hospitalisation soit une source d'angoisse pour l'enfant et pour sa famille. L'importance de la présence du parent durant l'hospitalisation ou au moins pendant la période d'adaptation est soulignée. De plus, il y a une demande d'aménagement (de chambres adaptées et de lits) pour accueillir les parents.

Cette circulaire est ensuite complétée par la circulaire¹⁷ du 23 novembre 1998. Dans cette dernière, il est rajouté «qu'en tout état de cause la mère, le père ou toute autre personne qui s'occupe habituellement de l'enfant doit pouvoir accéder au service de pédiatrie quelle que soit l'heure et rester auprès de son enfant aussi longtemps que ce dernier le souhaite, y compris la nuit»¹⁸.

Néanmoins, cette circulaire a mis du temps à se mettre en place du fait de la réticence des soignants à avoir les parents constamment à leur côté. Cela bouleverse leurs habitudes et leurs façons de travailler. Aujourd'hui, la prise en compte du parent égale celle de l'enfant.

La place du parent a donc bien évolué au cours du temps. Son intégration dans le service a été bénéfique autant pour lui que pour son enfant. Il se trouve moins passif, moins impuissant et donc moins angoissé. L'enfant quant à lui se sent rassuré, contenu, durant cette épreuve.

I.1.2. Notre service de pédiatrie

Le service de pédiatrie dans lequel nous faisons notre stage rend compte des évolutions expliquées précédemment.

¹⁶ Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants :

<http://www.sparadrap.org/content/download/884/9294/version/4/file/Circulaire83.pdf>

¹⁷ Circulaire n° DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_11219.pdf

¹⁸ Ibid. p. 2

I.1.2.1 La composition du service

Il est divisé en plusieurs unités. Il se compose des urgences pédiatriques, de l'hôpital de jour, des consultations externes, d'un service de pédiatrie du nourrisson (l'unité A) et d'un service de pédiatrie accueillant des enfants de trois à seize ans (l'unité B).

Nous effectuons notre stage dans le service de pédiatrie du nourrisson. Il accueille des bébés de la naissance à trois ans. Il est composé d'une équipe soignante assez conséquente. Trois roulements se font au cours d'une journée comportant une dizaine d'infirmières, de puéricultrices et d'aides soignants par roulement. Le service a une capacité d'accueil de vingt-et-un lits, dont six chambres mère-enfant et quinze boxes. Le nombre de chambres parent-enfant reste insuffisant et les boxes soulignent l'ancienneté du service.

En effet les boxes datent du temps où les parents ne pouvaient pas rentrer dans le service. Le terme box est encore employé aujourd'hui et renvoie à une connotation animale, bestiale. On peut supposer que ce terme est utilisé depuis les années où l'enfant était considéré comme incompetent et ainsi comparable à des animaux. Une vitre est disposée à chaque porte mais également à l'intérieur entre chaque box. L'intimité est inexistante. Les vitres permettent à l'équipe d'assurer une surveillance optimale, notamment lorsque le parent n'est pas là. Ces boxes ont été conçus petits, équipés d'un berceau, d'une chaise et d'une table à langer pour les soins du bébé. Une mère dont la petite fille de trois mois était hospitalisée depuis une semaine nous a fait part de l'inconfort des boxes. Elle nous explique qu'elle entend les conversations des parents dans les boxes voisins, elle dort au sol la nuit et éprouve une grande fatigue. C'est également le cas d'une maman dont la petite fille de deux ans et deux mois, hospitalisée pour de l'asthme, qui nous dit : «je n'arrive pas à dormir, je dors au sol sur des couvertures. Ma fille pleure en se réveillant la nuit car elle ne me voit pas.». Derrière ces boxes, on perçoit un grand couloir donnant sur des vitres accolées au berceau. Ce couloir se nomme les galeries et se situe à l'extérieur du service. Dans le temps, les galeries permettaient aux parents de venir voir leur enfant derrière cette vitre.

Les chambres appelées "mère-enfant" sont elles, assez spacieuses. Effectivement, ces chambres ne sont pas nommées "parent-enfant", ce qui pose question concernant la place que prend le père pendant l'hospitalisation. Dans ces

chambres, le lit du parent est proche du berceau. Le parent dispose d'un lavabo derrière un mur afin d'avoir un minimum d'intimité.

Ces deux types de chambres (boxes et chambres mère-enfant) illustrent comment le service s'est ajusté en fonction de l'avancée de la pédiatrie et des regards qui ont changé envers les enfants.

Entre les boxes et les chambres parent-enfant, se situe le poste de soins, le bureau des infirmières et le bureau des internes. Au fond du service, derrière les bureaux, on trouve la salle de bain pour les nourrissons, la réserve avec la pièce stérilisée pour préparer les biberons, puis la salle de jeu. Près de l'entrée du service, une salle pour les parents a été aménagée avec un canapé, un frigidaire, une table, afin qu'ils puissent venir manger et faire une pause si besoin. Les ASH y mangent également le midi. Ensuite nous avons le côté administratif avec le bureau de la cadre, le bureau du chef de service, la salle de repas... Le bureau de la psychologue se situe en dehors du service entre les deux unités.¹⁹

I.1.2.2. Les pathologies rencontrées

Lors de ce stage, nous rencontrons une multitude de pathologies de la pédiatrie générale et divers motifs d'hospitalisation : bronchiolite, détresses respiratoires, asthme du nourrisson, Gastro Entérite Aiguë (GEA), hyperthermie, grippe, accidents domestiques (brûlures, fractures...), malaise, convulsion, pyélonéphrite, drépanocytose, maltraitance (Syndrome de l'enfant secoué) ...

Nous allons décrire ci-dessous les deux pathologies que nous rencontrons le plus souvent qui sont la bronchiolite et la brûlure. Cela permettra d'avoir les apports théoriques médicaux nécessaires afin de comprendre nos illustrations cliniques tout au long de notre mémoire.

¹⁹ cf. infra. annexe n°1, p. 118

•La bronchiolite

La bronchiolite est une infection virale respiratoire, fréquente et qui touche les bronchioles (petites bronches) des nourrissons. À partir de vingt mois on parle de bronchite. Elle survient particulièrement en période hivernale avec un pic en décembre. Son mode de transmission peut être direct (par la toux et les éternuements) ou indirect (par les mains ou le matériel). Le virus survit trente min sur la peau, six à sept heures sur les objets.

Les facteurs de risques pour contracter une bronchiolite grave sont les suivants. La présence de bronches de petits calibres, dans ce cas, l'hypersécrétion entraîne une obstruction. Un système immunitaire fragile, ce qui est le cas chez les nourrissons. Les grands prématurés, à moins de six semaines de vie sont automatiquement hospitalisés vingt-quatre à quarante-huit heures minimum. Enfin, la présence de comorbidités telles que des maladies chroniques du cœur, des poumons, maladies déficitaires...

La bronchiolite peut survenir brusquement. De nombreux signes sont à repérer tels que la dyspnée²⁰, des signes de détresses respiratoires (tirage intense, battement des ailes du nez, expiration bruyante et sifflante, toux, thorax distendu...) ainsi que la présence de fièvre.

Dans certains cas, la bronchiolite peut s'aggraver si elle n'est pas prise à temps. De ce fait, l'apparition d'un pneumothorax (poumon qui se rétracte), d'une apnée, d'une surinfection bactérienne peuvent avoir lieu.

A l'hôpital, nous voyons uniquement les bronchiolites graves qui nécessitent une surveillance continue plus ou moins longue. A ce moment là, un ensemble de soins, de médicaments et de matériels sont prescrits à l'enfant. Il a donc quotidiennement une séance de kinésithérapie respiratoire. Cela permet de libérer les voies respiratoires par des manipulations au niveau thoracique. Ces séances ne sont généralement pas très appréciées par le bébé et sont très fatigantes pour lui. Ensuite, toujours dans l'objectif de libérer les voies respiratoires, les lits sont en proclives²¹ (le degré étant précisé sur la prescription médicale). Lorsque

²⁰ Glossaire

²¹ Glossaire

l'inclinaison est conséquente, l'enfant est placé dans une «culotte» afin d'éviter qu'il glisse vers le fond de son lit. Un support nutritionnel, pour limiter la fatigue, peut également être installé à travers une sonde²² oro-gastrique ou naso-gastrique. Un support respiratoire est posé pour les cas les plus graves du service sous forme de lunettes à oxygène à haut débit. Ces lunettes sont très bruyantes et vibrent ce qui peut être gênant pour l'enfant.

- La brûlure

La brûlure²³ est une destruction du revêtement cutané et parfois des structures sous-jacentes (graisseuses, musculaires, osseuses) par un agent thermique, électrique, chimique ou par des radiations ionisantes.

Elle correspond à la troisième cause de décès accidentel chez l'enfant. Effectivement, 70% des brûlures sont dues à des accidents domestiques, le plus souvent par ébouillantage, chez le garçon entre un et trois ans. La plupart des accidents se produisent avec un adulte à proximité immédiate).

Afin de mieux comprendre ce phénomène nous allons nous intéresser à la peau qui est constituée de trois couches. Tout d'abord l'épiderme qui est la couche la plus superficielle où il n'y a pas de vascularisation et qui se renouvelle en vingt-et-un jours. Ensuite, le derme qui est la couche intermédiaire reliée à la membrane basale par laquelle elle se régénère spontanément. Il est irrigué par de nombreux vaisseaux et reçoit de nombreuses terminaisons nerveuses. Enfin, l'hypoderme qui est la couche la plus profonde constituée de cellules graisseuses qui supporte le derme et entoure les muscles et les tendons. Il a un rôle nutritif et isolant thermique.

La gravité de la brûlure dépend de la profondeur, de l'étendue, de la localisation, de l'âge de l'enfant et de son état de santé général.

Les brûlures sont catégorisées en trois types. La brûlure au premier degré

²² Glossaire

²³ J.P. CHAVOIN, Cours de Médecine :
http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/sem6/brulures_201a.pdf

est une brûlure de faible importance qui se traduit par une simple rougeur et une sécheresse de la peau. Elle atteint uniquement l'épiderme de la peau. Ensuite, la brûlure au second degré est une brûlure relativement importante. On distingue les brûlures au deuxième degré superficiel et les brûlures au deuxième degré profond. Dans le premier cas la peau est simplement rougie, ce qui correspond à un coup de soleil important. Le second cas désigne les brûlures qui ont atteint les couches superficielle et moyenne de la peau. La douleur qu'elle provoque est importante. Enfin, la brûlure au troisième degré est une brûlure extrêmement grave. Ce sont généralement le type de brûlés que nous rencontrons le plus dans le service. Elle touche la peau sur une grande surface et en profondeur en affectant toutes ses couches : épiderme, derme et hypoderme. Dans ce cas, la peau ne pouvant plus protéger, les risques d'infections sont élevés et la greffe est souvent nécessaire.

Pour les brûlés que nous recevons dans le service, un protocole bien particulier est appliqué systématiquement. L'enfant doit quotidiennement avoir les soins qui suivent : être placé pendant vingt minutes dans le bain avec un produit désinfectant afin de ramollir la peau. S'en suit un soin infirmier qui consiste à désinfecter les endroits brûlés ainsi qu'à enlever les peaux mortes. Le MEOPA²⁴ est administré à l'enfant afin qu'il soit moins douloureux et moins agité durant le soin. Enfin, l'enfant doit se placer de manière continue et permanente sous lampe afin de favoriser la cicatrisation. Bien sur des sédatifs²⁵ sont donnés à l'enfant pour soulager la douleur. Dans certains cas, une greffe de peau est nécessaire sur l'avis du chirurgien. Avant dix jours, le pronostic de la cicatrisation ne peut pas être déterminé.

I.2. L'attachement et l'hospitalisation

“Un bébé seul n'existe pas.”²⁶ (D.W. Winnicott)

²⁴ Glossaire

²⁵ Glossaire

²⁶ D.W. WINNICOTT, 1989, p. 107

On remarque au fil de l'évolution de la vision de l'enfant et de la pédiatrie que le parent a pu se faire une place au sein de l'hôpital. Quel est l'intérêt de sa présence durant l'hospitalisation ? En quoi l'hospitalisation vient interférer dans le lien d'attachement ?

Le milieu hospitalier est normalement inhabituel pour l'enfant, le lien d'attachement se voit modifié. On retrouve souvent une régression de l'enfant, entraînant une dépendance psychique et physique accrue envers sa figure d'attachement. Plusieurs parents constatent cela au cours de l'hospitalisation et nous rapportent "À la maison il prenait sa tétine uniquement pour dormir, ici il la prend constamment", "Normalement, il mange seul avec la cuillère, là il a besoin de moi"...

Nous allons éclaircir ce lien entre l'hospitalisation et l'attachement, à travers nos observations cliniques et plusieurs auteurs.

• Première observation d'Ismaël et sa maman

Nous rencontrons Ismaël le vendredi 21 octobre 2016, il est alors âgé d'un an et un mois (âge réel), soit onze mois d'âge corrigé. Ismaël est né prématurément à trente-cinq semaines et trois jours. Il a une sœur jumelle et un grand frère de quatre ans. Ismaël est un petit garçon brun, aux cheveux bouclés, mate de peau, avec de grands yeux marron foncé et un regard très expressif. Physiquement bien portant, il dégage une certaine aisance corporelle. Il est hospitalisé depuis quatre jours pour une crise d'asthme (détresse respiratoire).

Nous avons vu Ismaël et sa maman dans la salle de jeux, avec un autre enfant du même âge, hospitalisé lui aussi pour une détresse respiratoire. L'éducatrice de jeunes enfants est présente. Son état de santé s'étant amélioré, c'est la première fois depuis son arrivée qu'Ismaël peut sortir de sa chambre. Lors de son arrivée dans la salle, Ismaël a besoin d'un petit temps d'observation avant de passer à une phase d'exploration. Il reste assis à proximité de sa mère, en gardant un contact avec sa cuisse. Posturalement, il semble avoir une bonne maîtrise de son axe, ses deux jambes sont tendues devant lui. Ses yeux explorent l'ensemble de la salle. L'éducatrice propose une balle qu'elle pose devant lui.

Ismaël fixe le ballon et le saisit des deux mains. Il le tend à sa mère. Sa mère lui verbalise «lance». Des échanges de balles s'en suivent. Il commence petit à petit à se déplacer pour aller chercher le ballon. Suite à nos sollicitations, il entre facilement en interaction avec nous par des lancers de balles, des regards et des sourires. Il se dirige très peu vers l'autre enfant qui reste près de sa mère. La maman d'Ismaël est assise au sol sur un tapis à côté de lui tandis que la mère de l'autre enfant est assise sur une petite chaise, dans un coin au fond de la salle. Ismaël rentre vite dans un jeu moteur, il se déplace dans toute la salle à quatre pattes, grimpe sur les modules, se hisse sur ces derniers pour se mettre debout. Sa mère l'accompagne verbalement, elle l'encourage corporellement en adaptant sa distance en fonction des explorations de son fils, et visuellement à travers des échanges de regard. Pendant tout ce temps la mère échange avec nous.

I. 2.1. L'attachement

En quoi le lien d'attachement vient permettre à l'enfant de s'adapter à son environnement ?

Dans ce cas clinique, le lien d'attachement est déjà créé. On remarque que la mère d'Ismaël est présente et disponible aussi bien physiquement que psychiquement. Elle fait preuve de bienveillance à l'égard de son fils. Comme le dit J. Bowlby «en présence d'un fidèle compagnon, la peur de toutes sortes de situations diminue»²⁷. Assise au sol, elle témoigne de la disponibilité, de l'assurance et une stabilité pour son fils, qui reste près d'elle en entrant dans la salle de jeu. Il observe essentiellement l'environnement qui lui est alors inconnu. On perçoit ainsi le repère sûr qu'est la mère dans une situation où l'environnement, les jouets et les personnes relèvent de l'inconnu. La mère étant à l'aise, parlant avec nous, Ismaël comprend à travers celle-ci qu'il peut expérimenter en toute sécurité. Elle a une fonction protectrice. Ismaël vient nous interpeller par le regard, par des sourires qui témoignent d'une sécurité interne. Au premier abord, il communique essentiellement par le canal sensoriel qu'est la

²⁷ J. BOWLBY, 1978, p. 266

vision. En captant notre regard, une première interaction, ou du moins un intérêt se tisse entre Ismaël et nous. C'est par le sourire et la réponse de notre part, qu'il va alors exprimer une émotion et entrer dans un échange non verbal. L'action motrice vient ensuite confirmer ces interactions et les enrichir. Il fait vite preuve d'aisance corporelle, psychique et relationnelle.

L'autre enfant présent au même moment dans la salle reste très proche de sa mère, assise sur une petite chaise dans un coin. Elle fait preuve de discrétion en parlant très doucement à son fils. Dans cette autre situation, tous les changements environnants et inconnus perturbent les repères de cet enfant qui semble se sentir sécurisée uniquement près de sa mère. Effectivement, il reste à proximité de celle-ci du fait de sa fonction protectrice. Il expérimente peu et n'investit pas l'espace. Lorsque nous essayons de communiquer avec lui, il ne répond pas et se tourne vers sa mère. Du fait de cet environnement inconnu, ce comportement semble adapté. Chez cet enfant, le lien d'attachement avec sa mère lui confère une sécurité rassurante et ressourçante. L'état de sécurité interne de l'enfant favorise l'exploration de l'environnement et une meilleure adaptation à celui-ci.

On remarque dans ces deux situations que la façon d'être du parent se reflète sur l'enfant. En quoi le comportement de la mère influe sur celui de l'enfant ? Le lien d'attachement constitue un repère protecteur pendant l'hospitalisation. Selon le lien d'attachement, l'hospitalisation va être vécue différemment. Bien évidemment d'autres facteurs influencent ce lien parent-enfant tels que la culture, l'éducation, la personnalité... qui varient selon chacun.

I.2.1.1. La théorie de l'attachement de Bowlby

D'après J. Bowlby, le processus d'attachement est sous-tendu par un comportement d'attachement présent chez tous les jeunes primates. Ce comportement est marqué par un agrippement tenace aux objets ainsi que par le besoin de proximité avec un individu.

C'est J. Bowlby qui crée la théorie de l'attachement²⁸ en 1960. Selon lui, l'attachement est le lien affectif et social développé par une personne envers quelqu'un d'autre. Cette relation concerne la mère et son bébé. Le bébé naît avec le besoin primaire d'être en relation. Il développe des comportements relationnels et instinctifs divers (regard, sourire, succion, étreinte, pleur) destinés à maintenir et accroître la proximité avec les personnes de son entourage, notamment ses parents. Dans le cas d'Ismaël, on retrouve ces comportements relationnels et instinctifs qu'il a pu étendre de sa mère à autrui. L'attachement est réciproque, il encourage ainsi les parents à subvenir aux besoins vitaux de leur jeune enfant et à répondre à son besoin de relation.

Le lien d'attachement, en ce sens, est conçu comme une forme de comportement, simple ou organisé, qui aboutit à la recherche ou au maintien de la proximité à un individu différencié et préféré. Ce qui souligne l'importance de la présence du parent de par sa fonction sécurisante, au cours d'une situation de stress telle que l'hospitalisation.

I.2.1.2. La théorie de l'attachement de M. Ainsworth

“Le donneur de soins assume le rôle de havre de sécurité ou base de sécurité autour duquel l'enfant centre ses activités exploratrices. “²⁹(M. Ainsworth)

M. Ainsworth s'est appuyée sur les travaux de J. Bowlby pour enrichir ses observations et ses expériences. Elle prend part aux études faites sur la théorie de l'attachement en développant trois domaines : le concept de sécurité de base, l'importance du rôle de la figure d'attachement et la notion de sensibilité maternelle aux besoins et aux signaux du bébé. La sécurité de base avec la figure d'attachement repose sur la confiance et la disponibilité de celle-ci. Elle constitue un ancrage, un appui, donnant accès au bébé à l'exploration du monde. «On peut définir la sensibilité maternelle comme la capacité de la figure maternelle de

²⁸ J. BOWLBY, 1978, Vol 1

²⁹ M. AINSWORTH, 1973, p. 156

prodiguer des soins inducteurs du sentiment de sécurité, c'est-à-dire des soins sensibles et adéquats. Elle s'associe à sa capacité de comprendre les caractéristiques individuelles du bébé, acceptant ses traductions comportementales. Il s'agit alors d'être capable d'orchestrer des interactions harmonieuses, surtout lors des moments de stress, et ce, de manière relativement consistante»³⁰ (Belsky, 1999)

M. Ainsworth et d'autres auteurs réalisent une étude intitulée «la situation étrange»³¹ auprès d'enfants âgés d'un an. Cette étude a été réalisée dans un laboratoire et rend compte de l'organisation de l'attachement et des comportements exploratoires dans un contexte inhabituel qui suscite du stress. L'observation des dyades mère-enfant s'est faite en huit temps, impliquant des moments entre l'enfant et sa figure d'attachement, des séparations et l'intervention d'une figure étrangère dans la salle d'observation.

- 1) L'observateur amène la mère et l'enfant dans la salle d'observation puis s'en va.
- 2) La mère et l'enfant sont seuls dans la salle pendant trois minutes. L'enfant peut explorer. S'il ne le fait pas, sa mère doit l'y inciter au bout de deux minutes.
- 3) Une personne étrangère rentre dans la salle et ne dit rien pendant une minute. Elle parle avec la mère pendant la deuxième minute puis s'approche du bébé à la troisième minute. À ce moment là, la mère s'éclipse.
- 4) Le bébé et l'étranger sont seuls dans la salle. C'est la première séparation. L'étranger doit adapter son comportement à l'enfant mais ne rien initier.
- 5) Ensuite la mère revient et l'étranger sort de la salle. Ce sont les premières retrouvailles, la mère réconforte son enfant et fait en sorte qu'il reprenne ses activités de jeu.
- 6) La mère s'en va en signifiant son départ par un «au revoir».
- 7) Le bébé reste seul durant trois minutes, c'est la deuxième séparation.

³⁰ Ibid. p. 176

³¹ M.D. AINSWORTH, 1978

- 8) La personne étrangère rentre dans la salle et y reste trois minutes. La mère revient donc au bout de six minutes et réconforte à nouveau son enfant. Ce sont les deux retrouvailles.

Selon la durée et la fréquence des comportements des enfants et de leur figure d'attachement ils ont été classés dans une des catégories suivantes³² :

- Catégorie 1 : Attachement insécure évitant

Les interactions sont pauvres avec la figure d'attachement pendant les phases d'exploration. L'enfant différencie peu la figure d'attachement et l'adulte étranger. Il exprime la séparation par l'évitement et l'absence de réponse à figure d'attachement.

- Catégorie 2 : Attachement sécure

Il s'exprime par une confiance avec la figure d'attachement, une bonne régulation des émotions, et pas de méfiance envers l'adulte étranger. Les séparations avec la figure d'attachement n'ont pas d'impact sur leur relation.

- Catégorie 3 : Attachement insécure ambivalent ou résistant

La séparation avec la figure d'attachement est mal vécue. Les explorations sont pauvres, interférées par l'anxiété, la colère et l'insécurité. L'enfant est méfiant face à l'adulte étranger. Il est marqué par une confusion entre le besoin de proximité avec la figure d'attachement et la colère liée à la séparation.

- Catégorie 4 : Attachement désorganisé, désorienté

Il provient d'un stress engendré par les comportements désorganisés des parents. La figure d'attachement entraîne de la peur chez l'enfant. C'est une source de conflits pour lui qui ne peut pas être à la fois attiré par la figure d'attachement et la fuir.

³² J. LABBE, Cours sur la théorie de l'attachement :

http://www.grainedemassage.fr/La_theorie_de_l_attachement.pdf.

I.2.2. Le rôle de la figure d'attachement durant l'hospitalisation

L'hospitalisation vient modifier cette relation entre la mère et son enfant. Le fait que l'enfant soit malade va venir perturber ce lien qui l'unit à sa mère. Normalement la mère est en capacité de répondre à tous les besoins de son enfant. Or, dans le cas de l'hospitalisation, elle est dans l'impossibilité de tous les satisfaire, du fait des soins techniques et des obligations médicales. La préoccupation maternelle primaire dont parle D.W. Winnicott³³ peut à ce moment là être entravée ou ravivée. Cette nuance a lieu lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation précoce ou de l'hospitalisation d'un enfant dont la mère a déjà surmonté cette période de préoccupation maternelle primaire. Pour D.W. Winnicott cet état s'organise par un repli sur soi, un état de fugue, de dissociation... Il le décrit presque comme une maladie normale, qui débute pendant la grossesse, plus particulièrement vers la fin, et perdure quelques semaines après la naissance, puis a tendance à être refoulée. La mère est dévouée à son enfant et fait preuve d'une hypersensibilité lui permettant de s'adapter à ses besoins. En effet lors d'une hospitalisation précoce, cette préoccupation est entravée. Le milieu hospitalier vient faire barrière à certaines de ses fonctions maternelles. «la nécessité de maintenir à tout prix du lien entre la mère et l'enfant, soutenir la mère, lui permettre de souffrir de préoccupation maternelle primaire, malgré les écrans de la technologie et les interférences du pouvoir des médecins»³⁴. L'auteur veut dire par là que lorsque l'enfant se voit hospitalisé, il est primordial de laisser une place à la mère, pour qu'elle puisse accomplir son rôle et passer par, ou retrouver, cette maladie qu'est la préoccupation maternelle primaire.

Le nourrissage, source de vie chez l'enfant, normalement procuré par la maman est parfois impossible du fait de l'alimentation par voie entérale³⁵. Certaines mères nous ont relaté «Je ne suis même pas capable de le nourrir». Le portage, les bercements, permettent un contact peau à peau global entre la mère et son enfant. Ils se révèlent souvent très difficiles et effrayants pour le parent. J.

³³ D.W. WINNICOTT, 1956, pp. 168 à 174

³⁴ P.B. SOUSSAN, D. LEYRONNAS, C. MATHELIN, M. VIAL, 2000, p. 46

³⁵ Glossaire

Bowlby exprime cette importance des soins maternels. «Il note que même partielle, la privation de soins maternels a une influence importante sur la santé mentale de l'enfant : «Elle peut engendrer une grande anxiété, un besoin excessif d'affection et de puissants désirs de vengeance, source à leur tour de sentiments de culpabilité et d'états dépressifs.»»³⁶.

Cette distance entre la mère et son bébé que l'hospitalisation impose est un frein à l'installation de cette préoccupation maternelle primaire. Lors de l'hospitalisation d'un enfant un peu plus âgé, là où la préoccupation maternelle est normalement surmontée, cette dernière peut resurgir. Comme nous avons pu le voir, l'hospitalisation entraîne généralement une régression chez l'enfant. Ce dernier retrouve certains comportements de tout petit (besoin que la mère le nourrisse, besoin de proximité extrême...) en plus de besoins habituels renforcés tels que le portage, la contenance, le besoin d'être rassuré, contenu physiquement et psychologiquement... La mère va même dans certains cas jusqu'à s'en oublier elle-même et mettre ses propres besoins de côté. Le fait de ne pas pouvoir répondre à tous les besoins de son enfant entraîne chez la maman une culpabilité. Retourner dans cet état leur permettrait de retrouver leur place aux yeux de leur enfant. Une place qui est parfois difficile à trouver au milieu des soignants. D'autres parents, préfèrent laisser place aux soignants et se mettent parfois en retrait vis-à-vis des soins apportés à leur enfant. L'hospitalisation va donc venir modifier le comportement de la mère.

La place du parent va être bouleversée par l'hospitalisation. C. Druon³⁷ parle à ce propos de préoccupation médicale primaire. Dans le cas de l'hospitalisation, la «préoccupation maternelle primaire» se trouve alors remplacée par la «préoccupation médicale primaire». Avec l'impression d'être inutile, la culpabilité, la déception..., elles se sentent comme dépossédées de leur rôle parental.

Cependant, cette figure d'attachement est essentielle pendant l'hospitalisation, c'est un havre de sécurité. Elle a un rôle protecteur de par sa

³⁶ F. GUEPIN, 1962

³⁷ C. DRUON, 1996

présence physique et psychique. Comme le décrit J. Bowlby : «Non seulement la figure d'attachement doit-elle être accessible mais doit-elle, ou il, être disposé à répondre de manière adéquate; concernant une personne sujette à la peur, ceci signifie la volonté de se comporter de manière réconfortante et protectrice.»³⁸ Le besoin de proximité avec la figure d'attachement augmente durant l'hospitalisation. L'enfant a besoin d'une proximité spatiale, visuelle, tactile... Nous avons constaté lors de notre stage qu'un grand nombre d'enfants interrompent leurs expériences dès que leur parent sort de leur chambre. De part sa présence, le parent devient donc partenaire de soin et non plus juste un simple observateur comme nous aurions pu l'envisager il y a quelques années. Sa présence est essentielle à la guérison du nourrisson.

I.2.2.1. Les travaux sur l'hospitalisme de R. Spitz

Dans ses travaux sur l'hospitalisme datant de 1947, R. Spitz³⁹ révèle les conséquences de la séparation avec la figure d'attachement lors de l'hospitalisation. L'hospitalisme autrement appelé syndrome de Spitz a été repris et élargi à la suite de critiques, de manière à désigner les conséquences néfastes, d'ordre physiologique et psychologique, des carences en affects liées à une hospitalisation ou à un placement.

R. Spitz considère la présence des parents comme indispensable durant l'hospitalisation. N'ayant pas de conscience du temps, le jeune enfant ne peut distinguer l'absence temporaire ou durable. L'hospitalisation est une situation où l'enfant a besoin de sa figure d'attachement. Son absence peut donc être délétère et vécue comme une situation traumatique. R. Spitz explique que plus l'enfant entretient une relation aimante avec la figure maternelle, plus la séparation sera traumatique. Cette situation peut provoquer de l'angoisse chez le bébé qui s'apparente à ce que S. Freud⁴⁰ appelle la perte de l'objet. L'objet étant pourvu d'affect et de satisfaction des pulsions. L'odeur, la langue, la voix de cette figure

³⁸ J. BOWLBY, 1978, Vol 2., p. 267

³⁹ D. ROUSSEAU, P. DUVERGER, 2011

⁴⁰ J. BOWLBY, 1978, Vol 2, p. 53

va contribuer à diminuer cette situation de stress. Selon R. Spitz⁴¹, la séparation, autrement dit la privation d'affects chez un enfant de plus de six mois peut conduire à une dépression anaclitique allant d'un état d'angoisse, à un arrêt du développement pouvant aller jusqu'à un état de marasme.

La présence de la figure d'attachement est donc primordiale lors de l'hospitalisation et influence le développement psycho-affectif de l'enfant.

I.2.2.2. L'étude de C. Fagin

Une étude réalisée par C. Fagin⁴² en 1966 permet de souligner l'importance de la présence parentale au cours de l'hospitalisation. Cette étude porte sur les changements de comportement d'enfants ayant été hospitalisés entre un à sept jours. Il compare le comportement de deux groupes d'enfants âgés de dix-huit mois à quarante-huit mois. Un groupe est hospitalisé en compagnie de leur mère et l'autre groupe sans elle. Une semaine ou un mois après le retour à la maison, les enfants non accompagnés sont décrits comme perturbés, plus affectés par une séparation temporaire et témoignent des comportements dépendants ; contrairement aux enfants hospitalisés avec leur mère qui ne souffrent pas de changements. La présence de la mère dans des circonstances perturbantes donne confiance à l'enfant sur la disponibilité de leur figure d'attachement.

Cette étude nous permet d'aborder la question de la séparation durant l'hospitalisation.

II. Lorsque ce lien est remis en cause : la séparation

L'hospitalisation, malgré la présence du parent n'est pas anodine pour l'enfant. En effet, celle-ci a lieu à une période sensible de son développement psycho-corporel. Quand des enjeux vitaux surviennent quelle place reste-t-il au

⁴¹ R. SPITZ, 1958

⁴² J. BOWLBY, 1978, Vol 2, pp. 291-292

développement de l'enfant ? L'hospitalisation est-elle vécue comme un événement traumatique ? L'hospitalisation est marquée par deux séparations majeures : environnementale et familiale.

La séparation consiste en la rupture des liens existants et/ou devant se créer entre la mère et l'enfant. Liens de relation qui permettra à l'enfant de se structurer, de préserver un équilibre affectif et psychologique : condition sine qua non d'un développement harmonieux et permettant de faire un certain nombre d'acquisitions.

La séparation, qu'elle soit environnementale ou familiale, peut engendrer un climat d'insécurité, une perte de repères, de l'angoisse... Selon J. Bowlby, «Le terme d'angoisse de séparation n'est pas adéquat. Une meilleure façon de qualifier cette condition serait «attachement anxieux» ou «attachement précaire» ceci exprime clairement que le cœur de cette condition est la crainte que les figures d'attachement ne soient inaccessibles et/ou différentes.»⁴³. L'hospitalisation bouleverse le processus d'attachement et remet en question la disponibilité de cette figure. Même si au départ on peut parler d'attachement sécure, dans ce cadre, la séparation est source d'anxiété. L'enfant appréhende une rupture de relation avec la figure d'attachement.

De nombreux auteurs se sont intéressés à la séparation du nourrisson à sa figure d'attachement (souvent maternelle).

En effet, la seconde guerre mondiale amène les psychiatres et les éthologues de cette période à s'intéresser au lien mère-enfant et aux conséquences des séparations précoces. Les principaux travaux à l'origine de cette théorie sont ceux du médecin et psychanalyste viennois R. Spitz (1947), et des éthologues H. Harlow (1958) et K. Lorenz (1970). Les études de R. Spitz (1947), connues sous le nom d'hospitalisme, démontrent l'impact de la séparation sur la relation mère-enfant.

⁴³ Ibid. p. 282

Par la suite J. Bowlby et J. Robertson⁴⁴ travaillent ensemble sur les réactions de l'enfant suite à la séparation d'avec le parent. Ils décrivent trois types de réactions qu'entraîne la séparation chez l'enfant, soit la protestation, le désespoir puis le détachement.

- **Deuxième observation d'Ismaël et sa maman**

Nous retrouvons Ismaël âgé d'un an et un mois lors d'une deuxième hospitalisation le vendredi 18 novembre, trois semaines plus tard. Il est hospitalisé depuis trois jours, mais cette fois pour une pneumopathie⁴⁵. Nous l'observons dans la salle de jeu accompagné par sa maman.

En entrant, Ismaël sourit pour le plus grand plaisir de sa maman qui dit : «Je ne l'ai pas vu sourire depuis qu'il est hospitalisé, je ne le reconnais pas, enfin si, je le retrouve». La maman ajoute : «la salle de jeu, c'est mieux que la chambre toute blanche». Assis sur un tapis, Ismaël regarde un livre à la surprise de sa maman, qui explique qu'habituellement il porte peu d'intérêt pour ces derniers. La mère nous relate qu'elle a emmené Ismaël à l'hôpital en raison de vomissement et de fièvre. Il a été sous perfusion⁴⁶ toute la semaine et nourrit par une sonde⁴⁷ qui lui a été retirée la veille. A ce jour, Ismaël ne mange pas, il refuse de manger des morceaux et il dort peu et mal. D'après la maman les médecins parlent de dépression. Elle mentionne également qu'Ismaël commençait à faire quelques pas à la maison, mais la première hospitalisation a interrompu cela. De plus, elle constate qu'Ismaël a peur des poussettes et ne supporte plus d'être dedans, elle fait donc le rapprochement avec son hospitalisation. Elle rapporte qu'Ismaël ne supporte plus lorsque des membres de leur famille viennent à la maison, il crie et pleure. C'est un comportement qu'il n'avait pas auparavant. Elle nous confie que la jumelle d'Ismaël, non hospitalisée, vit difficilement la séparation avec son frère et sa

⁴⁴ J. ROBERTSON, J. BOWLBY, 1952

⁴⁵ Glossaire

⁴⁶ Glossaire

⁴⁷ Glossaire

mère. Contrairement à Ismaël, qui, pour la maman, semble moins affecté par cette séparation.

II.1. Séparation environnementale

Le milieu hospitalier est un monde souvent étranger au nourrisson. Tous ses repères sont modifiés. Cela va de la simple odeur de la maison à l'odeur de l'hôpital, de l'environnement sonore familial à l'abondance continuelle de sons, de mouvements générés par des allers et venues incessants des soignants... Il se retrouve dans un environnement où l'hygiène, la sécurité, l'efficacité, la rapidité priment sur un environnement chaleureux, contenant, rassurant, sécurisant qu'il a pu connaître à la maison. Effectivement, l'hôpital est un lieu de soin et non pas un lieu de vie.

II.1.1. Les flux sensoriels

Lors de l'hospitalisation, l'enfant est soumis à un environnement dystimulant, stressant et inadapté, ne lui permettant pas de répondre aux sollicitations nécessaires à son développement. La notion d'équilibre sensori- tonique est introduite par H. Wallon et représente un «état interne de l'organisme qui permet, sans désorganisation, de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu»⁴⁸. A. Bullinger reprend cette notion. Dans le cadre de l'hospitalisation, cet équilibre est perturbé. Le milieu physique, le milieu biologique et le milieu humain participent



⁴⁸ A. BULLINGER, 2000, p. 216

au maintien de cet équilibre. Les flux sensoriels représentent «un apport continu et orienté d'un agent susceptible d'être détecté par un système sensoriel» et ils «entraînent une modulation de l'état postural et tonique de l'organisme».⁴⁹

Dans le cas d'Ismaël on perçoit l'impact d'un point de vue sensoriel, de l'hospitalisation. Du fait de sa fragilité et de sa fatigabilité, à cause de sa pneumopathie, il est resté allongé dans son lit durant trois jours. Les informations sensorielles reçues par Ismaël sont appauvries. Les soins s'effectuent dans son lit. Il ne joue quasiment pas. Le seul déplacement qu'il fait est dans les bras de sa maman pour aller se laver. Il ne veut pas manger et dort mal. Le comportement d'Ismaël s'apparente à un rejet, de l'opposition vis-à-vis du milieu hospitalier. Ce repli sur lui est une forme de protection.



Ces stimulations, souvent apportées par les soins techniques, font appel au toucher. On peut qualifier ce toucher de douloureux et intrusif. La peau constituant une enveloppe, ne forme plus une barrière de protection contre l'environnement extérieur, elle perd sa fonction contenante. F. Decoolman définit la fonction contenante comme «une fonction maternelle précoce nécessaire au bon développement de l'enfant. Elle évoque l'idée de support, de soutien, de contrôle, de matrice. Elle est indispensable au bébé pour qu'il puisse faire l'expérience de lui-même comme d'un tout unifié et cohérent.»⁵⁰ E. Bick⁵¹ utilise le terme de peau psychique, qui est endommagée lors des soins.

Au niveau de l'odorat, on peut parler d'une odeur typique à l'hôpital mêlant celle des désinfectants, des médicaments... Cette odeur s'associe à des représentations et s'inscrit dans la mémoire olfactive. Ismaël étant hospitalisé pour

⁴⁹ A. BULLINGER, 2004, Tome 1, p. 23

⁵⁰ F. DECOOPMAN, 2010, p. 144

⁵¹ F. JOLY, 2012

la seconde fois connaît cette odeur qui peut lui rappeler le vécu psycho-corporel lié à sa précédente hospitalisation.

Sur le plan gustatif, l'alimentation change également à l'hôpital. Chez Ismaël on note une régression, il ne veut plus manger de morceaux. Ayant été nourri par sonde durant trois jours, la sphère orale a pu être investie négativement et s'y est inscrit un vécu intrusif. Le recours à la nutrition artificielle, ici la sonde⁵², peut causer des problèmes d'oralité et une hyper-sensibilité de la sphère orale. En effet la pose d'une sonde naso-gastrique et la nutrition qu'elle engendre entraîne un désinvestissement de la zone orale pendant un temps donné justifiant une hypersensibilité. Dans le cas d'Ismaël, ancien prématuré, on peut supposer que cette hospitalisation a relancé ses problèmes d'oralité. Ces derniers pouvant provenir de son hospitalisation prolongée en néonatalogie.

D'un point de vue auditif, l'environnement hospitalier est rempli de machines calculant les paramètres vitaux de l'enfant. Celles-ci sont bruyantes, lumineuses et diffèrent de l'environnement sonore de la maison. Certains bruits, réguliers, répétitifs paraissent désagréables et entêtants. Dans notre service, notamment lors d'urgence vitale, l'augmentation du niveau sonore est source d'anxiété et de tensions chez le bébé.

Au niveau visuel, les informations varient également par rapport à la maison. Il y a toujours de la lumière. Ismaël passant la majeure partie de son temps dans sa chambre, l'environnement visuel change peu et reste pauvre.

Toutes ces expériences sensorielles laissent une trace dans la mémoire corporelle qui évolue tout au long de la vie. En ce sens, l'hospitalisation peut être vécue comme une expérience douloureuse, constituant des souvenirs traumatiques. Habituellement, la richesse et la multiplicité des informations et des flux sensoriels participent à un bon développement psychomoteur de l'enfant. Ainsi l'hospitalisation, par ses flux sensoriels dystimulants, a un impact sur le développement de l'enfant.

⁵² Glossaire

II.1.2. Aménagement des chambres

La chambre est normalement synonyme d'espace intime, contenant, de repos, de bien-être, d'exploration, d'expériences à la fois ludiques et corporelles chez l'enfant. Cependant, cette signification symbolique de la chambre semble quasiment en tous points être niée, dans le cas de la chambre dans laquelle le bébé se trouve hospitalisé.

En effet, les chambres doivent être les plus stériles possibles et les plus pratiques pour que le personnel soignant réalise ses actes efficacement. Cela a un impact sur la disposition des lits, la présence de machines techniques, l'absence de jeux, la couleur blanche des chambres....

Les lits sont installés au milieu de la pièce afin que les soignants puissent être nombreux autour du berceau lors des soins techniques. L'enfant se retrouve donc au centre d'une grande pièce sans réelle contenance matérielle pour se rassurer. Toute cette contenance et cet espace sécurisant que renvoient la chambre du nourrisson a disparu. Les machines telles que le scope⁵³, les appareils respiratoires...viennent remplacer le mobilier habituel et connu de l'enfant.

De plus, pour des raisons d'entretien et de propreté, les chambres de notre service sont blanches, ce qui peut contraster avec le milieu coloré enfantin. Nous savons que les comportements humains sont fortement influencés par les couleurs. Nos émotions et notre humeur sont touchées quand nous sommes entourés par des couleurs particulières. Le blanc étant pourtant une couleur renvoyant à une ambiance paisible et calme, devient maintenant, du fait de son omniprésence dans les structures hospitalières (murs, blouses...), symbole de soins. Ce n'est pas le cas partout, au Québec par exemple, les infirmières se font des blouses personnalisées. Elles peuvent choisir le tissu ainsi que les motifs. Cela permet d'éviter l'assimilation de la blouse blanche aux soins. Cette constatation peut être illustrée à travers les propos de la maman d'Ismaël qui exprime que la salle de jeu, qui elle, est beaucoup plus colorée, est plus agréable que la chambre toute blanche dans laquelle elle est restée au côté d'Ismaël. Cela peut se ressentir également à travers le comportement d'Ismaël. Dans la chambre, peu d'explorations sont

⁵³ Glossaire

envisagées et mises en pratique. Cependant, dans la salle de jeu, Ismaël semble beaucoup plus intéressé par ce qui l'entoure et s'autorise à découvrir son environnement dans un espace contenant et sécurisant.

Les jouets des enfants doivent respecter certaines mesures d'hygiène. Ils sont donc peu abondants, peu choisis spontanément par l'enfant en fonction de son intérêt et de son besoin du moment. Ils ne sont pas forcément adaptés au niveau de ses acquisitions psychomotrices. Dans sa propre chambre, il est habituellement libre dans ses choix et non restreint dans ses explorations. De plus ce sont des jouets qui lui sont inconnus, et donc certains enfants les investissent moins facilement ou du moins avec plus d'appréhension au départ. Dans certains services, les parents ont la possibilité de ramener des jouets de la maison. Ces jouets constituent alors un repère en cas d'absence du parent et lors des soins.

La chambre, représentant normalement un espace intime, devient un véritable lieu de circulation, d'échange, visible et accessible par tous. Le va-et-vient continu de soignants, de matériel, vient faire intrusion dans cet espace normalement personnel. Ce lieu est rendu public, libre d'accès, toute entrée est imprévisible de jour comme de nuit.

A la maison, le nourrisson a déjà fait une découverte sensorielle et motrice de sa propre chambre afin de se l'attribuer. Ils se l'approprient, pour ceux qui ne marchent pas à travers les bras de leurs parents et pour ceux qui marchent à travers leurs déplacements. Ce repérage spatial et environnemental permet à l'enfant de se sécuriser. Or lorsqu'il arrive dans sa chambre d'hôpital, le nourrisson est directement placé dans son berceau, son équipement est installé et ses soins vitaux réalisés. Une prise de repère n'a pas eu le temps d'avoir lieu, du fait de l'urgence de la situation, ce qui empêche une meilleure adaptation du nourrisson au milieu.

Dans ce contexte, l'importance du doudou, d'un tissu qui rappelle l'odeur de maman prend tout son sens, afin de remettre des repères dans cet environnement totalement changé. En 1950, D.W. Winnicott⁵⁴ met en évidence la fonction d'objet transitionnel. Cet objet permettrait de faire le pont entre sa relation primitive

⁵⁴ D.W. WINNICOTT, 1951

avec sa mère et le monde extérieur. L'objet transitionnel qui peut être symbolisé par le doudou, va permettre de rassurer l'enfant hospitalisé quand le figure d'attachement n'est pas là dans cette situation où il en aurait particulièrement besoin (du fait du stress, de la douleur...).



Chambre mère-enfant de notre service

II.1.3. Bouleversement des repères

Dans notre service de pédiatrie, des fiches concernant les habitudes de vie de l'enfant sont remplies par les parents afin que l'hospitalisation puisse être adaptée au maximum à l'enfant. Malgré, les dispositifs mis en place il est impossible que l'enfant retrouve l'intégralité de ses conditions environnementales habituelles. Quel est le rôle des repères chez l'enfant ? Quel va être l'impact de ce bouleversement sur son développement ?

Les repères sont une composante primordiale du développement de l'enfant. Ils sont rassurants, sécurisants et contribuent à sa sécurité affective. Ces repères assurent une stabilité et une régularité à l'enfant lui permettant d'expérimenter, d'accéder à des représentations, et d'agir sur le monde. Ils participent à l'élaboration d'un cadre contenant. A. Bullinger parle de «l'organisme en tant qu'objet matériel du milieu ayant une activité psychique qui par l'élaboration de représentations va pouvoir agir sur ce milieu»⁵⁵. En 1976, T.J. Tighe et R.N.

⁵⁵ A. BULLINGER, 2000, p. 214

Leaton⁵⁶ considèrent que l'activité psychique, alimentée par la régularité des interactions entre l'organisme et son milieu, favorise la formation d'habituations à des signaux sensoriels stables.

Or, comme nous l'avons vu précédemment⁵⁷, l'hospitalisation vient bouleverser les signaux sensoriels qui entravent la régularité des interactions entre le bébé et son environnement habituel. Il est dystimulant au niveau sensoriel (sonore, olfactif, gustatif, tactile, visuel) et modifie les interactions avec l'environnement.

Par exemple, Ismaël a été alité pendant trois jours. L'environnement qui lui est imposé, ici le lit, répond à ses besoins somatiques mais ne lui permet pas d'agir sur le milieu, ici l'hôpital. Ainsi, allongé, cela altère l'intégration des flux sensoriels apportés par l'environnement. En effet, il subit beaucoup d'allers et venues dans sa chambre et rencontre régulièrement de nouveaux soignants, de nouvelles personnes. Le milieu humain n'offre pas de stabilité à Ismaël. Cette instabilité ne lui permet donc pas de s'approprier le milieu et de se sentir sécurisée. Cela a un impact sur les interactions avec autrui, on peut faire le lien avec le fait qu'Ismaël ne supporte pas quand de la famille vient chez lui. Cela semble faire naître chez Ismaël un sentiment d'insécurité interne. Selon A. Bullinger, «La maîtrise du milieu, son appropriation, suppose un état de disponibilité de l'organisme pour recevoir et traiter les signaux issus de l'interaction»⁵⁸. Lorsque les repères sont perturbés on peut observer chez l'enfant une régression. La maman d'Ismaël nous l'explique clairement en disant qu'il commençait à marcher à la maison mais que depuis sa première hospitalisation il a arrêté. Le fait de ne plus pouvoir se déplacer l'empêche d'agir sur son milieu. Le bouleversement des repères ainsi que le côté dystimulant des informations sensorielles chez Ismaël mènent à une dépression. Depuis les études réalisées par A. Freud et R. Spitz⁵⁹, sur la dépression des nourrissons suite à la séparation d'avec leur mère durant la seconde

⁵⁶ Ibid. p.214-215

⁵⁷ Cf. supra p. 34

⁵⁸ A. BULLINGER, 2000, p. 216

⁵⁹ R. DUGRAVIER, A. GUEDENEY, 2006

guerre mondiale, de nombreux auteurs parlent de la dépression chez le jeune enfant. Elle est plus courante qu'on ne le pense chez celui-ci. L'incapacité du bébé à exprimer ses ressentis et ses émotions verbalement fait qu'il exprime ses affects dépressifs corporellement. R. Spitz décrit la dépression du nourrisson par la séquence : détresse, désespoir et détachement. Le détachement que l'on retrouve chez Ismaël marque un rejet du milieu environnant. Il ne mange plus, il ne sourit plus...

L'hospitalisation bouleverse également les repères spatiaux-temporels. La chambre ou plutôt, le berceau de l'enfant à l'hôpital, devient à la fois lieu de vie, lieu de soin, lieu de repos, lieu de jeu, lieu de repas... Normalement, tous ces moments sont effectués dans des espaces différents. Ici, ils sont confondus dans le même espace restreint au contour des barreaux ou des murs de la chambre. Au quotidien, ces espaces différenciés aident le nourrisson dans l'instauration de rythmes et apportent une structuration du temps et de l'espace. Ils confèrent au bébé des repères. La chambre peut alors être investie négativement par l'enfant hospitalisé et être assimilée à des expériences douloureuses et traumatiques que peuvent constituer les soins. Pour Ismaël, le fait de quitter l'environnement qu'est sa chambre pour aller en salle de jeu, a engendré un changement que nous a signifié sa maman. Voyant Ismaël sourire, jouer, elle nous dit le retrouver. En effet la salle de jeu, espace coloré qui sort du cadre de soin, lui permet d'expérimenter grâce à ce sentiment de sécurité interne. Le changement comportemental de son fils souligne l'impact de l'hospitalisation sur le développement aussi bien affectif que moteur.

De plus, la rythmicité au niveau temporel est modifiée. Au quotidien, les journées de l'enfant sont rythmées par des habitudes, que ce soit les horaires de travail des parents, les horaires de repas, le temps de sommeil... Tandis qu'à l'hôpital, les journées sont rythmées par les soins apportés à l'enfant. Certains traitements nécessitent d'être pris régulièrement et à une heure précise. L'enfant va devoir s'adapter à ces horaires qui lui sont imposés. L'état de santé et l'environnement ont également un impact sur la fatigabilité de l'enfant. Il peut être amené à dormir plus longtemps et à être réveillé en pleine nuit en fonction de son traitement. L'environnement sonore, les allers et venues incessants et les soins contribuent aussi à sa fatigue.

II.2. Séparation avec ses pairs

II.2.1 Séparation familiale

La famille ordinaire procure un environnement favorable et stable où l'enfant peut se construire et se développer sereinement. L'hospitalisation interfère cet environnement.

Durant l'hospitalisation, tout tourne autour de celle-ci et la vie sociale est mise de côté. Les journées sont rythmées par les soins apportés au bébé et par les coups de téléphone qui sont centrés sur l'état de santé du bébé. Les parents parlent d'un moment hors du temps, comme si leur vie du quotidien a été mise en pause. Cette hospitalisation vient faire rupture avec la vie habituelle de la famille.

Dans le service dans lequel nous sommes, les visites sont réglementées. Seuls les parents peuvent rentrer. Les frères et sœurs et la famille proche n'y ont pas accès pour des raisons d'hygiène. L'enfant est donc isolé de tout le reste de sa famille excepté ses parents. Pourtant, cet enfant, en arrivant au monde, n'a pas qu'une histoire avec ses parents, il est aussi inscrit dans une fratrie et dans un arbre de vie, comme le dit S. Lebovici⁶⁰. Bien heureusement, cette réglementation varie selon les hôpitaux. Une enquête nationale réalisée par l'association SPARADRAP⁶¹ montre la répartition des visites de façon systématique (en pourcentage) autre que celles des parents. Il y a en grande majorité, les grands-parents (75%) et la fratrie de plus de quinze ans (73%). 40% des frères et sœurs de moins de quinze ans sont admis systématiquement pour les visites, et 13% n'y sont jamais admis. L'hospitalisation peut donc être marquée par l'absence, plus ou moins transitoire, de certaines de ces figures d'attachement.

Cette séparation peut avoir lieu de manière précoce, dans ce cas, le lien entre la mère et son bébé n'est pas encore établi. Il va donc essayer tant bien que mal, de se tisser dans cet espace hospitalier. Le début de vie imaginé par les

⁶⁰ P. BEN SOUSSAN, 2013

⁶¹ Enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital, octobre 2004 :

<http://www.sparadrap.org/content/download/3770/34326/version/1/file/Synt.+enquete+SPARADRAPversion+jan2009.pdf>

parents est totalement chamboulé. L'arrivée d'un enfant n'étant pas toujours évident pour les parents, quand s'ajoute une pathologie ou un incident, cette période peut être vécue de manière traumatique. L'hospitalisation vient s'immiscer dans ces premiers instants de vie et d'échanges. La rencontre entre ces deux êtres est plus difficile. La symbiose entre la mère et son bébé est entravée par la présence de soins, des soignants....

Cette séparation précoce peut être illustrée par le cas clinique d'Aïcha. Elle est arrivée dans le service à quatre jours de vie pour une fracture de ses deux fémurs. Ces fractures ont eu lieu lors de l'accouchement du fait d'une manipulation de la sage femme. Aïcha ayant un frère jumeau, elle est sortie la seconde, dans l'urgence, la sage femme a dû agir vite et de manière plus brutale, ce qui a été l'origine de cet accident. Lorsque nous rencontrons Aïcha pour la première fois le vendredi 24 mars, le jour de son arrivée, elle est seule dans sa chambre. Les parents ne sont pas présents. Elle est allongée sur le dos, les deux jambes plâtrées à la verticale, tractées par des poids. Ses jambes qui sont normalement la zone corporelle qu'elle aurait investi plus tardivement du fait de la loi céphalo-caudale, devient la partie du corps la plus sollicitée. D'après G. Haag⁶², lors de l'étape de l'individuation et de la séparation, le bas du corps apparaît comme le dernier bastion d'indifférenciation constituant une zone de clivage horizontal. De plus, dans cette position, l'enroulement physiologique d'Aïcha ne peut s'installer. Ses jambes subissant une extension permanente du fait du plâtre, ne peuvent se regrouper pour permettre l'enroulement de son bassin. Ses bras sont plaqués en chandelier⁶³ contre le matelas du fait de la pesanteur. Elle est donc figée dans cette position qui lui est imposée et qui est contraire à sa physiologie et donc à son bien être. Lorsque nous l'observons, elle est toute petite par rapport à la taille de son lit à barreaux et des poids qui lui tractent les jambes. Quand nous nous approchons elle ne peut encore qu'entrouvrir légèrement ses paupières. Une naissance ordinaire est déjà un véritable bouleversement pour le nouveau-né du fait du passage du milieu utérin liquidien où le repli fœtal domine, au milieu aérien où les sensations changent et la pesanteur s'impose. Pour surmonter cet

⁶² G. HAAG, S. TORDJMAN, A. DUPRAT, 1995

⁶³ Glossaire

événement, le bébé doit être soutenu et enveloppé d'où l'importance de la fonction maternelle. Dans le cas d'Aïcha, en plus de l'impossibilité physique de se regrouper du fait de la position qui lui est imposée, le soutènement de la fonction maternelle semble plus compliqué. Cette séparation précoce, prive Aïcha de la contenance affective de sa maman. En effet, sa maman devant s'occuper de son frère jumeau ne peut passer qu'une ou deux heures par jour. Du fait du matériel médical, elle est dans l'impossibilité de porter sa fille et donc de lui procurer cette contenance à la fois physique et psychique dont elle a besoin. La maman d'Aïcha nous fait part à la fois de sa frustration de ne pas pouvoir porter sa fille dans ses premiers jours de vie ainsi que de sa culpabilité de ne pas pouvoir être constamment auprès de sa fille. Elle dit «je n'aurais jamais imaginé cela, une grossesse normale mais un accouchement catastrophique qui a tout chamboulé».

Ce type d'hospitalisation précoce, impacte à la fois le nouveau-né d'un point de vue psychomoteur et psycho-affectif. Il est donc essentiel de soutenir la construction du lien d'attachement au cours de l'hospitalisation précoce afin de limiter ses conséquences néfastes. Cette citation de F. Decoopman illustre bien l'impact de la séparation précoce : «cette fonction nous la possédons tous de façon plus ou moins développée mais il arrive que des incidents souvent précoces la fragilisent et il est alors nécessaire de la restaurer.». ⁶⁴

Nous avons pu constater, que la présence des pères est plus rare dans le service. Le nourrisson est donc éloigné de cette autre figure d'attachement qui

permet de faire tiers dans la dyade fusionnelle qui est renforcée dans le cadre de l'hospitalisation. Dans cette dyade quelle est la place du père ? Quelle place prend le père pendant l'hospitalisation ? L'hospitalisation vient-elle mettre à l'écart le père ? En effet, quand père il y a, ce dernier doit continuer ses obligations quotidiennes telles que le travail et gérer les conséquences extérieures de l'hospitalisation (garde des autres enfants...). Pourtant, des «recherches ont montré que le père et la mère sont tout autant capables l'un que l'autre de témoigner de l'affection à leurs enfants et d'être sensibles à leurs besoins. De fait,

⁶⁴ F. DECOOPMAN, 2010, p. 141

les bébés s'attachent à la fois au père et à la mère à peu près à la même époque pendant la première année de vie» cependant, «la plupart d'entre eux manifestent une préférence pour la mère dans les situations qui génèrent un stress». (M.E. Lamb, 1997)⁶⁵

Dans une situation compliquée et douloureuse telle que l'hospitalisation, le père épaulé donc sa femme mais a généralement peu de contact direct avec l'enfant. Le père représente un soutien psychique pour la mère et indirectement pour l'enfant hospitalisé. Durant ce stage, on a remarqué que les mères ayant le soutien du père étaient plus disponibles et plus soutenues psychiquement pour affronter cet événement pouvant être traumatique.

Parfois, les parents sont amenés à se vêtir d'une blouse stérile et d'un masque durant les soins afin de respecter les mesures d'hygiène. La figure d'attachement, par ses vêtements, s'apparente alors aux soignants. Le parent peut ainsi devenir parent soignant.

Comment l'enfant perçoit-il son parent ? Sa présence est-elle indispensable durant les soins ?

II.2.2 Séparation avec ses pairs du quotidien

L'hospitalisation vient marquer une rupture avec ses pairs. En effet, sa vie sociale se voit modifiée. Peut-on parler d'isolement social ? L'hospitalisation appauvrit les rencontres et les interactions avec autrui. Ses rencontres se réduisent au personnel hospitalier, à ses parents et les interactions sont souvent orientées sur le soin.

Les modes de garde des enfants varient. Certains sont en accueil collectif, en crèche, d'autres sont gardés par des nourrices ou par des personnes de leur entourage. Étant hospitalisé, l'enfant ne bénéficie plus des bienfaits du collectif, ni des espaces publics. Le milieu humain est bouleversé du jour au lendemain. La vie en collectivité favorise l'apprentissage et la socialisation chez l'enfant. Elle

⁶⁵ D. PLAQUETTE, 2004, p. 208

permet d'apprendre à vivre en communauté avec d'autres enfants de son âge. Ces processus sont interrompus lors de l'hospitalisation.

On retrouve également une dystimulation du point de vue relationnel. L'hospitalisation peut parfois engendrer un comportement de retrait relationnel comme le décrit R. Spitz⁶⁶ à travers la dépression anaclitique. Cette coupure avec l'environnement social entraîne des difficultés à se réadapter par la suite. Le retour en crèche, par exemple, peut être vécu de manière brutale après l'hospitalisation. C'est pourquoi, l'accompagnement du parent dans ces différents temps reste essentiel.

II.3 Quelle distance entre le parent et l'enfant pendant le soin ?

- Observation de Clara et ses parents

Clara, âgée de huit mois, est hospitalisée depuis le dimanche 19 février pour une brûlure sur la cuisse gauche et le talon avec de l'eau chaude. Nous rencontrons Clara et ses parents le vendredi 24 février, cinq jours après son arrivée dans le service. Comme tous les enfants gravement brûlés, elle a un bain une fois par jour durant au moins vingt minutes et des pulvérisations de désinfectant toutes les deux heures. Elle est sous antalgique⁶⁷ de palier 1 quatre fois par jour. Elle est également sous antalgique de palier 2. A ce jour, l'échelle de la douleur evendol⁶⁸ est de 0/15 pour Clara d'après le personnel soignant.

Nous venons assister au soin matinal qui a lieu après le bain. Clara est entourée d'une infirmière et d'une puéricultrice. Ses deux parents sont présents lors du soin. Le père et la mère sont de part et d'autre du lit au niveau de la tête de Clara. Avant même que le soin ait commencé, Clara s'agite et pleure. Elle se désorganise au vu des soins qui vont lui être prodigués. L'infirmière lui donne du MÉOPA⁶⁹ afin qu'elle se calme. Le père de Clara lui caresse le bras. Il lui verbalise

⁶⁶ R. SPITZ, 1958

⁶⁷ Glossaire

⁶⁸ cf. infra. annexe n°2, p. 119

⁶⁹ Glossaire

«ça ne va pas durer longtemps, on sait que c'est pas facile et douloureux pour toi, mais après ça ira mieux». L'infirmière s'exclame «tu es très courageuse». Tout au long du soin, les parents de Clara échangent des regards entre eux et avec elle. Par moment, la mère chante une comptine à Clara afin de la rassurer. Beaucoup de gestes et de paroles rassurantes et contenant sont visibles. Au début, sa maman lui chante une comptine et tente de l'apaiser par des caresses au niveau du visage. Clara effectue des mouvements de retrait de tête et semble recruter davantage son tonus. Sa maman cherche donc instinctivement une autre zone corporelle que Clara accepterait qu'on lui touche. Elle repère qu'un toucher léger au niveau du bras et de la main est accepté par Clara et semble l'apaiser. En effet sa carapace tonique a l'air de diminuer, ses mains s'ouvrent doucement. Lorsque la puéricultrice enlève les peaux avec le ciseau, la mère s'arrête de chanter et détourne son regard de sa fille. Elle vient chercher le regard de son mari. Clara se débat légèrement.

Le personnel soignant effectue le soin de manière efficace et dans un environnement favorable. Ils n'ont pas besoin de la contenir physiquement, un léger maintien suffit. Leurs gestes ne sont pas entravés par l'agitation de Clara.

II.3.1. La place du parent lors des soins

Lors de l'hospitalisation, les actes effectués par les soignants sont parfois synonymes de douleurs. Ces actes impliquent des informations sensorielles douloureuses pouvant être intrusives. Le jeune enfant ne peut mettre du sens sur ces soins qui lui sont infligés. Lorsque la douleur est trop élevée, on va administrer à l'enfant des antalgiques afin de la réduire. Comment la douleur est-elle évaluée chez l'enfant ? La présence du parent permet-elle de la diminuer ?

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) : «la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte

tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes»⁷⁰. La douleur est une sensation unique et subjective. Elle intègre quatre composantes : la dimension sensori-discriminative, la dimension cognitive, la dimension affective et la dimension comportementale. Chez le bébé, la douleur s'exprime à travers le dialogue tonico-émotionnel. Selon S. Robert-Ouvray, «Les variations de sa tonicité sont l'un des premiers éléments qui nous entraînent vers la compréhension de la vie psychique du bébé»⁷¹. J. de Ajuriaguerra est le premier à parler de dialogue tonico-émotionnel en 1977. Il reprend la notion de dialogue tonique décrite par H. Wallon⁷² en 1930. Il souligne la communication permise par le tonus : «l'enfant, dès sa naissance, s'exprime par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces ou gesticulations où parle tout le corps. Il réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend »⁷³. Chez Clara on remarque les crispations du visage, l'hypertonie générale, l'agitation excessive, ses mouvements désordonnés, les pleurs et les cris qui sont signes de douleur. Dans notre service, les soignants évaluent la douleur chez l'enfant à partir de l'échelle Evendol. Utilisée pour les enfants de zéro à sept ans, cette échelle permet d'évaluer la douleur chez l'enfant afin de déterminer si il a besoin d'un antalgique. Une note de zéro à trois est attribuée selon cinq critères comportementaux : l'expression vocale ou verbale, les mimiques, les mouvements, la position et la relation avec l'environnement. Il faut prendre en compte le côté subjectif de cette échelle du fait de l'interprétation du soignant et de la représentation qu'il se fait de la douleur. Clara obtient un score de zéro sur quinze à l'échelle Evendol. Des antalgiques lui sont administrés ce qui explique l'absence de douleur.

⁷⁰ M. ZABALIA, 2006, p. 5

⁷¹ S. ROBERT-OUVRAY, 2007

⁷² H. WALLON, 1930

⁷³ J. de AJURIAGUERRA, 1960

La circulaire du 1er août 1983⁷⁴ relative à l'hospitalisation des enfants relate : «Comme l'adulte, il éprouve ou redoute la souffrance physique, d'autant plus qu'il n'en comprend pas la raison. Mais, en outre, il craint de perdre la protection de ceux qui l'aiment et dont il a encore plus besoin dans cette période de peur et de douleur. Les risques de détresse et de traumatisme sont particulièrement élevés». Comme il est mentionné, l'enfant redoute la souffrance physique. Dès lors qu'il a déjà vécu le soin, ce qui est le cas de Clara, il peut anticiper ce qu'il va se passer. Pour Clara, la simple vue de l'équipe soignante entrer dans sa chambre suffit à entraîner pleurs et de la désorganisation. Sans même que le soin ait commencé, elle sait que ces soignants sont là pour effectuer un acte qui va impliquer le toucher et par conséquent de la douleur. Ses pleurs anticipés sont le signe de peur et de détresse. Malgré les antalgiques et sans stimuli douloureux Clara exprime des signes de douleur. La douleur physique et la souffrance psychique sont étroitement liées. Cependant la douleur psychique n'est pas évaluée dans l'échelle Evendol. Il est important de distinguer la douleur et la souffrance. Selon P. Ricoeur⁷⁵, la douleur représente une menace pour le corps et la souffrance une menace pour l'esprit. Pour Clara on peut supposer que la douleur physique aurait entraîné une souffrance psychique du fait de la mémoire corporelle ravivant les soins techniques et douloureux.

Outre le recours médicamenteux, la présence du parent, de par sa fonction protectrice et parce-excitatrice est indispensable durant le soin. Le soin est qualifié de technique, stressant et douloureux. La présence de la figure d'attachement est rassurante et sécurisante face à cette menace. À défaut de ne pas toujours pouvoir contenir l'enfant physiquement lors du soin, le parent peut le contenir psychiquement. L'aspect douloureux du soin est provoqué par le toucher. Ce dernier a un impact direct sur l'enveloppe que constitue la peau. Dans le cas de la brûlure, la peau est détériorée. Sa fonction d'enveloppe est donc altérée.

⁷⁴ Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants :

<http://www.sparadrap.org/content/download/884/9294/version/4/file/Circulaire83.pdf>

⁷⁵ P. RICOEUR, 1990

II.3.1.1. Le Moi-peau de D. Anzieu

Pour D. Anzieu, le Moi-peau⁷⁶ désigne «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». Le concept de Moi-peau, ou enveloppe psychique, repose donc sur l'expérience de la peau et ses fonctions pour construire un espace limitant et renfermant le psychisme de l'enfant. Ainsi il donne huit fonctions⁷⁷ à cette enveloppe psychique.

La première étant la fonction de maintenance psychique à travers les soins apportés par la mère. D.W. Winnicott, nomme cela le holding qui correspond à la façon dont la mère soutient le corps et le psychisme du bébé. Elle maintient en même temps le bébé dans un état d'unité et de solidité. L'appui apporté par la mère favorise la mise en place de mécanismes de défense (clivage et identification projective⁷⁸) à condition qu'elle soit un repère stable et sûr pour son enfant.

La deuxième fonction est celle de contenance du Moi-peau, la peau qui recouvre la totalité de la surface du corps et contient tous les organes des sens externes. Cette fonction reprend la notion de handling de D.W. Winnicott⁷⁹ se rapportant aux soins corporels procurés par la mère selon les besoins de son enfant. Le Moi-peau fait émerger des jeux entre la mère et l'enfant, pouvant faire appel à l'imitation. Par la suite, l'enfant intègre ces sensations et émotions lui permettant de faire face aux angoisses de morcellement.

La troisième est la fonction pare-excitatrice. Le Moi-peau protège l'organisme contre les agressions extérieures. Jusqu'à ce que l'enfant puisse avoir un Moi et répondre à cette fonction par lui-même, Freud explique que c'est la mère qui assure cette fonction.

La quatrième fonction est celle de l'individuation du Soi apportant un sentiment d'unicité. Elle permet de distinguer un dedans et un dehors.

⁷⁶ D. ANZIEU, 1985, p. 61

⁷⁷ Ibid. pp. 121 à 129

⁷⁸ Cf. Infra. p. 52

⁷⁹ D.W. WINNICOTT, 1962

La cinquième est la fonction d'intersensorialité du Moi-peau. D. Anzieu la définit par «Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures».

Le Moi-peau remplit également la fonction de soutien de l'excitation sexuelle. La peau du bébé fait l'objet d'un investissement libidinal à travers la nourriture et les soins qui lui sont apportés. D. Anzieu parle d'enveloppe d'excitation sexuelle globale.

L'avant dernière fonction est celle du Moi-peau en tant que recharge libidinale. «À la peau comme surface de stimulation permanente du tonus sensorimoteur par les excitations externes».

La dernière est la fonction d'inscription des traces. Cette fonction est renforcée par l'environnement maternel dans la mesure où il remplit son rôle de «pré-sensation de l'objet»⁸⁰ auprès du jeune enfant. Le Moi-peau conserve ainsi toutes les traces cutanées de la vie de l'enfant.

Lors du soin, le parent peut intervenir principalement par le biais de la fonction de maintenance psychique, ainsi que la fonction de contenance du Moi-peau puis par la fonction pare-excitatrice. Si le soin effectué n'est pas trop douloureux et impressionnant, le réaliser dans les bras du parent permettrait à l'enfant de se sentir contenu aussi bien physiquement que psychiquement. Ses bras instaurent des limites qui aident l'enfant à se sentir protégé et atténuent les angoisses archaïques notamment l'angoisse de morcellement. Si l'enfant ne peut être porté durant le soin, le parent peut venir toucher son enfant, par des massages, des caresses... Ce toucher comprenant l'affect permettrait à l'enfant de sentir la présence de son parent. Il fait appel au handling dont parle D.W. Winnicott. Le toucher du parent, s'il est sécurisant peut contribuer, par la régulation tonique, à diminuer l'angoisse. Dans le cas de Clara, ses parents assurent totalement la fonction de handling. Les caresses, les comptines de la maman, sa voix ont pu atténuer le vécu traumatique de ce soin.

⁸⁰ D.W. WINNICOTT, 1989

Le Moi-peau décrit par D. Anzieu constitue une toile de fond au fonctionnement de la pensée. L'acquisition du Moi-peau favorise l'émergence du Moi. La fonction Alpha de W. Bion que nous allons d'écrire par la suite vient soutenir l'élaboration de la vie psychique chez l'enfant.

II.3.1.2. La théorie de W. Bion

Durant le soin, le parent intervient à travers la fonction Alpha décrite par W. Bion⁸¹ afin que l'enfant puisse mettre du sens et comprendre ce qui se passe. Selon lui, l'identification projective est créatrice de l'appareil à penser les pensées. Le nourrisson est assailli de flux sensoriels confus qu'il ne peut comprendre et assimiler. Il projette alors sur sa mère cette expérience angoissante. Lorsqu'elle est capable de la recevoir, elle accueille ce que le bébé vit et lui donne du sens. Elle transforme cette projection et la rend dans un format «pensable», assimilable psychiquement. C'est ce que W. Bion nomme la fonction alpha. Ainsi, la mère contribue à la formation d'un psychisme chez l'enfant en lui prêtant son propre psychisme. Grâce à cela, le bébé pourra par la suite, par la pensée, assumer seul ses expériences angoissantes. C'est donc le processus de symbolisation qui va dédramatiser l'expérience car l'enfant y aura mis du sens.

«Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit.»⁸² Cette citation de D.W. Winnicott reprend l'idée de la boucle entre la mère et l'enfant. On peut également parler de feed-back. De par ses mimiques faciales, la mère transpose à l'enfant ce qu'elle voit. Cependant, ce qu'elle exprime est modifié par ses représentations. Lors du soin de Clara, quand l'infirmière retire les peaux, sa mère détourne le regard et ne regarde plus sa fille. On peut penser que cet acte lui renvoie trop de douleur et qu'elle préfère couper ce flux sensoriel qui permet la communication. Elle va alors chercher le regard de son mari. Ce dernier

⁸¹ BION, 1979

⁸² D.W. WINNICOTT, 1971, p.155

endosse un rôle de tiers et vient soutenir sa fille ainsi que sa femme. La présence des deux parents lors du soin est idéale. Le père crée un arrière fond sécurisant offrant la possibilité à la mère de s'appuyer sur lui. Le soutien du père pour la mère permet à celle-ci d'être également un soutien pour sa fille. Le lien d'attachement sécurise les unit et participe au bon déroulement du soin.

Grâce aux travaux sur l'hospitalisme de R. Spitz⁸³ on sait que la présence du parent lors de l'hospitalisation est indispensable. La séparation d'avec celui-ci, liée à son absence, est délétère pour son développement.

II.3.2. Lorsque la place du parent est remise en question

- **Observation d'Ahmed et de sa maman**

Nous rencontrons Ahmed et sa maman le vendredi 14 octobre 2016 lors d'un soin. Il est alors âgé d'un an et quatre mois. Ahmed est hospitalisé depuis le mercredi 12 octobre pour une brûlure au lait chaud sur le torse, l'avant bras et le bras droit, le cou et la joue droite.

Le soin est réalisé par une puéricultrice et une infirmière en intégration, dans le lit de Ahmed. C'est la troisième fois qu'il est confronté à ce soin. Il consiste à désinfecter les plaies et retirer les peaux mortes après être resté une vingtaine de minutes dans un bain afin de ramollir les peaux. Ce soin est douloureux pour l'enfant, c'est pourquoi ils mettent l'enfant sous MÉOPA.

Nous entrons dans la chambre, la mère anxieuse, nous regarde et nous demande directement qui nous sommes. Nous lui expliquons que nous sommes stagiaires en psychomotricité. Nous lui demandons son accord pour assister au soin, ce qu'elle accepte. Nous nous positionnons en retrait afin de ne pas perturber le soin.

L'équipe soignante entre dans la chambre accompagnée du matériel. Ahmed pleure et se désorganise. La puéricultrice et l'infirmier se positionnent de part et d'autre du lit. Ahmed est positionné sur le dos, l'infirmière lui tient les bras. Les

⁸³ Cf. supra. p. 32

jambes d'Ahmed exercent des mouvements de flexion/extension. Il pleure et est très agité. Une opisthotonos⁸⁴ est très marquée. La puéricultrice lui pose le masque de MÉOPA, la mère, à côté tient un portable avec des comptines d'une main, dans le champ de vision de Ahmed. Cette pratique est courante pendant ce type de soin afin de distraire l'enfant. De l'autre main, elle lui caresse les jambes de manière très énergique et très tonique. Son visage est crispé.

Le soin débute, Ahmed s'agite de plus en plus. La puéricultrice nous signale que le MÉOPA a peu d'effets sur Ahmed. Sa mère inspire fortement comme si elle ressentait la douleur de son fils. Elle se retourne vers nous et dit «Je ne peux plus», l'une d'entre nous prend alors le relais pour tenir le portable. Elle se place ensuite au bout du lit et exerce des pressions au niveau du pied de son fils. Ahmed continue à pleurer. La puéricultrice me demande de rapprocher l'écran dans le champ de vision d'Ahmed. Il se calme à nouveau et fixe le téléphone. Nous proposons à la mère de s'éloigner un peu si c'est trop douloureux pour elle. Elle accepte et se dirige vers son lit pour ne pas voir le soin. Le visage de Ahmed se détend et ses mouvements semblent moins agités.

À la fin du soin, la puéricultrice signale ne pas avoir enlevé beaucoup de peau. Elle propose à la mère de s'asseoir dans le fauteuil sous la lampe et installe Ahmed dans les bras de sa mère. Elle constate avoir oublié une peau à enlever. La mère lui dit «on verra ça demain !».

En sortant de la chambre nous interpellons la puéricultrice qui nous explique que la mère est très anxieuse et culpabilise énormément. L'équipe a proposé à la mère de prendre une pause à plusieurs reprises, qu'elle a refusée.

III.3.2.1. Le parent : reflet de l'enfant

Malgré les apports bénéfiques que nous avons pu décrire plus haut concernant la présence des parents lors des soins⁸⁵, dans certains cas, cette dernière peut être remise en question. La présence du parent n'est donc peut-être pas toujours bienfaisante pour l'enfant ? Ou la présence n'est-elle pas

⁸⁴ Glossaire

⁸⁵ Cf. supra. p. 49

suffisamment bien encadrée afin que le soin ne soit pas trop violent pour le parent et donc pour l'enfant ? Cette place que prend le parent est-elle gênante pour le personnel soignant ? Cette présence peut-elle laisser des séquelles psychologiques à la fois pour le parent et pour son enfant ? La présence du parent lors du soin peut entraîner une possible distorsion du lien dû à la douleur infligée à leur enfant parfois à cause d'une négligence parentale. De plus, le propre vécu de la douleur du parent peut être projeté sur l'enfant et l'accentuer.

Nous avons pu constater que les parents ne souhaitent pas toujours être présents lors des soins, ou surtout, dans la majorité des cas, à défaut de leur volonté, ne parviennent pas à y assister entraînant une grande culpabilité et de l'impuissance. D'après l'enquête nationale sur la place des parents à l'hôpital réalisée à l'initiative de l'association SPARADRAP, par l'institut SYNOVATE⁸⁶, 30 % des parents ne seraient pas présents lors de certains soins tels que les prises de sang... et 60% des parents ne seraient pas présents lors des soins douloureux et impressionnants. Ces statistiques révèlent bien une contradiction. En effet, dans cette situation de douleur, l'enfant a besoin de son parent, et c'est pourtant là où les parents sont statistiquement les moins présents.

D'après le cas clinique d'Ahmed, nous pouvons nous interroger sur la place de sa mère au cours du soin. En effet, ces soins étant très durs psychiquement, ils peuvent désorganiser totalement le parent qui à son tour, projette ses angoisses sur le nourrisson. Corporellement, la maman d'Ahmed dégage une inquiétude, une tension que Ahmed ressent à travers le dialogue tonico-émotionnel. Malgré sa présence physique, elle témoigne d'une incapacité à être disponible du fait de ses angoisses qui la submergent. Si nous reprenons la théorie de W. Bion⁸⁷, dans ce cas, la maman de Ahmed n'a pas la capacité psychique d'assimiler ce que vit Ahmed pour lui renvoyer de manière convenable. Elle n'arrive donc pas à détoxiquer les éléments qu'Ahmed a évacués vers elle, et peuvent dans ce cas, être réintrojectés sous une forme encore plus terrorisante, poussant Ahmed à ne pas penser mais à halluciner ou à évacuer par l'agir. Comme nous l'avons vu, cet agir s'est manifesté

⁸⁶ Enquête nationale de la place des parents à l'hôpital :

<http://www.sparadrap.org/content/download/3770/34326/version/1/file/Synt.+enquete+SPARADRAPversion+jan2009.pdf>

⁸⁷ Cf. supra. p.53

chez Ahmed par des cris, des décharges toniques... Nous avons pu constater par la suite que lorsque sa maman s'est écartée du fait de son incapacité à la fois physique et psychique à gérer cette situation, Ahmed est parvenu à s'apaiser. D'après cette observation nous tendrions donc plus vers la nécessité de mettre à l'écart le parent. Le parent semble plus être une source de désorganisation que d'apaisement et de réassurance pour son enfant. Cet extrait illustre cette idée : «La désorganisation de l'attachement a été associée à des comportements parentaux très perturbés et terrifiants (*frightened/frightening*) pour les enfants qui vivent une situation de stress. Dans ces conditions, la figure parentale peut générer la peur et l'appréhension, en mettant l'enfant dans une situation de conflit insoluble, puisque la source d'apaisement est aussi la source de la peur, et que l'enfant ne peut simultanément rechercher et fuir sa figure d'attachement.» (M. Main et E. Hesse, 1990)⁸⁸ . Cependant, nous pouvons nous demander si une préparation au préalable physique et psychologique auprès de la maman d'Ahmed lui aurait permis de mieux gérer cette situation de stress et de douleur ?

Dans notre service, les soins sont expliqués aux parents par les médecins dès leur arrivée. Les parents sont alors dans la période de bouleversement la plus aiguë. Ils sont encore sous le choc de ce qui arrive à leur enfant. Ce choc est d'autant plus accentué dans le cas de la brûlure du fait du marquage physique violent que peuvent renvoyer les endroits brûlés et de la culpabilité lorsqu'il s'agit d'accident domestique. Du fait de ce choc, un filtre s'installe dans l'oreille du parent, autrement dit, le parent opère inconsciemment un tri des informations qui lui sont transmises. En effet, lors de notre stage, nous avons pu entendre à plusieurs reprises des soignants se plaindre de répéter toujours les mêmes informations aux parents concernant la pathologie et les soins qui vont être prodigués à leur enfant. Le parent n'a sûrement pas retenu l'ensemble du descriptif de soin et peut donc, lorsque la situation arrive, être surpris par ce qui se déroule devant lui. Il semblerait donc nécessaire avant chaque début de soin, de réexpliquer la procédure aux parents afin qu'ils puissent s'imaginer, symboliser à l'avance ce qui va se passer. Cela leur permettrait de diminuer l'effet de surprise, de désorganisation, de mieux comprendre et d'être mieux préparés lorsque le soin

⁸⁸ S. TERENO et al. 2007, p. 160

se produit. Une préparation du parent avant le soin douloureux semble une étape indispensable et souvent trop négligée dans les structures hospitalières du fait du manque de temps et de personnel.

Une étude⁸⁹ qui a été réalisée de novembre 1998 à février 1999 par l'équipe des urgences de l'hôpital de Poissy, sous la direction du Dr R. Carbajal, relève bien la nécessité d'un accompagnement du parent lors des gestes douloureux. Elle explique l'importance de savoir ce qui les inquiètent, de les informer et de les rassurer, et éventuellement de proposer des aménagements pour faciliter leur présence : les installer de telle sorte qu'ils ne voient pas le geste, leur proposer un rôle précis... Dans tous les cas, il importe de respecter leur choix et de ne pas les culpabiliser.

Lors de la réalisation des soins, de nombreux soignants et une multitude de matériels techniques sont autour du berceau. Les soignants doivent se coordonner spatialement entre eux. Les soins sont habituellement réalisés à quatre mains : deux mains pour le soin et deux autres mains pour aider les mains soignantes et canaliser l'enfant. Toute cette agitation laisse peu de place au parent ou du moins sa place n'est pas clairement définie et discutée au préalable. Il se retrouve donc noyé dans cette agitation mêlant sentiment d'impuissance et de terreur. Son rôle parental est mis à mal. Il est impuissant à soulager les douleurs de son enfant après avoir été impuissant à protéger son enfant. Aucune main étayante ne se place derrière lui afin de le soutenir durant ce moment pouvant être traumatique. Tous les regards sont tournés vers le bébé qui contrairement à tout le monde à son regard rivé vers son parent qui renvoie une image démunie et terrifiante. Pour que cette boucle retrouve une certaine harmonie, ne serait-il pas nécessaire de rajouter un maillon à cette chaîne ? Un maillon perçu comme soutien temporaire de cette figure parentale. Nous pouvons retrouver cette idée à travers cette citation de D. Anzieu : «Toute figure suppose un fond sur lequel elle apparaît comme figure : cette vérité élémentaire est aisément méconnue car l'attention se trouve normalement attirée par la figure qui émerge et non par le fond sur lequel celle-ci se détache»⁹⁰. Dans la vignette clinique de Clara, nous pouvons constater

⁸⁹ R. CARBAJAL, 1999

⁹⁰ D. ANZIEU, 1985, p. 59

que la présence du père permet de faire arrière fond pour la mère. Les parents se soutiennent mutuellement. La maman de Clara semble par conséquent beaucoup plus disponible pour accueillir les signaux envoyés par Clara. Elle parvient à les percevoir sans se désorganiser, ce qui se ressent indirectement à travers le comportement de Clara. Le père a donc dans ce cas là un rôle “invisible” essentiel.

Enfin, pendant le soin, le nourrisson met en place des mécanismes de défense tels que l’identification projective décrite par W. Bion⁹¹ mais également un clivage. Mélanie Klein⁹² définit un «*Objektspaltung*», un clivage de l’objet qu’elle considère comme le mécanisme de défense le plus primitif contre l’angoisse, à l’œuvre entre autre dans la position paranoïde-schizoïde. En effet, à ce stade le nourrisson n’a pas la possibilité de nuancer tout est soit noir, soit blanc. Les soignants qui lui prodiguent des sensations douloureuses sont donc considérés comme mauvais tandis que le parent étant normalement source d’apaisement est considéré comme bon. Cependant, lorsque le parent se trouve lui aussi assimilé au soignant, que ce soit à travers son équipement stérile (blouse, masque...) ou par sa simple présence lors de cette situation douloureuse où il n’agit pas en sa faveur, cela peut amener une confusion. Le parent peut être rattaché au mauvais objet du soignant porteur de souffrance, ce qui met à mal, distord ou exacerbe le lien d’attachement pré-existant.

III) Le psychomotricien : maintien du lien lors de l’hospitalisation

III.1. Notre cadre d’intervention

III.1.1. L’adaptation

Le rôle du psychomotricien dans un service de pédiatrie du nourrisson est particulier. Effectivement, une grande majorité des enfants y restent quelques jours. Une prise en charge régulière en psychomotricité est impossible. Dans notre

⁹¹ Cf. supra. p. 53

⁹² M. KLEIN, 1946

cas, étant sur ce lieu de stage une fois par semaine nous voyons généralement les enfants une à deux fois au maximum. Dès notre arrivée dans le service, nous ne savons pas quels enfants vus la semaine précédente nous allons retrouver, quels enfants nous allons rencontrer... Chaque journée est marquée de nouvelles rencontres, de nouvelles histoires de vie.

Comme tout professionnel de la petite enfance, il faut s'adapter au rythme de ce dernier. A son rythme de base s'ajoute ici la pathologie qui vient renforcer les contraintes d'une prise en charge. Après le rythme que le bébé nous impose, le rythme des soignants est également à prendre en compte dans ce type de service. Effectivement, le soignant a des horaires stricts concernant l'administration de médicaments, la réalisation des soins... Il est donc difficile d'anticiper la journée à venir. La capacité d'adaptation à l'instant présent est essentielle et qualifie notre manière de voir les choses durant ce stage expérimental. Rien n'est prévisible, tout ou quasiment tout nécessite de l'adaptation.

III.1.2. Le rythme du psychomotricien

Lors de ce stage nous nous sommes rendues compte que le rythme des soignants et le nôtre n'est pas le même. Comme nous avons pu le voir ci dessus, les soignants ont des impératifs horaires, ils ne peuvent pas forcément prendre le temps avec chaque enfant. Nous, nous avons la chance de pouvoir le faire. Nous pouvons prendre le temps d'être à l'écoute du parent et de ce que nous montre l'enfant. Cette rythmicité nous donne une place autre à l'égard des parents. Ils nous investissent différemment et s'emparent de notre disponibilité pour qu'on les épaulé. Le lien éphémère qui se crée de la rencontre se nourrit de l'instant présent. C'est un lien qui s'adapte aux besoins du parent et de son enfant apportant ainsi une relation de confiance.

III.1.3. Le travail en équipe

Les roulements du personnel en milieu hospitalier étant très fréquents, le travail en équipe peut s'avérer plus difficile. Cependant ce travail est essentiel

afin de s'assurer d'avoir une approche globale de l'enfant. Cette difficulté a été renforcée pour notre part du fait de notre présence un jour par semaine. Il est donc très important d'arriver, malgré le peu de temps sur place, à instaurer des échanges avec les autres professionnels afin que nos regards sur l'enfant se complètent. De nombreux emplois de psychomotriciens sont à temps partiels, ce n'est pas pour autant qu'ils doivent avoir une place institutionnelle moindre. Au cours de notre stage, nous avons très rapidement compris qu'à l'hôpital il ne fallait surtout pas hésiter à aller voir les gens, discuter avec eux, les interpeller, oser aller frapper aux portes, afin de faire sa place et de se faire connaître. Cette démarche, surtout dans un stage expérimental n'est pas toujours simple et peut prendre un certain temps. Cependant, cet aspect est fondamental et doit être pris en compte, surtout pour un métier comme le nôtre qui est encore mal connu. Sans tout ce travail d'intégration en amont, le personnel n'aurait jamais su nos actions auprès des enfants et par conséquent n'aurait pas pu faire appel à nous lorsqu'ils en voyaient l'utilité. En effet, une des grandes richesses de l'hôpital est sa pluridisciplinarité, il est donc capital de l'exploiter au maximum pour un meilleur accompagnement des patients.

III.1.4 Les indications de prise en charge

Au cours de notre stage, nous avons pris du temps pour agir concrètement auprès des enfants. De par notre longue phase d'observation de début mais aussi, comme nous avons pu l'expliquer ci-dessus, du fait du temps pris pour se faire une place au sein de l'équipe. A la fin de cette période, la question de l'indication s'est posée. Effectivement, notre profession n'est pas comme celle des infirmiers qui ont un ensemble d'actes bien définis à travers les prescriptions que les médecins auront faites. Lors de notre stage, les indications ne se font pas sur prescription médicale. Nous nous sommes donc demandé s'il était préférable que ce soit nous qui demandions si nous pouvions intervenir ou que la demande vienne des observations de l'équipe ? La réponse s'est faite d'elle même au cours du temps passé dans le service. Lorsque nous commençons la journée, nous passons dans chaque chambre afin de nous présenter aux familles et aux enfants. Lors de ces présentations nous essayons de repérer les besoins de l'enfant et du parent.

Nous notons quels enfants sont à accompagner en priorité. À travers cette démarche, c'est notre regard et nos observations qui permettent l'indication. Lors des transmissions, qui permettent d'assurer une continuité entre les infirmières du matin et les infirmières de l'après-midi, nous intervenons en faisant part de nos observations. Durant ce temps d'échanges, de nombreuses informations essentielles sont communiquées concernant l'enfant et son parent. A ce moment là, les soignants peuvent nous faire part de leurs inquiétudes concernant un enfant ou une famille qu'il serait intéressant d'aller voir. Dans cette deuxième démarche, c'est le regard des autres professionnels qui font notre indication d'intervention.

III.2. Le rôle du psychomotricien en pédiatrie du nourrisson

Comme nous l'avons vu, la première période de notre stage expérimental a été marquée par une période d'observation concernant le rôle du psychomotricien en pédiatrie du nourrisson. Afin de sensibiliser toute l'équipe sur notre approche, nous avons réalisé des affiches⁹³ reprenant ce qu'est la psychomotricité ainsi que son rôle. Nous en avons relevé plusieurs qui nous ont paru essentiels :

Le psychomotricien remplit un rôle fondamental lors de l'hospitalisation afin de limiter l'impact des séparations qu'elle engendre sur le développement psychomoteur. En effet, ce dernier va axer son travail sur l'éveil psychomoteur, la stimulation sensorielle que l'hôpital peut difficilement lui apporter par rapport à ce qu'il a l'habitude de recevoir dans son milieu quotidien.

Il agit également en faveur du bien-être de l'enfant et de son développement psychoaffectif. Il a un rôle de médiateur dans la relation parent-enfant et va chercher à limiter l'impact des séparations causées par l'hospitalisation. Il va donc intervenir à travers le positionnement, le portage, le lien mère-enfant...

Le psychomotricien intervient aussi dans le dépistage par le biais d'évaluations psychomotrices. Divers tests ont été réalisés notamment :

⁹³ cf. infra. annexe n°3, p. 120

- Le Brunet-Lézine Révisé qui évalue le développement de la première enfance selon quatre domaines : la posture, la coordination, le langage et la sociabilité.
- Le NP-MOT réalisé par L. Vaivre-Douret qui est une batterie d'évaluation des fonctions neuro-psychomotrices de l'enfant.

Cependant, une observation clinique fine est indispensable afin de proposer un cadre thérapeutique cohérent et adapté au besoin de l'enfant.

Enfin, dans un service de pédiatrie, le psychomotricien peut orienter les enfants dans des institutions répondant à leurs besoins et assurer un suivi en psychomotricité sur le long terme, ce qui n'est pas faisable dans un service de pédiatrie du nourrisson. Ces structures peuvent être : la maison mère-bébé, CAMSP⁹⁴, PMI⁹⁵, foyer mère enfant...

Le rôle du psychomotricien est très varié dans un service de pédiatrie du nourrisson. Étant sur le lieu, une fois par semaine, nous avons décidé d'axer notre travail sur les deux premiers rôles du psychomotricien cités ci dessus.

Nous partirons d'une observation générale des trois acteurs fondamentaux qui interviennent et qui ont une place importante durant l'hospitalisation. Ces observations ont pu par la suite, enrichir notre réflexion et orienter nos propositions.

III.2.1. Psychomotricien observateur de la dyade parent-enfant

En effet, le processus d'attachement ou le lien d'attachement, s'il est déjà installé, va être mis à mal par l'hospitalisation et les séparations qu'elle cause.

Quel est le rôle du psychomotricien dans l'étayage de la parentalité ?

Selon A. Ducouso-Lacaze, la parentalité désigne «l'ensemble des processus psychiques par lesquels on devient parent et on s'approprie la responsabilité de ce

⁹⁴ Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

⁹⁵ Protection Maternelle et Infantile

que cela signifie»⁹⁶. L'hospitalisation vient mettre à mal la parentalité et ce dernier peut se sentir dépossédé de son rôle parental. À travers les items psychomoteurs, nous allons observer l'enfant, le parent et la relation entre ces deux acteurs.

• Vignette clinique de Fanta

Fanta est une petite fille hospitalisée pour la première fois le samedi 15 octobre, pour une fracture du fémur gauche. Nous la rencontrons le vendredi 21 octobre, elle est âgée de six mois et pèse 5 kg 510 grammes. Sa jambe gauche est maintenue en traction. Fanta passe donc ses journées au lit, allongée sur le dos. Elle dispose d'antalgique afin de diminuer la douleur. Durant cette première hospitalisation, les relations entretenues entre Fanta et sa maman posent question. Elles seront donc vues par la psychologue et orientées vers la maison du bébé qui se situe à la sortie de l'hôpital. Elles y seront également suivies par la puéricultrice de la maison du bébé car Fanta fait des intolérances à certains laits. Lorsque nous entrons dans la chambre, Fanta est allongée dans son lit. Elle est calme, nous regarde et ne pleure pas. En lui parlant, Fanta répond peu, elle émet quelques gazouillis. Ses bras sont disposés de part et d'autre de son corps en extension. Pendant ce moment, sa maman est assise à côté sur le lit. Elle parle peu, nous répond «Bonjour», d'une voix basse et légère lorsque nous la saluons. En lui posant des questions «Comment allez vous ?», «Ce n'est pas trop long pour vous ?», «Comment va Fanta ?», elle nous répond uniquement par des «oui» ou des phrases courtes. Elle paraît distante, un air passif et triste se dégage de son visage. Durant notre passage, il n'y aura pas d'échanges verbaux entre Fanta et sa maman, uniquement des regards.

⁹⁶ P. MEYER, 2004, p. 11

III.2.1.1. Observation de l'enfant : assurer une continuité dans son développement psychomoteur

Chez l'enfant nous allons principalement nous baser sur l'observation clinique pour voir comment il se présente face à cet environnement. Nous allons donc nous appuyer sur les différents concepts psychomoteurs fondamentaux que sont le tonus⁹⁷, la motricité globale⁹⁸, la motricité fine⁹⁹, les capacités d'interaction, le dialogue tonico-émotionnel¹⁰⁰, le schéma corporel¹⁰¹, l'image du corps¹⁰²... Vous trouverez en annexe, un tableau sur le développement du jeune enfant afin de visualiser les capacités correspondant à son âge.¹⁰³

Du point de vue moteur, le mouvement est une base du développement permettant de percevoir l'espace, le temps, soi, l'autre... Le mouvement apparaît par les schèmes spinaux, soit l'enroulement et le déroulement. S'en suivent les schèmes des membres supérieurs et inférieurs. L'enfant investit ensuite des mouvements organiques dits spiralés. Comme nous l'avons vu chez Ismaël, durant l'hospitalisation l'enfant peut régresser ou suspendre son développement moteur. Lorsqu'ils sont hospitalisés, pendant leur phase aiguë, les enfants ne peuvent pas sortir de leur lit. L'environnement hospitalier n'étant pas propice à leur développement, leurs expériences motrices se voient réduites. Tous les fils auxquels ils sont branchés limitent leurs déplacements. Dans le cas de Fanta, sa posture allongée, sur le dos avec une jambe soulevée par des poids, entraîne une immobilité importante. Ses hanches sont fléchies mais ses genoux sont en extension. À six mois, soit à l'âge de Fanta, un bébé parvient à se retourner du dos sur le ventre. Il peut également saisir ses pieds pour les mettre à la bouche. Ces expériences participent au bon développement moteur de l'enfant. En cas

⁹⁷ Glossaire

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ Cf. Infra. annexe n° 4, pp. 121 à 123

d'immobilisation prolongée, cela peut engendrer un retard majeur du développement psychomoteur. Durant l'hospitalisation, le psychomotricien va pouvoir venir assurer la continuité de son développement moteur en l'accompagnant corporellement. Il va chercher ici, tout en prenant en compte de l'état de santé et de la fatigabilité de l'enfant, à pallier au manque de stimulations et à offrir un lieu stable où l'enfant pourra continuer ses explorations motrices.

L'état tonique de l'enfant, en lien direct avec les émotions et les affects, est révélateur de comment il se sent à un instant donné. De zéro à trois mois, la tonicité est organisée de manière bipolaire. L'hypertonie est signe d'un état de tension, de besoin et l'hypotonie d'un état de satisfaction. Dans le cadre de l'hôpital, on peut retrouver une hypertonie lors des soins, pour témoigner d'un inconfort postural, d'une douleur en lien avec sa pathologie et une hypotonie lors de la sieste, dans les bras du parent, après avoir mangé... Dans certains cas l'hypotonie survient à des moments de détente et de bien-être. Cependant l'hypotonie n'est pas nécessairement synonyme de bien-être, dans de rares cas elle peut signer un retrait relationnel du nourrisson. Outre les causes neurologiques, durant l'hospitalisation on repère l'hypertonie par : la posture (poings fermés, membres supérieurs en chandelier, dos arqué, absence d'enroulement du bassin...), la limitation de mouvements marquée par une hyperextension, et les mimiques (grimaces, sourcils froncés, mouvements de bouche...). A l'opposé, l'hypotonie peut se ressentir dans le portage, il aura tendance à glisser dans les bras. Corporellement cette hypotonie se voit par un enroulement facilité, l'absence de tensions musculaires importantes...Au cours de la première année de vie, l'enfant parvient à trouver une équilibration tonique grâce à la maturation du système nerveux et des expériences psychomotrices. De par toutes les expériences, l'enfant perçoit son corps comme une globalité. Dans la situation de Fanta, sa posture immobile peut venir créer des tensions voire aller jusqu'à une hypertonie. Ne pouvant être en enroulement, posture se voulant rassurante et sécurisante lors des agressions extérieures, Fanta ne peut trouver ses ressources internes. De plus, le manque d'expérimentation, de stimulations sensorielles peut empêcher la recherche d'un équilibre tonique et retarder la maîtrise de ses membres et de son axe corporel. En mettant des mots sur les vécus corporels et sur les observations que l'on fait de l'enfant, nous allons induire une réaction tonique chez le parent

afin qu'il lui réponde. Régulièrement nous nous adressons à l'enfant «Je vois que tu es crispé, tu as besoin de maman» afin de communiquer indirectement avec le parent. C'est donc à travers le dialogue tonico-émotionnel élaboré avec le parent qu'il va pouvoir faire face aux informations extérieures.

L'axe corporel, autrement dit l'axe vertébral, va structurer l'espace chez l'enfant. Au début, l'espace est divisé en deux parties, la gauche et la droite, matérialisées par la symétrie de l'axe corporel. Ces deux espaces vont au fil des expériences être reliés pour n'en faire plus qu'un. André Bullinger¹⁰⁴ décrit plusieurs espaces correspondant au développement du bébé. Il parle tout d'abord de l'espace utérin représenté par le ventre de la mère qui est le premier espace du bébé. Suite à sa naissance, il va découvrir l'espace de la pesanteur, celui-ci constitue un appui face au monde extérieur. Il développe ensuite l'espace oral. Il est suivi par l'espace du buste permis grâce à un équilibre entre flexion et extension. Puis, il aborde l'espace du torse qui se développe grâce à la coordination entre l'espace gauche et droit du corps. L'espace oral sert alors de relais et fait naître un espace de préhension. Pour finir il parle de l'espace du corps qui se construit grâce à la coordination entre le haut et le bas du corps. C'est à ce moment que l'enfant va pouvoir investir ses membres inférieurs et se développer petit à petit jusqu'à la marche. Du fait des machines, des fils, des sondes... l'enfant peut être amené à diviser à nouveau les espaces. Par exemple, à cause de la sonde orogastrique, certains enfants ne vont plus investir cette zone corporelle. L'espace oral étant le premier lieu corporel d'exploration, lors d'une hospitalisation précoce, l'investissement négatif de cet espace peut impacter les capacités exploratrices de l'enfant. Dans le cas des enfants ayant une bronchiolite, le lit étant en proclive, va venir modifier le rapport à la pesanteur et va empêcher l'enfant de continuer ses explorations pieds-mains. Cela peut donc retarder l'intégration des membres inférieurs au reste du corps. Pour Fanta, de par l'immobilité de sa jambe, ses explorations sensori-motrices vont être suspendues. Ainsi, ces deux espaces que sont le haut et le bas du corps vont être dissociés. On peut supposer que son rapport à l'espace du corps va être perturbé et que

¹⁰⁴ A. BULLINGER, 2015

l'investissement de ses membres inférieurs va être retardé. Quel impact cela va-t-il avoir sur la conscience de l'espace ? Ces situations vont, à court terme, altérer la construction spatiale et l'investissement corporel. Le psychomotricien va également assurer une continuité et soutenir le développement en essayant de maintenir diverses expériences nécessaires au développement. Il va empêcher la séparation entre les éprouvés du corps avant l'hospitalisation et pendant l'hospitalisation.

Le schéma corporel et l'image du corps se constituent tout au long de notre enfance grâce aux expériences vécues. Ils ne cessent d'évoluer tout au long de la vie de l'individu. Les différents traitements et les soins, plus ou moins invasifs ou douloureux, vont intégrer les expériences corporelles vécues par l'enfant et participer à la constitution du schéma corporel et de l'image du corps. Didier Anzieu¹⁰⁵ décrit cela par la huitième fonction du Moi-peau qui est l'inscription des traces. Dans le cas des enfants brûlés, cette trace physique, visible, vient renforcer la mémoire traumatique de l'événement. Cette mémoire constitue l'empreinte psychique laissée à l'enfant. M. Deleuze¹⁰⁶ utilise le terme d'habit d'arlequin pour parler de l'image corporelle. Grâce aux investissements des différentes zones du corps, des expériences, l'enfant va petit à petit se construire une perception de son corps propre et unifié.

Nous pouvons le voir avec Fanta, âgée de six mois, qui est allongée dans son lit sur le dos, avec la jambe gauche plâtrée maintenue par des poids à la verticale. Du fait de cette installation, les expériences réalisées sont pauvres. L'incapacité de se mouvoir ne lui permet pas de sentir son corps. Cette jambe, reçoit beaucoup moins de stimulations, elle ne peut pas être touchée contrairement aux autres parties du corps. En ce sens, le toucher peau à peau n'est pas possible. Cependant cette jambe est en contact permanent avec le plâtre. De ce fait, l'information sensorielle apportée est pauvre. Contrairement au toucher peau à peau, elle ne varie pas et est dépourvue de sens et d'affects. A cause de cette installation, ce lien avec la mère par le portage est rompu au cours de l'hospitalisation. La jambe de Fanta n'est pas investie. Quel peut être l'impact de ce manque

¹⁰⁵ D. ANZIEU, 1985

¹⁰⁶ G. DELEUZE, 1969

d'investissement sur son développement psychomoteur ? Si nous rapportons cette situation à l'habit d'Arlequin décrit par G. Deleuze¹⁰⁷, cette jambe risque d'être non pas désinvestie, mais investit négativement. L'expérience vécue sera sauvegardée par sa mémoire corporelle et laissera des traces. Le psychomotricien va donc venir apporter des stimulations permettant à l'enfant de ressentir son corps. Les expériences apportées vont laisser des traces corporelles positives et inscrire des expériences agréables dans cette zone corporelle qui peut être délaissée. Il va également venir travailler sur les limites corporelles, l'enveloppe afin d'unifier le corps. Le portage étant difficilement possible, il serait intéressant de l'adapter ou de proposer une autre expérience corporelle. Le toucher, par exemple, peut venir remplacer cela.

Au niveau du temps, ce dernier se voit également perturbé. La régularité du temps favorise son intégration chez l'enfant. Durant la première année de vie, le temps est soutenu par les mouvements, les répétitions et les rythmes. Lors de l'hospitalisation, la plupart des repères temporels du quotidien sont modifiés. Les premiers repères de la temporalité sont liés à quatre facteurs : les rythmes veille-sommeil et cycle de vigilance, les cycles faim-satiété, l'alternance inactivité-action et les rythmes d'absence et de présence de la mère, soit les rythmes relationnels. Pour Fanta, les rythmes biologiques sont perturbés. Elle est perpétuellement dans une situation passive, dort beaucoup et agit peu sur son environnement. Comme nous l'avons vu précédemment le mouvement permet la structuration du temps. Ne pouvant pas se mouvoir, la perception du temps est ainsi modifiée.

Tous ces items psychomoteurs sont bien évidemment en lien les uns avec les autres et participent au développement psychomoteur de l'enfant. Dans le cadre de l'hospitalisation ces items peuvent être fragilisés. Le psychomotricien a donc sa place afin de permettre à l'enfant de maintenir, ou dans certains cas, de retrouver, une harmonie dans son développement psychomoteur que l'hospitalisation aurait pu altérer. Selon l'enfant, sa pathologie et la durée de

¹⁰⁷ Ibid.

l'hospitalisation, il va adapter ses propositions. L'accompagnement à la parentalité va soutenir le lien d'attachement parent-enfant lors de l'hospitalisation. Le psychomotricien cherche à assurer l'éveil psychomoteur et les stimulations sensorielles afin de pallier aux séparations environnementales rencontrées. Il va également favoriser le bien-être de l'enfant, l'accompagner avant, pendant et après les soins afin d'accéder au corps plaisir et non pas seulement au corps objet de soin et douloureux. L'étayage physique et psychique lors de l'hospitalisation va limiter l'impact de ces séparations.

III.2.1.2. Observation du parent : soutien à la parentalité

Grâce à son écoute, sa bienveillance et son empathie, le psychomotricien va accorder une place au parent lui permettant de faire du lien entre le quotidien de l'enfant avant l'hospitalisation et pendant. Le fait que le parent puisse retrouver son rôle va mettre du sens sur l'histoire de l'enfant et sur ce qui se passe. Quelles expériences sensori-motrices vit le nourrisson à la maison ? Comment les rendre possibles également à l'hôpital pour limiter la rupture avec le quotidien ? Le parent va donc participer et nous aider à ce que nos propositions faites à l'enfant soient adaptées et fasse du lien avec ses habitudes. Cela permettra d'inscrire l'hospitalisation dans une continuité concernant le développement psychomoteur et psycho-affectif de l'enfant.

En pédiatrie du nourrisson, le psychomotricien a surtout une place d'observateur de la dyade parent-bébé dans une situation particulière. À travers l'écoute de ces deux corps, il va chercher à ce que l'enfant et son parent trouvent un ajustement tonique. Selon H. Wallon cet ajustement se fait à travers le dialogue tonique. «Le dialogue tonique vise l'ajustement tonique entre les deux partenaires de l'interaction. Cet ajustement se fait sur un mode vibratoire selon 4 modalités : porter, palper, parler, penser»¹⁰⁸. De plus, le psychomotricien traduit ce qu'il voit de ces deux corps et les guide physiquement pour qu'ils retrouvent le chemin l'un

¹⁰⁸ P. SCIALOM, F. GIROMINI, J.M. ALBARET, 2011, p. 160

vers l'autre. Par son propre jeu tonique il peut induire chez l'autre une prise de conscience et dire «ta maman a peur que tu aies mal c'est pour ça qu'elle s'éloigne». C'est différent que de laisser un parent s'éloigner sans poser de mots, reconnaître la tension, la comprendre et la traduire fait aussi partie de notre rôle auprès des parents et savoir quand c'est au-delà de ce qu'ils peuvent faire. La voix, par sa modulation tonale, va venir exprimer diverses émotions. L'accompagnement du parent peut se faire en l'incitant à parler à son enfant tout en prenant en compte sa disponibilité. En lui disant «au revoir, je reviens tout à l'heure» lorsqu'il s'en va, il limite l'aspect stressant de la séparation. Beaucoup de parents n'ont pas conscience que l'enfant comprend ce qu'on lui dit et ne leurs parlent pas ou peu. Il est important d'expliquer au parent que l'enfant ne prend pas en compte la signification des mots mais plutôt la qualité expressive. Le parent, en prenant conscience de cela, peut ajuster sa voix selon ce qu'il veut transmettre à son enfant.

Notre action va s'orienter autour du dialogue tonico-émotionnel décrit par Ajuriaguerra¹⁰⁹. «Lorsque le bébé est dans les bras de sa mère (ou de son partenaire relationnel habituel), il est donc particulièrement sensible aux variations toniques et rythmiques des bras qui le portent et l'entourent. C'est là que plusieurs paramètres doivent être pris en compte : tonus des bras, rythme du portage, mimique du visage, musique de la voix (prosodie).»¹¹⁰. Le parent est en état d'hypervigilance ce qui peut se manifester corporellement par une hypertonie. Il prête beaucoup plus attention à ce que leur bébé peut exprimer. De plus, le rapport au toucher est plus difficile du fait de la fragilité de l'enfant. Certains parents nous ont relaté qu'ils n'osent plus porter leur enfant ou ne savent plus comment s'y prendre. Ils expriment leurs inquiétudes non pas verbalement mais corporellement, à travers des mimiques (crispations, visage inexpressif...) et des regards (anxieux, vides, alarmistes...). Ce dialogue pourrait être imagé sous forme d'une boucle qui part du corps l'enfant pour aller dans le corps du parent et revenir vers le corps de l'enfant. À travers celui-ci, le comportement de l'enfant à

¹⁰⁹ Cf. supra. p. 49

¹¹⁰ M.S. BACHOLLET, D. MARCELLI 2010, p. 15

l'égard de son parent change. Il éprouve un besoin de proximité plus important que d'habitude vis-à-vis de son parent.

La mère est moins disponible psychiquement et éprouve une préoccupation thérapeutique pour son bébé. Cette impuissance vis-à-vis des soins médicaux peut engendrer un retrait chez le parent qui instaure une distance avec son bébé. Ainsi, certains soins effectués dans la vie de tous les jours (bercement, portage...) vont être modifiés. Les sollicitations ne sont plus les mêmes.

Le psychomotricien va également chercher à maintenir les interactions dans cette dyade, qui peuvent être entravées par l'hospitalisation. L'observation et le soutien de ces interactions va contribuer au bien-être du bébé et favoriser son développement. Le psychomotricien va soutenir les interactions comportementales comprenant les interactions corporelles, visuelles, vocales ainsi que les interactions affectives. D. Stern¹¹¹ parle d'accordage affectif ou harmonisation affective entre la mère et son enfant. Cela correspond à des influences réciproques de la vie émotionnelle de la mère et celle de son bébé.

III.2.1.3. Observation et accompagnement des professionnels

Le travail du psychomotricien, pour intervenir auprès des dyades parents-enfants peut passer par l'accompagnement des soignants. Il peut également intervenir auprès des équipes et les accompagner durant les soins, les sensibiliser sur leur approche corporelle pour pouvoir adapter leur façon d'être avec les patients. En améliorant la qualité du lien entre les soignants et le patient, cela peut permettre de diminuer les effets de la séparation.

Certaines situations relevant de l'urgence sont sources de stress et de tension. Nous avons pu observer cela lors du transfert d'un bébé âgé de sept mois, dont la bronchiolite s'est aggravée. L'équipe soignante a aussitôt réagi en le déplaçant de son box à une chambre parent-enfant afin de le mettre sous oxygène.

¹¹¹ D. STERN, 1989

Un médecin, deux infirmières, une puéricultrice et une aide soignante sont présents pour installer l'enfant. Les infirmières posent les lunettes d'oxygène. Le médecin s'occupe de mettre le lit en proclive. Il le monte de deux crans d'un coup et demande si ça convient. Il réajuste brusquement l'inclinaison. Tandis que l'aide soignante sort de la chambre, la porte claque, puis ramène un fauteuil pour la mère en le poussant sur le sol. Au vue de l'urgence, tout le monde s'affaire autour de l'enfant qui pleure et se tient en extension. Les soignants lui remettent la tétine dans la bouche à tour de rôle. La mère n'est pas présente. Dans cette situation, la tension est palpable. L'installation se fait avec précipitation, tout le monde parle fort. D'un instant à l'autre l'enfant se retrouve avec beaucoup de soignants autour de lui, il reçoit un excès d'informations sensorielles. Cette situation semble générer du stress aussi bien chez le soignant que chez l'enfant. Une fois l'installation terminée, tout le monde sort de la chambre et le calme s'installe. D'un coup, l'enfant passe d'un environnement bruyant, mouvementé à un environnement silencieux et vide. Ces deux pôles opposés ne laissent pas le temps à l'enfant de s'adapter, comprendre et mettre du sens sur ce qui s'est passé.

Agir sur l'approche corporelle chez les soignants, favoriserait une prise de conscience de ce qu'ils transmettent et donc avoir un impact sur leur état tonique, leurs gestes techniques... À travers le dialogue tonico-émotionnel, la détente se ressent par la voix, le toucher, les gestes, le regard... Cela aide l'enfant à se calmer et à nouer des liens plus sécurisés. La présence du psychomotricien lors d'une situation d'urgence comme celle-ci peut servir de médiateur en instaurant un cadre contenant et sécurisant aussi bien pour les soignants que pour l'enfant. De plus, lors du soin, chaque professionnel a un rôle particulier. Les infirmières réalisent des soins techniques et concentrent leur attention sur ces derniers. Notre rôle de psychomotricien est complémentaire au leur. Nous allons apporter du sens aux informations que reçoit l'enfant. Notre langage auprès de l'enfant va être différent. Il peut être verbal ou non verbal. Notre toucher, notre voix, nos regards vont être pourvus d'une intentionnalité précise et réfléchie. En mettant du sens sur les soins réalisés, nous apportons à l'enfant des représentations. Le corps n'est plus seulement corps objet, il est humanisé. Ce travail en équipe permet de diminuer le stress. Les soignants se voient plus sereins et peuvent adapter l'intentionnalité de

leurs gestes qui se verront plus précis. Cela peut également venir pallier à la douleur qu'elle soit psychique ou physique.

III.3. Nos médiations psychomotrices

Après avoir repéré les potentiels impacts que pouvait engendrer l'hospitalisation nous avons pu, comme nous l'avons vu ci-dessus, clarifier nos champs d'action. C'est à ce moment là que nous nous sommes demandées comment nous pourrions agir concrètement ? Par quels moyens nous pourrions trouver les bienfaits que nous souhaitons apporter pour limiter les séparations engendrées par l'hospitalisation ?

III.3.1. L'apport du positionnement

Au début de notre stage, notre profession n'étant pas clairement définie dans l'esprit de tout le monde, nous avons opté pour une mission très concrète, qui puisse être compréhensible et applicable par tous. Un travail sur le positionnement s'est alors imposé à nous. Effectivement, ses effets sont directement visibles et peuvent laisser une trace de notre passage, qui lui, est ponctuel.

III.3.1.1 Nos observations

Une des premières observations qui nous a interpellées lorsque nous déambulions dans les couloirs du service concerne le positionnement des enfants dans leur lit. Nous sentons, sans avoir réellement de support théorique à l'appui, un malaise corporel se dégager de leur installation. Cet inconfort se manifeste à la fois corporellement et au niveau comportemental.

Corporellement, les nourrissons se trouvent généralement dans des postures d'ouvertures où l'extension prime sur l'enroulement. Ils parviennent donc difficilement à rassembler leurs bras vers la bouche et leurs jambes vers le bassin. Nombreux sont ceux que nous retrouvons les bras en chandeliers et les jambes dans

le vide. Les nourrissons cherchent constamment des appuis fiables sur lesquels ils pourraient se reposer. À de nombreuses reprises nous avons observé des bébés chercher leurs appuis pédestres à travers les barreaux de leur lit, entraînant des postures avec un axe corporel complètement tordu, une tête non alignée avec le reste du corps. Des agrippements aux barreaux des lits sont aussi souvent présents. Ils essaient tant bien que mal de palier à cette instabilité corporelle en contrepartie d'une grande dépense énergétique source de fatigue. Pour certains, ils vont essayer d'y parvenir à travers une hypertonie qui tend à l'immobilité et à son inconfort. Les capacités exploratrices du nourrisson sont alors impactées. André Bullinger décrit très bien cela à travers cette phrase «le défaut d'appui va transformer la conduite de capture en une conduite d'agrippement qui entraîne un recrutement tonique diffusant dans tout l'organisme. Le besoin d'être tenu est tel

que ce recrutement inhibe les conduites d'exploration et de succion»¹¹². De plus, dans certaines pathologies, une installation bien précise est imposée au nourrisson limitant ses capacités d'action sur son corps propre dans le sens de son bien-être corporel. Dans la théorie de H. Als¹¹³ élaborée en 1982, il est expliqué que l'enfant est divisé en cinq sous systèmes dont le système d'autorégulation. Il représente la capacité de l'enfant à maintenir un équilibre entre tous les sous-systèmes (végétatif, moteur, veille/sommeil, interaction) en adoptant des comportements qui le mettent en confiance, le calme... L'hospitalisation vient perturber temporairement ce système. Dans le cas de la bronchiolite, les enfants sont comme nous l'avons vu, placés en proclive afin d'améliorer leurs capacités respiratoires. Cette installation vient modifier tout leur rapport habituel à la pesanteur. André Bullinger décrit bien toute l'importance de cette dernière à travers cette phrase «c'est l'espace de la pesanteur qui se constitue comme point d'appui»¹¹⁴. Du fait de cette inclinaison dans laquelle ils sont constamment installés, le rapport à la pesanteur qu'ils ont connu auparavant se trouve modifié. Les nourrissons glissent dans leur lit. Par conséquent, le personnel soignant les

¹¹² A. BULLINGER, 2015, p. 60

¹¹³ H. ALS, 1982

¹¹⁴ A. BULLINGER, 2015, p. 59

place dans des «culottes» fixées au lit. A cette posturation, certains nourrissons réagissent par une immobilité comme s'ils étaient aimantés sur leur support ou au contraire par une agitation excessive.

Au niveau du comportement, les nourrissons semblent agités, pleurent beaucoup, ce qui signe une difficulté d'auto-apaisement en partie due à cet inconfort postural. Un ensemble de recherches théoriques nous ont permises d'un peu mieux cerner ce qui était en jeu lors d'une installation non adaptée.

Lorsque les soignants installent le cocon, nous observons qu'ils le placent de manière à ce que l'enfant ait les genoux posés dessus. Le rassemblement et les appuis pédestres que celui-ci pourrait apporter au niveau des membres inférieurs se trouvent absents. C'est donc pour cette raison que les nourrissons cherchent leurs appuis. De plus, la présence d'un seul cocon au niveau des membres inférieurs ne permet pas le regroupement des membres supérieurs d'où la présence de bras en chandelier ou agrippés aux barreaux de leur lit.



La photo ci-dessus permet d'illustrer la position des enfants dans leur lit. Il faut également imaginer que certains d'entre eux ont un lit en proclive avec un degré encore plus élevé, avec parfois le port d'une culotte. Qu'ils sont reliés à une grande quantité de fils... Nous pouvons donc facilement ressentir l'inconfort de ces enfants.

III.3.1.2. Sa mise en place

Après toutes ces observations autour du positionnement, nous nous sommes rendues compte de l'importance de le prendre en compte au cours de l'hospitalisation. Le positionnement adapté étant un moyen thérapeutique de placer le nourrisson dans son monde, de manière à optimiser son développement

global. Il fait partie des soins de développement qui sont souvent pratiqués en néonatalogie. Cependant ces soins de développement et plus particulièrement le positionnement, ont toute leur place en pédiatrie du nourrisson. Effectivement, le nourrisson malade retrouve une certaine fragilité semblable sur certains points à l'enfant prématuré.

Sa mise en place nécessite quelques éléments importants à respecter que nous allons décrire. Bien sûr, malgré cette vision assez généraliste, il faudra prendre en compte les spécificités pathologiques, physiologiques de chaque enfant. Les nourrissons de notre service étant pour la plupart dans l'obligation de rester sur le dos, nous allons développer le positionnement en position dorsale.



Dans ce cas, nous installons deux cocons. Un en haut et un en bas. Celui du haut est placé de manière à ce que les épaules puissent être en enroulement afin de permettre aux mains de se regrouper près de la bouche et du visage. Ensuite, le cocon du bas doit être placé de manière à ce que l'enfant puisse prendre appui dessus. Il est donc installé assez proche des pieds afin de permettre une flexion de ses membres inférieurs et par conséquent un enroulement du bassin. Cependant, il ne faut pas trop serrer les billes du cocon afin que cet appui soit mobile et que les membres inférieurs soient libres de mobilité. Les hanches doivent être bien calées pour éviter leur rotation externe. Il est important de veiller à ce que la tête, le cou et le tronc soient dans le même axe.

III.3.1.3. Ses objectifs

Quels sont les objectifs du positionnement dans un service de pédiatrie du nourrisson ? Quels bienfaits peut-il apporter aux nourrissons ? Dans cette partie nous allons explorer les divers bénéfices mises en jeu lors du positionnement à

travers des éléments théoriques qui nous ont aiguillées tout au long de notre réflexion.

Pour rappel, dans le ventre de sa maman, le bébé est en enroulement dans un espace limité, enveloppant qui lui donne des repères sécurisants. Effectivement, l'hospitalisation vient raviver ce besoin d'être contenu, protégé comme il a pu l'être durant sa vie fœtale. Comme nous avons pu le voir, du fait de l'état de fragilité, de fatigabilité, ainsi que du matériel qui leur est imposé, certains nourrissons ne peuvent d'eux-mêmes se procurer ce positionnement bénéfique pour eux. Les bébés sont soumis à la pesanteur et certains peuvent avoir besoin de cocon pour être un peu plus rassemblés dans leur corps. Le cocon offre un soutien postural intéressant.

Un bon positionnement du nourrisson a de multiples vertus thérapeutiques que nous allons développer ci dessous.

Tout d'abord, il agit directement sur le confort et de ce fait sur le bien-être. Pour un enfant qui n'a jamais été confronté à un tel inconfort, ou du moins, de manière moins intense et prolongée, l'hospitalisation vient marquer une rupture à ce confort habituel. Effectivement, la pathologie, les soins intrusifs, les fils, les machines... viennent altérer ce confort. Un enfant positionné comme nous l'avons expliqué ci-dessus pourra, grâce à des appuis stables, se reposer. Cette stabilité que va lui offrir ces appuis vont lui permettre un équilibre corporel qui est source de confort. Le parent constate le mieux-être de son bébé, ce qui ne reste pas sans effet.

Toute l'énergie qu'il aurait dépensée dans cette recherche de stabilité que lui offre le cocon pourra être conservée pour un rétablissement potentiellement plus rapide. Le mieux être corporel que va apporter le positionnement va agir sur le psychisme du nourrisson. C'est donc à travers le corps, moyen sur lequel nous pouvons agir, que nous allons essayer de modifier le vécu psychique de l'enfant. De ce fait, nous allons tenter d'influencer la sensation de douleur que l'enfant perçoit. C'est à dire, viser à sa diminution ou à une meilleure gestion de l'enfant face à cette dernière.

Le positionnement permet également de diminuer le stress et l'anxiété. L'hôpital étant comme nous avons pu le voir un environnement où les séparations avec le milieu habituel sont omniprésentes, le stress du nourrisson peut être majoré. Prenons un exemple qui va, nous les adultes, plus nous parler. Lorsque

nous nous trouvons dans une situation de stress, d'anxiété, nous ressentons le besoin de nous regrouper vers notre axe, de nous enrouler sur nous-mêmes. Ce repli est une façon pour nous de nous protéger des potentielles agressions du monde extérieur. Le nourrisson, dans ce milieu inconnu et stressant que constitue l'hôpital, ressent ce besoin et le concrétise à travers des postures symétriques. Pour A. Bullinger¹¹⁵, la posture symétrique, dans son schéma d'enroulement, privilégie la centration du bébé sur lui-même, et notamment sur sa sphère orale «Les mains, dans leurs mouvements, peuvent être captées par cet espace oral, le bébé engage alors une activité de succion qui le mobilise complètement»¹¹⁶. Le cocon permet entre autre, à travers ses qualités facilitant l'enroulement, ces postures symétriques dont le nourrisson a besoin. Cette posturation tendra à aider le nourrisson à mieux gérer son anxiété, son stress et sa douleur. De plus, le cocon permet à l'enfant de sentir ses limites corporelles. Cette sensation de corps unifié qui peut être perturbée du fait des nombreux soins intrusifs va être rassurante pour le nourrisson.

Le positionnement permet également de favoriser la motricité spontanée. A travers cette installation posturale de l'enfant, son corps est plus disponible pour l'exploration. André Bullinger¹¹⁷ décrit deux postures de base qui sont les postures symétriques que nous avons vues plus haut et les postures asymétriques. Les postures asymétriques, postures dite d'escrimeur, quant à elles, déterminent une répartition tonique particulière, le côté où la tête est tournée est plus tonique, le bras de ce côté est le plus souvent en extension, la main dans la zone de vision focale. Elle privilégie une orientation vers d'autres objets du milieu, et sollicite l'entrée visuelle. Le schéma d'enroulement associé à une oscillation rythmique permet le passage d'une posture asymétrique à une autre, en rendant possible le changement des points d'appui au niveau des ischions. Si l'installation de l'enfant est bien faite, il sera placé dans des conditions optimales pour permettre la mise en place de ces deux postures. Dans le cas de l'hospitalisation, si nous ne prêtons pas attention au positionnement, des postures pathologiques peuvent apparaître.

¹¹⁵ A. Bullinger, 1996, pp. 21 à 32

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Ibid.

Les postures pathologiques se caractérisent par une inversion des points d'appui. «Dans le cas d'une hyper-extension du buste, le passage dans une posture opposée est quasi-impossible, et entraîne un effondrement tonique ou à l'opposé une mise en tension excessive qui verrouille le buste dans cette posture.»¹¹⁸. Effectivement, nous constatons de nombreux enfants du service complètement figés dans une posture d'extension qui ne permet pas la moindre motricité spontanée. De nombreux parents nous ont relaté qu'ils observaient un changement radical de leur enfant qui d'habitude «n'arrêtait pas, essayait de se retourner dans son lit, attrapait des objets...». Les parents constatent cette rupture, normalement transitoire, dans les acquisitions de leur enfant. Le positionnement va donc essayer de mettre l'enfant dans les conditions les plus favorables pour qu'il puisse déployer les capacités motrices qu'il aurait pu commencer à mettre en place à la maison. Encore une fois, l'objectif étant de maintenir ce lien avec la vie qu'il menait avant l'hospitalisation.

L'accès à cette motricité libérée pourra permettre à l'enfant de meilleures interactions avec son environnement. De plus, les appuis posturaux que le bébé trouve sur le cocon lui permettent de développer des capacités relationnelles plus importantes. Le bébé confortablement installé ne renvoie pas la même image à son parent, la situation devient alors plus propice à l'échange entre ces deux partenaires. Effectivement, grâce à la possible mise en pratique de postures asymétriques, il dirige plus facilement son regard vers son environnement et peut plus facilement agir sur lui. Ses actions de préhension d'objet, de manipulation peuvent plus aisément se développer. André Bullinger¹¹⁹ décrit l'importance d'être tenu afin de permettre un arrière fond qui est indispensable pour faire exister un espace d'actions instrumentales.

Le positionnement, par ses effets bénéfiques vus ci-dessus, va permettre à l'enfant de limiter cette rupture avec ce qu'il avait l'habitude de vivre corporellement et psychiquement.

¹¹⁸ A. BULLINGER, 1998, pp. 27 à 35

¹¹⁹ A. BULLINGER, 2015, p. 60

Afin que la mise en pratique de l'installation des nourrissons se généralise dans le service, nous essayons d'informer le personnel de cette démarche. De ce fait, dès que nous observons un enfant dans un positionnement qui nous semble non approprié, nous allons solliciter son infirmière référente pour qu'elle le repositionne sous notre guidance verbale. Le personnel se sent donc acteur du bien être de l'enfant qu'ils ont, à travers les soins douloureux, du mal à apporter.

Cependant, notre présence dans le service étant très courte, nous avons décidé d'accrocher dans chaque chambre une affiche¹²⁰ qui récapitule le processus d'installation pour permettre la continuité de notre travail pendant notre absence. Ces affiches expliquent la mise en place de manière très protocolaire (par étapes). Nous avons choisi cette façon de présenter pour qu'elle soit applicable par tous. Cette manière bien codifiée suit le raisonnement habituel de soin du personnel médical.

Les résultats du positionnement ont été constatés par de nombreuses personnes dans l'équipe. Les soignants qui ont pris le temps de l'appliquer ont vu quasi instantanément les bienfaits que nous avons décrits ci-dessus sur les enfants. Quelques phrases gratifiantes nous ont été rapportées : «C'est magique, dès que je l'ai repositionné, il s'est détendu devant mes yeux», «dès que j'ai rajusté son cocon, il est parvenu à regrouper ses mains vers la bouche et s'est mis à me chercher du regard».

III.3.2. L'apport du toucher thérapeutique

III.3.2.1. Nos observations

- **Observation de Marvin et sa maman**

Marvin est un garçon originaire d'Afrique âgé d'un an. Il pèse 11 kg 200 grammes. Lorsque nous le rencontrons, il est hospitalisé depuis 11 jours pour une

¹²⁰ Cf. infra. annexe n°5, p. 124

brûlure au thé sur les deux pieds. Depuis son arrivée, il a perdu 500 grammes. L'équipe prête donc attention à son alimentation. Après avoir fait la connaissance de Marvin et sa maman, nous leurs proposons un temps de toucher thérapeutique ce que la mère accepte avec grand plaisir. Elle nous informe qu'elle masse déjà son fils tous les matins en lui mettant de la crème. C'est une mère calme et souriante. Pour commencer, elle installe Marvin sur son lit, sur le dos, avec la lampe au dessus de ses pieds. Elle se place ensuite à côté du lit et nous fait signe que nous pouvons nous placer face à Marvin. Ne comprenant pas notre proposition nous lui expliquons qu'il est plus bénéfique pour Marvin que ce soit elle qui le touche. Elle se replace alors devant son fils. Marvin bouge beaucoup. Il se retourne, se déplace et émet des sons avec la tétine dans la bouche. Je lui passe la balle sensorielle, il l'attrape des deux mains, la regarde, la touche puis la manipule. Après avoir expliqué l'intérêt du massage, je pose le poupon à côté de Marvin afin de guider la maman. Sur le ventre, Marvin touche le poupon, ses yeux et s'en approche en imitant un bisou. Je montre les gestes à la mère qui les reproduit sur Marvin pendant qu'il continue ses explorations. J'indique à la maman que ce n'est pas gênant s'il bouge, c'est sa manière à lui de participer. La mère se rattache beaucoup aux gestes que je lui propose et regarde tout ce que je fais. Nous lui indiquons qu'elle peut ensuite les adapter en fonction d'elle et de ce que son fils préfère. Pour le lissage, Marvin est agité et se déplace. Il se calme lors des percussions osseuses et s'arrête de bouger comme s'il prêtait attention à ce que sa maman fait. Elle le remarque et lui dit en souriant « Tiens, tu aimes bien ça hein ? ». Marvin alors sur le ventre, pose sa tête sur le lit. Sa mère insiste alors sur le dos voyant qu'il se calme. Pour le toucher contenant, Marvin se remet à bouger. Puis la mère passe très rapidement la balle sensorielle sur son corps car Marvin est très agité et n'est plus réceptif. Pendant le massage, la maman vient nous poser plusieurs questions. Elle s'intéresse à notre formation. Elle nous demande si c'est normal que Marvin se mette souvent en position fœtale et sur le ventre. Enfin la maman nous fait un retour positif sur le massage et nous dit qu'elle le refera. Elle nous demande si on peut repasser dans la semaine.

•Observation de Clara et sa maman

Nous retrouvons à nouveau Clara, âgée de huit mois et hospitalisée pour une brûlure sur la cuisse gauche et le talon. Lorsque nous proposons, le matin même, aux parents de Clara s'ils souhaitent découvrir le toucher thérapeutique, le père reste en retrait et la mère accepte malgré une réticence à l'idée de toucher sa fille. Elle nous demande à plusieurs reprises si on va toucher sa brûlure. Nous lui précisons que non, nous éviterons de venir toucher cette partie du corps. Elle ajoute «Venez plutôt cet après-midi, c'est pas comme si on avait beaucoup de choses à faire». En arrivant dans la chambre, nous demandons à la mère si cela la dérange que l'une de nous filme. La mère refuse et nous dit «Ce n'est pas pour le droit à l'image mais j'ai peur de ne pas être assez à l'aise. Si nous sommes encore là vendredi prochain je préférerais.». Elle nous explique que la date déterminant si Clara a besoin d'être greffée ou non est dans cinq jours. Nous parlons avec elle et la rassurons sur le toucher thérapeutique. Nous lui expliquons l'intérêt de ce que nous proposons afin qu'elle puisse se détendre. Elle nous dit n'avoir jamais massé sa fille. Clara est allongée sur le dos dans son lit. Elle semble fatiguée et a les yeux rouges. Pour commencer nous lui donnons la balle sensorielle, elle la saisit puis la manipule. Nous commençons par un lissage. Clara est dynamique, elle tend les bras, fait des mouvements des jambes et bouge beaucoup. On sent la réticence de sa mère, son toucher est hésitant et très léger. De plus elle paraît crispée au niveau du visage. Elle se réfère très souvent à ce que je lui montre. La mère nous dit «Je lui referai au moment du coucher». Pour les percussions, Clara se calme, diminue ses mouvements et regarde sa mère. Elle montre des signes de fatigue donc nous proposons à sa mère de finir par la balle sensorielle. Elle la passe sur les bras puis les jambes de Clara. Cette dernière se met à pleurer et à s'agiter. Sa mère arrête donc et donne la balle à sa fille et réessaye quelques minutes plus tard, Clara accepte et fixe sa mère du regard. Nous expliquons qu'elle peut la passer sur sa voûte plantaire. Sa mère nous répond alors «ah, on peut aussi ?». N'étant plus réceptive nous laissons Clara se reposer et nous informons la mère que nous repasserons plus tard.

III.3.2.2. La peau

Didier Anzieu¹²¹ décrit la peau comme un système de plusieurs organes sensoriels, un organe vital. Dans le développement embryonnaire, la peau est le premier organe sensoriel à se développer. Elle apparaît vers la fin du deuxième mois, avant même les autres systèmes sensoriels que sont l'olfaction, la gustation, le système vestibulaire, le système auditif et visuel. D'un point de vue physiologique, la peau se constitue d'environ cinq types de récepteurs cutanés. Ils indiquent la température, l'étirement de la peau, les pressions, le toucher, les vibrations et les mouvements. De par sa fonction sensorielle, la peau perçoit les notions spatio temporelles. Biologiquement, c'est un organe qui va avoir un impact sur le tonus, la respiration, la digestion, la posture... Nous pouvons prendre l'exemple de la brûlure qui entraîne une modification tonique et posturale. L'enfant brûlé, a des difficultés à accéder à la détente. Lorsque la douleur est trop intense, particulièrement à leur arrivée dans le service, ils adoptent des positions antalgiques afin de réduire la douleur. Ces positions sont souvent décrites par un repli sur soi et un recrutement tonique important. Le tonus étant lié aux émotions, le vécu traumatique de la brûlure ainsi que le vécu angoissant et douloureux des soins sont des facteurs d'hypertonie. De plus, la brûlure entraîne une perte d'élasticité de la peau et celle-ci favorise également l'augmentation tonique. La peau a diverses fonctions. Elle informe sur l'identité de la personne, soit l'âge, le sexe, l'ethnie... Elle a également une fonction communicative. Sur le plan organique, elle reflète l'état de santé de l'individu. Enfin, elle a une faculté protectrice. Elle fait barrière contre les agressions extérieures et contient les organes présents dans le corps. Elle délimite le dedans et le dehors et instaure des limites corporelles. Chez l'enfant brûlé les soins invasifs et douloureux viennent menacer cette fonction protectrice.

Comme nous l'avons vu précédemment, D. Anzieu¹²² fait le lien entre les fonctions physiologiques de la peau et la constitution du Moi. Le Moi-peau se

¹²¹ D. ANZIEU, 1985

¹²² D. ANZIEU, 1985

compose de deux feuillets. Le feuillet interne est un lieu de construction de messages émis vers l'extérieur qui évolue tout au long de la vie de l'individu. Le feuillet externe reprenant les contacts avec l'environnement maternant et familial. Selon D. Anzieu¹²³, le Moi-peau enveloppe l'appareil psychique, telle la peau qui enveloppe le corps. L'une des fonctions du Moi-peau est la fonction contenante, soutenue par les soins maternels, soit le handling de D.W. Winnicott. Didier Anzieu distingue deux aspects du Moi-peau. L'aspect contenant, stable et qui reçoit les sensations-images-affects. Puis l'aspect conteneur, plus dynamique correspondant à ce que D. Anzieu appelle la rêverie maternelle, soit la fonction Alpha dont parle W. Bion¹²⁴. La mère reçoit les sensations images-affects par son bébé et lui renvoie en y mettant du sens. Dans les cas de Clara et Marvin, la fonction contenante est donc altérée du fait de la brûlure.

III.3.2.3. Le toucher

«Le besoin d'une stimulation tactile tendre est un besoin primaire qui doit être satisfait pour que le bébé se développe et devienne un être humain sain et équilibré.»¹²⁵.

Le toucher constitue l'un des cinq sens. Il est intimement lié à la peau et représente un de nos premiers moyens de communication. Ashley Montagu¹²⁶ dans son ouvrage sur la peau et le toucher relève trois phénomènes mis en jeu. Le premier est l'influence précoce et prolongée des stimulations tactiles sur le fonctionnement et le développement harmonieux de l'organisme. Le second concerne les effets des échanges tactiles sur le développement sexuel. Puis le dernier aborde la multiplicité des attitudes culturelles envers le toucher et la peau. En effet, notre rapport au toucher dépend de la culture et des représentations. Nous avons remarqué que les mamans d'origine Africaine massent

¹²³ Ibid.

¹²⁴ BION, 1979

¹²⁵ A. MONTAGU, 1979, p. 123

¹²⁶ A. MONTAGU, 1979

très souvent leur bébé. Ce soin est un rituel chez beaucoup, qui suit la toilette du matin. La mère de Marvin nous l'indique en disant qu'elle le masse tous les matins en lui mettant de la crème. Ces gestes lui ont été transmis par sa mère et sont inscrits dans les rites culturels. Elle nous précise que c'est un massage très tonique qui vise à éveiller le bébé avant de commencer la journée.

Le toucher permet de pallier la douleur. Elle n'est pas partageable mais les défenses mises en place contre celle-ci le sont. La mère va donc pouvoir agir par la fonction pare excitatrice. Elle va prendre son enfant dans ses bras, le bercer, le serrer contre elle afin d'apaiser ses cris et ses pleurs. Le toucher, va avoir tout son intérêt et peut permettre d'éviter que la douleur atteigne l'intégrité du Moi-peau¹²⁷. De plus, l'affect transmis par le toucher libère un aspect sécurisant et contenant pour l'enfant. Le toucher peut venir renforcer le lien entre l'enfant et son parent lors de l'hospitalisation et tout particulièrement lors de soins douloureux.

Cependant, dans le cas de la brûlure, le toucher est remis en question. Du fait de cette dernière, l'enveloppe est fragilisée et n'a plus sa fonction protectrice ni contenante. On remarque pour la mère de Clara que l'idée de toucher sa fille est compliquée et engendre chez elle du stress et beaucoup de réticences. Ce que renvoie le corps de Clara, ici de la fragilité, déstabilise la maman. D'où sa question sur le fait que l'on vienne toucher l'endroit de la brûlure. Notre rôle a donc été d'explicitier notre approche par le toucher et d'accompagner la maman de Clara afin de la rassurer.

Comme nous l'avons vu précédemment¹²⁸, le toucher fait partie du dialogue tonico-émotionnel, notion créée par J. de Ajuriaguerra. Le dialogue tonico-émotionnel est un moyen de communication qui apparaît à la naissance et perdure tout au long de la vie. Il s'inscrit dans les interactions comportementales. La qualité du toucher, à travers ce dialogue non-verbal va s'adapter selon les

¹²⁷ D. ANZIEU, 1985

¹²⁸ Cf. supra. p. 50

éprouvés, les ressentis du parent et de l'enfant. Le toucher, à travers ce dialogue, vient ainsi soutenir les interactions parent-enfant.

III.3.2.4. Les objectifs et le déroulement

À partir de nos observations, nous avons défini des objectifs apportés par le toucher thérapeutique. Notre démarche s'appuie sur des bases théoriques que nous décrirons ci-dessous. Suite à l'accord du chef du service et après avoir informé l'équipe, nous avons eu la possibilité de mettre en place cette médiation. Quels sont nos objectifs thérapeutiques ? Quel est l'intérêt du toucher thérapeutique dans un service de pédiatrie du nourrisson ? Quelle place avons-nous occupée au sein de la dyade lors de cette médiation ?

Nous avons mis en place un questionnaire¹²⁹ pour avoir un retour des parents sur cette approche.auprès des parents, nous utilisons le terme de massage car il s'avère plus représentatif pour eux. Nous les interrogeons sur quatre points : Est ce la première fois que vous massez votre enfant ? Est ce que vous avez apprécié ? Est ce que vous avez l'impression que votre enfant a apprécié ? Est ce que vous avez envie de recommencer ? Nous évoquons les réponses des parents de Marvin et de Clara afin d'illustrer nos observations cliniques.

La présence du parent est essentielle pour l'enfant lors de l'hospitalisation. Cependant, au cours de celle-ci, la relation entretenue par ces deux derniers se voit modifiée. Lors des soins, le parent laisse place aux soignants et peut se mettre en retrait. Laisser place au soignant devient habituel comme nous le montre la maman de Marvin qui se positionne à côté de lui pour que l'on se place face à son fils. Par le toucher thérapeutique, nous souhaitons apporter et créer un moment privilégié entre le parent et son enfant, un moment en dehors des soins hospitaliers. En laissant place au parent nous venons soutenir son rôle parental et

¹²⁹ Cf. infra. annexes n° 6 et 7, pp. 125 à 127

favoriser le lien d'attachement abordé par J. Bowlby¹³⁰. Ce temps constitue une initiation et un accompagnement où seul le parent touche son enfant.

Par sa fonction communicative, le toucher du parent transmet ses affects dont le soignant n'est pas doté. Au travers du toucher, le parent et l'enfant se parlent. En ce sens, le toucher est un lieu de rencontre. Albert Ciccone¹³¹, psychologue et psychanalyste, définit le parent comme un objet contenant. Il apporte un cadre sécurisé et contenant à l'enfant. N'importe qui ne peut pas toucher la peau de l'enfant. Le toucher thérapeutique va permettre à cette dyade un moment agréable et de détente. La relation par le toucher établit un dialogue entre le parent et l'enfant. Cet échange est soutenu par les réactions engendrées par le toucher. Le parent va venir s'adapter et s'ajuster à ce que l'enfant exprime. La mère de Marvin, lors des percussions corporelles, repère et verbalise le fait que son fils apprécie. Elle décide alors de continuer un peu plus longtemps.

Le psychomotricien va se mettre en retrait afin de préserver l'intimité de ce moment. Notre rôle, que l'on peut qualifier d'accompagnateur lors du toucher thérapeutique, vise à sensibiliser le parent à l'écoute des différentes réactions de son enfant. Dans le questionnaire, les mères de Clara et Marvin ont toutes les deux apprécié ce temps avec leur enfant et ont eu la sensation qu'il avait également apprécié. Les contacts tactiles et visuels sont sources de dialogue. Chez certains parents, l'hospitalisation vient fragiliser leur rôle parental. Comme nous l'avons vu précédemment, certains parents ont tendance à laisser place aux soignants, d'autres ont besoin de rester près de leur bébé comme pour pallier les besoins auxquels ils ne peuvent répondre par eux mêmes (portage difficile, bébé nourri par sonde...). Par la médiation de ce toucher, notre place va être contenante pour le parent. Nous servons de médiateur, de repère pour le parent qui peut s'appuyer sur ce qu'on lui montre. C'est le cas chez les mamans de Marvin et de Clara qui regardent toutes les deux très attentivement tous les gestes que nous faisons. En transmettant ces gestes, nous espérons par la suite que le parent va se les approprier et pouvoir proposer à nouveau ce temps à son enfant. Le retour que l'on a eu a été positif. L'ensemble des mères ayant répondu aux questionnaires ont

¹³⁰ J. BOWLBY, 1978, Vol.1

¹³¹ A. CICCONE, 2001

émis l'envie de recommencer. La mère de Clara commente «De retour à la maison, lorsque la cicatrisation de Clara sera faite, plus à l'aise, je n'hésiterai pas à nous consacrer quelques minutes entre mère/fille de massages»¹³². L'accompagnement que l'on apporte aux mères leur permet de se sentir contenues psychiquement tout en gardant leur place d'acteur lors du toucher.

Le toucher thérapeutique donne lieu au passage du corps instrumental, douloureux, objet de soin voire malmené par les soins qui peuvent être invasifs, à un corps désir, source de plaisir et de relation. Notre approche vise à humaniser ce corps dans la relation. En ce sens, le toucher favorise l'éveil corporel, sensoriel et moteur de l'enfant dans un cadre sécurisant avec sa figure d'attachement que représente le parent. Nous cherchons à ce que l'enfant investisse positivement son corps. Ce corps dont l'enveloppe est parfois vue comme fragile par le parent. C'est le cas de la mère de Clara, qui appréhende le toucher du fait de la brûlure et de peur de faire mal à sa fille. Elle projette alors sur sa fille les représentations qu'elle a de la douleur.

Comme nous l'avons vu dans la séparation environnementale, l'aspect sensoriel est entravé durant l'hospitalisation. Le toucher, par la communication corporelle et sensorielle, va venir pallier les dystimulations d'ordre sensoriel. Il apporte des sensations corporelles restructurantes. Ces informations tactiles vont jouer un rôle de contenant. Ce contenant est altéré lors de la brûlure. Notons que chez Marvin ainsi que chez Clara, deux enfants bien éveillés pendant le massage, le toucher par les percussions osseuses est celui qui les a le plus apaisés. Ces percussions viennent faire résonner et vibrer le squelette. Dans cette situation, les stimulations plus fortes leur donnent accès à une détente. Une détente que l'on observe chez ces deux enfants, par l'arrêt de mouvement et une attitude d'écoute. «(...) pour l'enfant né à terme, le toucher est essentiel pour établir une relation soutenante et protectrice permettant l'attachement avec les parents, fondement

¹³² Cf. infra. annexe n°6, pp. 125-126

de l'apprentissage, de la régulation des émotions et des interactions sociales ultérieures»¹³³.

Afin de mettre en place le toucher thérapeutique dans le service, nous nous sommes intéressées à différentes techniques de massage. Nous avons fait des recherches théoriques et avons également assisté à un groupe massage parent-bébé réalisé par une psychomotricienne.

Nos bases théoriques s'appuient sur la méthode Shantala¹³⁴. Le massage Shantala est un art traditionnel indien. Son nom est celui de cette mère indienne qui massait son fils. Il vise à créer une continuité entre la vie utérine et la vie extérieure par le biais du contact peau à peau entre la mère et son enfant. En nous inspirant de cette méthode nous souhaitons apporter à travers le toucher, une stabilité dans la relation parent-enfant. Ce temps privilégié pourra être investi tout au long de l'hospitalisation et perdurer après. Notre proposition ne s'arrête pas uniquement aux mères mais s'adresse aussi aux pères qui ont leur place au cours de cette hospitalisation et dans le lien avec leur enfant. Le massage Shantala vise à offrir à la dyade parent-enfant un moment calme, de détente et rassurant.

Nous avons également assisté à un groupe sur le toucher parent-enfant animé par Aude qui est psychomotricienne. Cela nous a permis d'acquérir de nouvelles bases théoriques et de voir de quelle manière présenter le toucher aux parents. Son étayage tout au long de l'atelier auprès des parents nous a aidé à comprendre comment accompagner les parents. Elle nous a également transmis l'intérêt que le bébé puisse participer à ce moment et à sa manière. Cela lui permet d'occuper une position active durant le toucher.

Notre proposition se fonde sur trois types de toucher faisant appel à différentes enveloppes. Nous commençons toujours par expliquer au parent le déroulement du toucher et son rôle lors de l'hospitalisation. Étant donné que nous

¹³³ J. SIZUN, 2014, p. 110

¹³⁴ F. LEBOYER, 1976

ne touchons pas l'enfant, nous accompagnons le parent en montrant, au fur et à mesure, les différents toucher sur un poupon. Nous venons également avec une balle sensorielle que nous passons à l'enfant afin qu'il puisse l'expérimenter par lui-même, découvrir la matière, le bruit, la sensation avant que sa mère l'utilise. Pour débiter nous proposons un toucher que l'on appelle le lissage. Ce toucher est caractérisé par sa légèreté et une douce pression. Il se différencie de l'effleurage que nous déconseillons aux parents car il peut générer de l'inconfort chez l'enfant. Le lissage vient solliciter l'enveloppe externe que constitue la peau et créer une sensation d'unification de toutes les parties du corps. La main vient s'ajuster et épouser les formes du corps de l'enfant. On débute par le haut de la tête, et en laissant glisser les mains sur la peau on descend jusqu'aux extrémités des membres supérieurs, soit le bout des doigts. Ensuite on recommence ce même mouvement mais cette fois en partant du sommet de la tête et en descendant jusqu'aux orteils. Suite au lissage, on passe à un toucher contenant. Celui-ci vient réveiller l'enveloppe musculaire. On vient placer chaque main de part et d'autre de la partie du corps concernée. Ce toucher est caractérisé par son côté contenant et enveloppant. La pression exercée avec les mains vient consolider l'enveloppe et apporte une sensation d'unité corporelle. L'enveloppe étant intrusée lors des soins, par les piqûres, les perfusions..., le toucher contenant permet de renforcer les limites corporelles. Nous poursuivons par des percussions corporelles. En mettant sa main de sorte à former un creux au niveau de la paume, on vient faire résonner l'enveloppe osseuse. Ces percussions corporelles, par les vibrations et les résonances, permettent de sentir les os, soit le squelette, rappelant la solidité. Elles semblent être appréciées par Clara et Marvin. Tout deux brûlés, durant l'hospitalisation leur mobilité est réduite. La diminution des expériences sensorielles et motrices entraîne un appauvrissement des sensations corporelles et notamment des enveloppes. D'autant plus que ces dernières sont altérées par les soins. Les percussions apportent des sensations profondes et soutiennent l'unité corporelle et les enveloppes. Enfin nous terminons par le passage de la balle sensorielle. Afin de lier toutes les parties du corps et de permettre à l'enfant d'intégrer ses propres limites corporelles.

Les notions de plaisir, de corps et de relation sont fondamentales. Lors du toucher les parents sont sensibles aux réactions de leur enfant. Ils sont fiers de

soulager leur enfant et de leur procurer du bien-être. Le fait de voir un sourire ou une réaction positive les renforce dans leur rôle parental et consolide le lien d'attachement. La mère de Clara mentionne « J'étais contente de pouvoir lui procurer cette sérénité ».

III.3.3. Nos limites

Effectivement, notre rôle en psychomotricité est de pallier les impacts de la séparation due à l'hospitalisation. Lorsque ces séparations sont répétées du fait d'une maladie chronique ou d'autres raisons, quel va être l'impact sur le développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant ? S'agit-il d'un même type de séparation lorsque l'hospitalisation est répétée ? L'environnement hospitalier n'est alors plus inhabituel. Peut-on parler d'adaptation à cet environnement ? Qu'en est-t-il du lien d'attachement parent-enfant ? Quels vont être les limites de nos propositions ?

• Observation de Kilian et sa maman

Kilian est un garçon âgé de un an et un mois. Il est hospitalisé depuis trois jours pour une pneumopathie ainsi qu'une crise d'asthme. Il est sous antibiotique toutes les six heures, sous aérosol et bouffés d'oxygène deux fois par jour. En arrivant dans le service nous passons devant sa chambre. Sa maman nous regarde avec un regard accrocheur, elle se tient droite, les épaules en ouverture. À peine rentrées dans la chambre, Kilian a commencé à pleurer d'une manière particulière en nous fixant du regard. Dans son lit, sa mère lui caresse la main à travers les barreaux. Nous lui expliquons qui nous sommes et sa mère l'a rassuré en lui caressant le visage et en disant « calme toi, c'est rien ». Kilian se calme progressivement, sa mère nous explique aussitôt qu'il est souvent hospitalisé depuis sa naissance du fait de sa cardiopathie. Kilian a un ventricule au lieu de deux, ce ventricule fait donc le travail des deux. Son sang circule mal et entraîne un teint bleuâtre. Kilian est très fatigable. De plus, il s'est fait opéré plusieurs fois et d'autres opérations sont programmées. Sa mère nous dit devoir partir à treize

heures pour s'occuper des frères et sœurs mais Kilian ne supporte pas lorsqu'elle s'en va. Nous lui proposons alors de venir à treize heures pour être avec lui lorsqu'elle partira. À midi trente, sa mère était partie. Nous rentrons dans la chambre mais Kilian se met à pleurer très fort. Nous nous approchons de son berceau pour le calmer et lui posons sa peluche sur le ventre. Kilian l'enlève. Nous baissions la barrière de son lit pour pouvoir lui caresser le bras et le rassurer. Kilian nous repousse avec son bras. Nous essayons alors de lui chanter une comptine. Il parvient à s'apaiser légèrement puis se remet à pleurer. Nous continuons à chanter et Kilian se met alors à se taper la tête avec sa main grande ouverte. Nous décidons alors de refermer la barrière et de nous éloigner de son lit pour le laisser se calmer. En parlant toutes les deux, Kilian arrête de pleurer et commence à secouer sa tête de gauche à droite dans un mouvement répétitif, il se tient de chaque côté aux barreaux, ses jambes sont fléchies. Kilian finit par s'endormir les mains tenant les barreaux du lit. Quelques heures plus tard, nous observons le soin fait par l'infirmière. Elle vient effectuer une aspiration pour désobstruer les voies respiratoires. Lorsqu'elle rentre Kilian se met à pleurer et à crier. Elle ouvre la barrière, Kilian vient se coller du côté opposé du lit. Durant l'aspiration, il ne cesse de pleurer. Ses poings sont fermés et ses jambes sont tendues. Il est très tonique. L'infirmière lui dit «c'est bien tu te laisses faire». Le soin se termine, elle le félicite "c'est bien, tu es un champion" puis sort de la chambre. En sortant elle me dit « Tu as vu ? Il s'est laissé faire». Je lui explique nos observations du matin avec Kilian et elle me répond ne pas être au courant étant donné que ce n'est pas la référente de cet enfant.

III.3.3.1. L'Hospitalisme : séparations répétées

En 1946, R. Spitz¹³⁵ observe, avec K. Wolf, cent vingt-trois nourrissons, âgés de douze à dix-huit mois, de mères célibataires en prison. Il constate que lorsque la séparation se prolonge, on observe une évolution vers un état de marasme,

¹³⁵ R. SPITZ, 1948

physique et psychique, que R. Spitz appelle « hospitalisme »¹³⁶. Il décrit trois étapes de l'hospitalisme. La première est caractérisée par des pleurs, des cris, de la part de l'enfant afin de tenter de rétablir le contact avec sa mère dont il est privé. Durant la deuxième phase, l'enfant présente des troubles du sommeil, une perte de poids et des problèmes de croissance. Enfin, au cours de la troisième étape, l'enfant refuse le contact, se referme sur lui-même et se coupe donc du monde extérieur.

Dans notre service, nous ne pouvons pas parler de séparation prolongée avec la mère, dont parle R. Spitz, car cette dernière est la plupart du temps présente. Cependant, concernant les pathologies chroniques, les hospitalisations étant répétées, toutes les séparations que nous avons pu développer dans notre mémoire voient le jour mais cette fois-ci de manière récurrente. Les impacts ne seront pas les mêmes que lors d'une hospitalisation courte et occasionnelle comme dans la pathologie aiguë comme la bronchiolite. Dans le cas de Kilian, nous pouvons observer de nombreux comportements qui peuvent signer l'hospitalisme dont parle R. Spitz. Comme la mère de Kilian a pu nous l'exprimer, il est très régulièrement hospitalisé depuis sa naissance. Il est donc confronté à des séparations plus ou moins longues avec son milieu. Nous pouvons donc supposer qu'elles peuvent être à l'origine du comportement très étrange qu'on a pu observer chez lui. Les pleurs de Kilian lors de la séparation avec sa maman sont la preuve d'une réaction normale. Cependant ce sont leur caractère persistant qui nous interpelle. Les séparations d'avec sa maman sont, d'après elle, toujours sources de désorganisation pour Kilian. Effectivement, lorsqu'elle n'est pas présente, Killian s'enferme dans des mouvements répétitifs, stéréotypés qui le coupent de toute relation avec son environnement. Aucun contact n'est possible, dès que nous tentons une approche il se retire, nous évite. Par la suite, il se plonge dans le sommeil, ce qui marque une façon de se retirer de la relation. Tous ces comportements illustrent parfaitement la phase trois que décrit R. Spitz.

Le chef de service nous fait part de son mécontentement de voir, encore actuellement, des enfants arriver «à ce stade aussi grave».

¹³⁶ D. ROUSSEAU, P. DUVERGER, 2011, p. 128

Les séparations multiples et répétées vécues par Kilian ont eu un impact sur son développement psycho-affectif. Nous nous interrogeons sur l'impact que celles-ci ont eu sur sa capacité à être seul. Ce concept a été créé par D.W. Winnicott¹³⁷. Selon lui, la capacité à être seul est un signe majeur de la maturité du développement affectif. Il parle ici de la capacité à être seul en présence d'autrui. L'enfant atteint cette capacité lorsqu'il comprend qu'il est un individu, différencié de sa mère à qui il peut accorder une confiance totale. «La maturité et la capacité d'être seul impliquent que l'individu a eu la chance, grâce à des soins maternels suffisamment bons, d'édifier sa confiance en un environnement favorable»¹³⁸.

Lorsque des soins invasifs répétés viennent intruser les soins maternels, qu'en est-il de la capacité d'être seul ?

La pathologie chronique de Kilian implique des hospitalisations régulières ainsi que des opérations depuis sa naissance. Ces événements sont aussi bien traumatiques pour l'enfant que pour les parents. Qu'en est-t-il du lien d'attachement ? Celui-ci s'est construit en parallèle des hospitalisations multiples. La relation parent-enfant du fait de l'histoire de Kilian, s'est vu modifiée par toutes ses hospitalisations. Ces dernières ont eu un impact sur sa sécurité interne. L'environnement n'est donc pas forcément synonyme de confiance pour Kilian. La relation parent-enfant étant perturbée, le manque de confiance envers son environnement empêche Kilian d'accéder à la capacité à être seul dont parle D.W. Winnicott.

La première fois que nous rencontrons Kilian, le matin, il est en présence de sa maman, assise à côté de lui sur une chaise. Notre entrée dans sa chambre le fait pleurer. Grâce au toucher et à la voix contenant de sa maman, Kilian parvient à se calmer. Cependant il nous fixe du regard et semble très vigilant. Sa mère nous prévient qu'il ne supporte pas lorsqu'elle parte tous les après-midis. D'autres personnes de l'équipe nous signaleront qu'il passe ses après-midis à pleurer et qu'elles n'arrivent pas à le calmer. La séparation avec sa figure maternelle ainsi

¹³⁷ D.W. WINNICOTT, 1958, pp. 205 à 213

¹³⁸ Ibid.

que le fait d'être seul dans sa chambre est source d'angoisse chez Kilian. Il est dans l'incapacité d'utiliser ses ressources internes afin de s'auto-apaiser. La présence d'une personne autre que la figure maternelle ne lui permet pas non plus de se ressourcer. Dans ces circonstances, on peut se demander s'il a assez confiance en sa figure maternelle pour savoir qu'il va la retrouver ? A-t-il conscience de lui-même en tant qu'individu différencié de sa mère ? La relation qu'il entretient avec celle-ci repose sur un état d'agrippement. Peut-on parler de fusion ? En effet, en présence de sa mère et d'autrui il parvient à se calmer. Or, en l'absence de sa mère, Kilian est dans un état de désorganisation tel qu'il ne parvient pas à se calmer. De plus, la présence d'autrui ne lui est alors pas supportable. Qu'en est-il du Moi-peau décrit par D. Anzieu¹³⁹ ? L'enveloppe psychique dans le cas de Kilian paraît inexistante. Du fait des agressions externes et internes (sa maladie), les enveloppes psychiques et sensorielles sont altérées.

III.3.3.2. Les limites de nos propositions

Dans le cas d'hospitalisations régulières, toutes les séparations qu'elles entraînent lorsqu'elles sont répétées, peuvent s'avérer délétères pour le développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant. Lorsque des troubles sont déjà installés, notre temps de rencontre avec l'enfant est trop court pour lui être bénéfique. L'environnement dystimulant, la perte de repères, les modifications relationnelles sont sources d'instabilité chez l'enfant. Effectivement, dans ces cas, l'hospitalisation devient un milieu habituel pour l'enfant et l'impact des séparations peut s'inscrire sur la durée. Ainsi, nos propositions répondent difficilement aux besoins actuels de ces enfants.

Comme nous avons pu le voir avec Kilian, ces enfants déjà marqués par les hospitalisations se trouvent difficile à approcher à la fois physiquement et psychiquement sur un temps aussi restreint. L'approche par le toucher semble donc inadaptée. Ces enfants se trouvent dans une telle coupure avec leur environnement que ce type d'approche semble difficile à mettre en place. Les informations

¹³⁹ D. ANZIEU, 1985

sensorielles peuvent ne plus être perçues de la même manière. Effectivement, l'enfant peut développer une hypersensibilité. Elle peut être tactile, du fait des soins invasifs qui altèrent l'enveloppe, le toucher peut devenir alors source de douleur. Elle peut également être sonore, les bruits environnants, le bruit perpétuel des machines peuvent s'avérer trop agressifs... Une approche sensorielle tel que le toucher thérapeutique ne répond pas au besoin immédiat de l'enfant. L'attitude de retrait exprimée est signe d'indisponibilité et de non réceptivité de la part de l'enfant. Effectivement, le toucher thérapeutique implique différents sens dont la sollicitation semble difficilement acceptable chez ces enfants. Lors de notre passage dans la chambre de Kilian, l'après midi, il est dans un état de mal-être, insécure et de ce fait hypervigilant à tout ce qui l'entoure. On remarque que le simple fait de baisser la barrière de son lit, signe d'ouverture permettant un premier contact, est rejeté par Kilian. La relation et la proximité s'avèrent délicats. Par notre propre dialogue tonico-émotionnel, à travers le toucher nous tentons de le calmer. Ayant des mouvements de repoussé avec son bras, nous prenons de la distance et essayons de l'apaiser à travers la voix. Par la répétition d'une même comptine, nous cherchons à créer une enveloppe sonore, contenant et sécurisante. Kilian, ne se calmant pas, nous décidons de nous éloigner de son lit afin de lui laisser le temps de s'adapter à notre présence. Ses mouvements répétitifs, son état d'hypertonie et ses agrippements aux barreaux témoignent d'un état de détresse. Toutes nos tentatives s'avèrent échouées du fait de la gravité de son hypervigilance et de son hypersensibilité. Il n'est pas en capacité de supporter la moindre tentative d'approche. Lors des soins, Kilian exprime son retrait en se coupant de toutes sensations. Dans cette situation, l'absence de réactions corporelles et comportementales se révèle inquiétante. L'état de ruptures sensorielle et relationnelle avec le milieu environnant interrompt la possibilité de communication, verbale ou non verbale avec Kilian.

A défaut de pouvoir agir corporellement en faveur du bien-être de ces enfants, nous pouvons essayer de le faire à travers une meilleure adaptation de leur environnement. Dans ce cas, le positionnement peut être une manière de limiter l'aggravation de leurs troubles et de favoriser un meilleur vécu de l'hospitalisation. Le positionnement ne demande pas l'instauration d'une relation pour sa mise en place. Il va permettre de faciliter cette relation ou du moins de limiter l'aggravation de ce clivage entre l'enfant et son environnement.

Effectivement, chez ces enfants, les impacts des hospitalisations étant déjà présents, nous ne sommes pas en capacité de les enrayer. Cependant nous pouvons tenter d'empêcher qu'ils s'aggravent, par exemple, comme nous l'avons vu, à travers un meilleur positionnement.

Ces enfants ont donc besoin d'une prise en charge sur le long terme que nous ne pouvons leur procurer dans le service. Là est tout notre rôle de réorientation vers des structures qui pourront mieux répondre à leurs besoins. Elles pourront leur apporter des prises en charge où le psychomotricien prendra le temps de rencontrer l'enfant et d'instaurer une relation de confiance pour entamer un travail thérapeutique qui leur est nécessaire. Ces soins continus leurs permettront de réduire les différentes séquelles à la fois psychomotrices et psychoaffectives de l'hospitalisation ou de les compenser afin de trouver ou de retrouver un mieux être psycho corporel.

IV. Ouverture : l'hospitalisation et la séparation : deux termes dissociables

Parfois, l'hospitalisation ne signifie pas forcément séparation. Contrairement à ce que nous avons pu voir tout au long de notre mémoire, l'hospitalisation peut se révéler dans certains cas, une aide au lien parent-enfant et à son développement.

Ce rôle de l'hospitalisation est renforcé dans notre service de pédiatrie du nourrisson. Effectivement, étant dans un hôpital où beaucoup de familles sont issues de l'immigration avec des situations socio-économiques compliquées, le service ne peut pas s'affranchir de cette mission.

Le milieu hospitalier n'est alors pas source de séparation environnementale ni familiale. Il vient soutenir le développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant ainsi que le lien d'attachement avec son parent.

- **Observation de Fanta et sa maman**

Quelques mois après son hospitalisation pour une fracture du fémur, Fanta est à nouveau hospitalisée le mercredi 1er mars pour une gastroentérite à rotavirus. Elle est âgée de onze mois et pèse 6 kg 150 grammes. Le poids de Fanta est anormalement faible et la maman paraît déprimée. Du fait de son intolérance aux protéines de lait de vache, Fanta ne supporte pas le lait qui lui est donné. Elle régurgite très souvent. Sa maman, dans une situation de précarité, lui donne des yaourts. Ne sachant ni lire, ni écrire, elle dit ne pas savoir qu'il y a du lait de vache dedans. Le lait qui avait été prescrit à Fanta n'étant pas remboursé, sa maman réduisait les doses de lait pour qu'il dure plus longtemps. À notre arrivée le matin, on nous signale que Fanta semble présenter un retard et qu'il serait intéressant que l'on passe la voir. Plus tard dans la matinée nous passons voir Fanta et sa maman dans le box. Fanta sort à peine du bain, une aide soignante l'essuie et l'habille. La maman de Fanta reste très passive. Elle se tient debout, derrière l'aide soignante. Sur la table à langer, Fanta se laisse faire et lorsqu'elle se retrouve allongée sur le dos elle ne bouge pas. Elle ne cherche ni à se retourner, ni à s'asseoir et paraît écrasée par la pesanteur. Les mimiques sont pauvres. Nous laissons Fanta et sa maman et repassons les voir en début d'après midi. Fanta dort et sa maman est assise sur une chaise à côté sans rien faire. Nous lui proposons alors un massage mère enfant lorsque Fanta se réveillera. Elle accepte et nous dit qu'elle sera là vers quinze heure trente. La maman ne revient pas dans le service pour l'heure prévue. Nous ne voyons donc pas la maman.

Une semaine plus tard, nous passons dire bonjour à Fanta et sa maman qui ont été installées dans une chambre parent-enfant. Elle est en train de la changer, positionnée face à Fanta qui, silencieuse, lance des regards à sa maman. Cette dernière ne parle pas, ses gestes semblent automatiques, dépourvus d'affects. Suite à la demande de l'équipe, nous allons proposer à la maman de Fanta d'aller rencontrer la psychomotricienne de la maison du bébé. Elle accepte, et nous répond «oui» d'un air très passif. Sur le trajet, elle nous pose des questions «À quoi ça sert ?», «Qui est la personne que l'on va voir ?»... Elle nous explique avoir déjà été à la maison du bébé une fois, mais n'y est pas retournée par manque de temps. La psychomotricienne de la maison du bébé, fait visiter les lieux à la maman et lui

explique l'inquiétude de l'équipe pour Fanta. La maman exprime également son inquiétude. La psychomotricienne lui donne rendez-vous tous les vendredis à un horaire qui lui convient. Nous retournons tous ensemble dans le service afin que la psychomotricienne rencontre Fanta. Dans la salle de jeu, Fanta reste assise, son dos en appui contre un module et cherche sa maman du regard. Sa maman dit à la psychomotricienne «je me rends compte quand je vois des enfants de son âge qu'elle est plus petite». Dans l'après midi, dans la salle de jeu, lorsque sa maman part, Fanta pleure. Elle ne reste pas longtemps dans une position et pleure régulièrement. L'une de nous la prend dans ses bras, Fanta est très hypotonique. L'un de ses bras s'échappe derrière, elle donne l'impression de se laisser couler voire de se fondre en nous. Posturalement, elle ne se tient pas et n'a pas d'axe corporel. Elle sourit légèrement lorsqu'on la stimule. Elle n'attrape pas les objets, ne les regarde pas et ne met rien à la bouche.

Deux semaines plus tard, nous retrouvons Fanta et sa maman lors du biberon. Sa maman souriante, redresse Fanta dans ses bras afin qu'elle puisse nous voir. L'après-midi nous voyons Fanta sans sa maman dans la salle de jeu. L'éducatrice nous explique que la maman a eu un appel du père qui ne souhaite plus l'aider, elle pleure dans sa chambre. Fanta a repris du poids. Elle est plus expressive, sourit lorsqu'on l'interpelle. Elle parvient à s'asseoir seule et à repasser sur le ventre. Elle agrippe tout ce qui lui passe sous la main. Sur le ventre, elle pivote en tirant avec ses bras. Ses jambes sont fléchies, et Fanta cherche peu les appuis au sol. En position assise, elle attrape les jouets et en met certains à la bouche. Elle gazouille lorsqu'on lui parle. Sa maman revient à la porte de la salle de jeu, d'un air triste et regarde sa fille. Fanta s'arrête de jouer et regarde sa maman. Sa maman se met de nouveau à pleurer et Fanta de même. L'éducatrice conseille alors à sa maman d'aller se reposer. Fanta se calme et recommence à jouer petit à petit. Quelques minutes plus tard, sa maman vient nous dire qu'elle sort s'acheter à manger. Elle fait un signe de la main à Fanta et lui dit «à tout à l'heure mon cœur».

La semaine suivante, Fanta est encore hospitalisée. L'éducatrice nous signale qu'ils attendent de trouver une place dans un foyer mère bébé mais qu'ils enchaînent les refus. L'équipe veut rendre la mère plus autonome et lui laisse de plus en plus gérer les repas de sa fille. Nous croisons la maman de Fanta à notre arrivée qui nous dit «Bonjour, comment allez vous ?» avec un grand sourire. Fanta

se débrouille de mieux en mieux. A plusieurs reprises, elle expérimente les changements de position en passant du ventre à la position assise. Lors de ces changements de position, elle perd parfois l'équilibre et parvient à se stabiliser pour ne pas tomber. Elle prend de plus en plus d'assurance et expérimente avec plaisir la découverte de son corps. En position assise, Fanta touche plus ses pieds, elle mobilise plus ses jambes.

IV.1. L'enfant : reflet de l'état du parent

Lors de l'hospitalisation ce n'est pas uniquement l'enfant que l'on accueille, mais également son parent. Dans certaines situations, le mal-être de l'enfant, qu'il soit physique ou psychique, reflète un malaise plus profond provenant du parent. Suffit-il d'être parent pour se sentir parent ? Un parent peut l'être, sans pour autant remplir une fonction parentale. Il arrive que l'état de santé de l'enfant laisse transparaître les difficultés rencontrées par le parent.

IV.1.1. Les difficultés psychiques et la parentalité

D'un point de vue psychanalytique, M. Lamour et M. Baracco définissent en 1998 la parentalité comme «l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parent, c'est à dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique»¹⁴⁰. La parentalité s'avère nécessaire à l'enfant et lui donne progressivement accès à une autonomisation physique et psychique. Certains parents ont parfois besoin d'un soutien afin de répondre à ce rôle. Lorsque la parentalité ne se déroule pas comme prévu, les conséquences sur l'enfant peuvent être graves. La parentalité débute dès la grossesse. Une grossesse issue d'un événement traumatique, tel qu'un viol, modifie les premières relations mère enfant et l'investissement émotionnel de ce dernier. L'investissement favorise les

¹⁴⁰ M. LAMOUR, M. BARRACO, 1998, pp. 32-33

interactions avec le bébé. Les processus nécessaires à la création du lien d'attachement se voient ainsi entravés. Lorsque la mère a des difficultés psychiques (dépression, stress...), elle va éprouver des émotions négatives qui vont avoir un impact sur l'attachement avec son enfant. La relation établie après la naissance, repose sur celle qui était déjà présente lors de la grossesse¹⁴¹. Les mères dépressives sont moins attentives et réagissent moins aux besoins de leurs enfants. La parentalité se voit ainsi modifiée, du fait de l'indisponibilité dont le parent fait preuve. L'enfant d'une mère dépressive risque de développer un attachement précaire, un affect négatif et une désorganisation motrice et émotionnelle.

IV.1.2. L'impact du milieu socio-culturel

Le milieu socio-culturel influence grandement le développement de l'enfant. Les conditions de vies précaires ont un impact incontestable sur le développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant. Une grande partie des familles que nous rencontrons est issue de l'immigration. Pour beaucoup, ils éprouvent des difficultés économiques, sociales et environnementales. Toutes ces difficultés rencontrées peuvent se décliner à travers l'état de santé physique et psychique de l'enfant, du parent ou des deux. Parfois, comprendre le milieu familial, environnemental et les conditions de vie explique comment adviennent les difficultés de l'enfant. Si nous prenons pour exemple la situation de Fanta et de sa maman, la complexité de leur histoire rend compte de la précarité et de ses impacts. La mère de Fanta a quitté son pays et y a laissé ses enfants. Son histoire met à jour de multiples expériences traumatiques. Mariée très jeune, elle a subi plusieurs viols. Arrivée en France seule, elle vit dans une extrême pauvreté. Elle rencontrera un homme qui abusera d'elle. À la suite de cette histoire elle tombera enceinte de Fanta. En plus de difficultés d'ordres psychologiques, elle vit dans une extrême pauvreté et a trouvé un hôtel dans lequel elle vit avec Fanta. Le milieu environnemental n'est pas favorable au développement de Fanta. La chambre est petite et le sol est sale. Sa fille est donc très rarement au sol et le plus souvent sur

¹⁴¹ B. FIGUEIREDO et al., 2007

le lit. L'espace pour expérimenter est minime et pas adapté. Dans un contexte de précarité, en plus des difficultés psychiques pouvant être éprouvées par les parents, l'enfant se trouve carencé. Dans le cas de Fanta, à son arrivée à l'hôpital, elle souffre de carences alimentaires au sens propre du terme mais également au niveau de l'alimentation affective. Cette précarité mène parfois à des négligences involontaires. Dans le cas de Fanta, on peut supposer que toutes les négligences infligées par la mère sont une manière de demander de l'aide. «Finalement, les parents qui viennent en consultation sont déjà de bons parents, parce que ce sont des parents qui sont capables de venir chercher de l'aide quand quelque chose ne va pas...»¹⁴²

IV.1.3. Les conséquences psycho-affectives chez l'enfant

Le milieu socio-culturel ainsi que l'incapacité du parent à répondre à son rôle parental ne sont pas sans conséquences pour l'enfant. La mère de Fanta dit à la psychologue : «Au pays je n'avais rien mais j'arrivais à élever mes enfants, ici il y a tout mais je n'y arrive pas».

La dépression de la mère dès les premiers mois de vie de l'enfant comporte des risques pour la relation. L'enfant va passer par trois phases pour exprimer sa détresse et son besoin d'attachement. Dans les premiers temps, il va chercher à attirer l'attention de sa mère en déployant tous les moyens de communication à sa portée tels que des vocalises, des sourires, des regards, de l'agitation motrice... Dans le cas de Fanta, on retrouve ces sollicitations envers sa maman. À plusieurs reprises, elle regarde sa mère. Lorsque cette dernière s'en va, Fanta cherche à attirer son attention par des pleurs. L'absence de réponse de la part de sa figure maternelle va provoquer un état d'insécurité et une totale désorganisation. Nous retrouvons cette désorganisation chez Fanta, lorsque nous la voyons seule dans la salle de jeu et que sa mère vient de partir. Elle pleure et semble inconfortable dans toutes les positions. La dernière étape est le désengagement. L'absence de réponse, sur le long terme, suite à ces sollicitations répétées va engendrer un

¹⁴² Article de R. DEBRAY, La dépression Post-Partum: une mise à l'épreuve du lien mère/bébé, consulté le 10 avril 2017, http://www.accueilpsy.fr/depression_post_natale_depression_maternelle_post-partum-lien_mere_bebe.html

évitement relationnel. L'évitement relationnel consiste au détournement actif du nourrisson ou d'une attitude d'indifférence face aux sollicitations de l'adulte. Il peut être marqué par, un détournement du regard, des mouvements de repoussés, une posture en repli sur lui-même, une absence de pleur dans une situation de détresse... On peut également retrouver ces conséquences au niveau tonique. Chez Fanta, on retrouve parfois cette attitude de retrait relationnel avec d'autres personnes que sa mère. La première fois que nous la rencontrons, elle est totalement passive, inexpressive et ne bouge pas. Elle se tient souvent en appui contre un support sinon elle s'effondre toniquement. C'est le cas lorsqu'on la porte, elle glisse dans les bras. Les défaillances des premières interactions entraînant ces comportements répétés et prolongés, peuvent induire une dépression chez l'enfant. J.B Guillaumin et B. Sage¹⁴³ parlent d'hypotonie des psychoses symbiotiques. Le bébé fuit la relation, se retire, ce qui peut se caractériser par une grande hypotonie et un bébé difficile à porter. L'absence d'unité corporelle est le signe d'une désorganisation psychique.

Effectivement, le milieu socio-culturel, la pauvreté, les expériences traumatiques de la vie, le milieu familial et environnemental sont des facteurs de risques de dépression. Cette dépression maternelle peut avoir un impact majeur sur le développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant. Dans ce cas, où la dyade est en péril, l'hospitalisation peut alors constituer un point de rencontre et de soutien au lien parent-enfant. Elle s'oppose alors à la notion de séparation.

IV.2. L'hospitalisation : permettre la rencontre parent-enfant

Lors de l'hospitalisation, nous accueillons l'enfant, le parent et leur histoire. Cela nous permet de comprendre la situation, l'instant présent et d'adapter notre façon d'accompagner la dyade, afin de répondre à leurs besoins. L'hospitalisation peut refléter non pas la maladie de l'enfant mais la maladie du lien parent-enfant. Comment allons-nous les accompagner ? Quel va être le rôle du psychomotricien ?

¹⁴³ C. PAVOT Cours de psychomotricité sur le tonus et la fonction tonique, 2014

L'accompagnement de l'un ne se fait pas sans l'autre. Nous entendons par là que soigner uniquement l'enfant ne résoudra pas la source du problème. Afin que l'hospitalisation soit bénéfique, il est indispensable d'accompagner la dyade. "Le temps de l'hospitalisation, s'il répare le bébé doit sans doute permettre à la mère de réparer aussi sa propre image; sinon, à la sortie, elle sera dans l'incapacité de s'occuper de son enfant".¹⁴⁴

IV.2.1. L'hôpital : cadre contenant et sécurisant

Le temps de l'hospitalisation qui se voit de ce fait prolongé, peut permettre, avec l'étayage des professionnels, de trouver ou de retrouver cette stabilité dont la dyade a besoin. Le travail multidisciplinaire va être de s'occuper prioritairement de l'état de santé de l'enfant qui est la cause initiale de l'hospitalisation. Ensuite, il est important d'accompagner le parent et l'enfant dans un suivi psychologique et psychomoteur. Ce travail en parallèle vise à assurer un mieux être psychologique qui se ressentira corporellement et inversement.

Le psychomotricien va chercher à retrouver ce lien à travers le corps. Son travail est d'aider le parent à investir de nouveau son enfant et de permettre l'élaboration ou la consolidation d'un lien sécurisé. C'est à travers les mots que nous posons sur le vécu corporel de l'enfant et de la mère, que nous allons pouvoir la renarcissiser dans son rôle parental et lui permettre de redécouvrir son enfant. L'équipe et le milieu hospitalier vont constituer pour la mère un cadre contenant et sécurisant sur lequel elle va pouvoir s'appuyer. Elle va également pouvoir s'accorder des moments pour souffler, s'occuper d'elle, afin de mieux s'occuper de son enfant et d'être plus disponible par la suite.

Pour l'enfant, ce temps est tout d'abord dédié à son mieux être somatique. Cependant ce temps peut aussi lui permettre de trouver des repères stables et sécurisés. Lorsque la mère éprouve des difficultés psychiques, l'enfant va être la recherche d'interactions avec celle-ci jusqu'à se retirer totalement de la relation. Il ne dispose pas assez de repères stables de sa figure maternelle. Son manque de sécurité interne va l'empêcher d'explorer et de poursuivre son développement. On

¹⁴⁴ P.B. SOUSSAN, D. LEYRONNAS, C. MATHELIN, M. VIAL, 2000, p. 51

observe cela chez Fanta. À 11 mois, elle ne marche toujours pas, ne parvient pas à s'asseoir seule et ne montre pas de comportements d'explorations comme mettre les objets à la bouche. En plus de sa fracture du fémur entraînant une immobilisation, ces facteurs ont engendré un retard psychomoteur important. Le travail psychomoteur va être de repasser par le tout début du développement, soit par les niveaux d'évolutions motrices. Il commence par les explorations sur le dos, les retournements, la station assise... jusqu'à obtenir la station debout. Le psychomotricien prend en compte l'état de santé de l'enfant, son retard psychomoteur et son âge. Ce travail va permettre de trouver des appuis solides et favorables au développement. Pour se déplacer l'enfant passe par une recherche d'appuis au sol. Au cours de son hospitalisation, Fanta a pu évoluer dans un environnement sécurisant et adapté à ses besoins et grâce au lien naissant avec sa mère. Cela lui a permis de débiter ses explorations. On remarque qu'elle parvient à se retourner sur le ventre, à se redresser sur les bras mais ne cherche pas les appuis au sol avec ses pieds. En effet, étant d'ordinaire très peu mise au sol mais sur le lit, ce dernier ne lui apporte pas des appuis assez solides pour repousser. En lui apportant des appuis adaptés au niveau de la voûte plantaire, elle parvient à se déplacer. Nous avons pu constater durant son hospitalisation, ses progrès au niveau de son développement psychomoteur et psychoaffectif. La maman de Fanta, quant à elle communique beaucoup plus avec sa fille. Avec ses regards, ses paroles "à tout à l'heure mon cœur", ses gestes, elle a investi sa fille et un lien plus sûr a vu le jour.

Effectivement, l'hospitalisation ne vient pas séparer mais unir ou rééquilibrer temporairement ou durablement les besoins de la dyade. Cependant, ces mesures mises en place pour aider la dyade sont temporaires. L'hospitalisation permet de repérer les difficultés, d'aider provisoirement mais doit ensuite réorienter afin d'assurer une continuité.

IV.2.2. Assurer une continuité avec l'extérieur

L'hôpital est seulement un lieu de transition mais ne peut pas être un lieu de vie. Dans le cas du soutien au lien parent-enfant, il est important d'assurer une continuité après l'hospitalisation afin de le maintenir. Diverses structures

proposent un accompagnement soit quotidiennement soit ponctuellement selon le besoin de la dyade. C'est le cas de la maison du bébé, structure rattachée à l'hôpital mais qui se situe en dehors de celui-ci. Elle vise à renforcer le lien parent-enfant et aide les parents dans les difficultés qu'ils rencontrent. Dans le service de pédiatrie, nous avons la possibilité de les contacter et de leur adresser des dyades selon leurs besoins. Dans le cas de Fanta et sa maman, leur hospitalisation a permis de les mettre en contact avec cette structure. Nous avons accompagné la mère pour rencontrer la psychomotricienne afin de faire le lien entre le service de pédiatrie et la maison du bébé. Un suivi en psychomotricité a donc débuté et selon son investissement, il pourra perdurer autant de temps qu'il est nécessaire.

En parallèle, la mère de Fanta est suivie par la psychologue du service. Comme nous l'avons vu précédemment, un travail en équipe pluridisciplinaire permet de soutenir au mieux la dyade et pallier leurs difficultés. Le temps de l'hospitalisation peut permettre une réorientation du parent et de son enfant dans une institution adaptée. Dans le cas de Fanta et sa maman, l'équipe recherche un foyer mère enfant, structure spécialisée pour un suivi quotidien. Elle vise à améliorer la qualité des interactions entre la mère et son enfant. L'hôpital sert de lieu de transition en attente de trouver un suivi adapté pour le parent et son enfant.

Conclusion

L'hospitalisation implique des séparations environnementales et familiales. En ce sens, elle est vectrice de multiples séparations entre le milieu habituel de l'enfant et le milieu hospitalier. L'hospitalisation engendre un bouleversement des repères venant impacter la relation parent-enfant et le lien qui les unit. Suite à cette dernière, il peut se voir fragilisé ou bien renforcé. La place du parent peut être remise en question du fait du personnel soignant, des soins médicaux, du matériel hospitalier imposant. De plus, l'univers hospitalier se trouve dystimulant et inadapté aux besoins de l'enfant pour se développer.

Notre regard de psychomotricien va venir limiter les effets néfastes de l'hospitalisation et favoriser une prise en charge de l'enfant dans sa globalité. En limitant les séparations, le corps retrouve sa place en tant qu'entité propre d'un individu doté d'un vécu psychique et corporel. L'hospitalisation vient s'y inscrire. Le psychomotricien participe activement à l'humanisation du corps. Il adapte l'environnement hospitalier aux besoins de l'enfant en privilégiant son confort de par le positionnement. Il soutient également la relation avec le parent à travers le toucher thérapeutique. L'adaptation et le travail en équipe s'avèrent primordiaux afin de pallier aux diverses séparations causées par le milieu hospitalier.

Durant notre stage, d'autres séparations nous ont posé question. Notamment la séparation en cas de maltraitance. Dans ce cas, une rupture totale s'effectue avec le milieu familial et environnemental habituel. Cependant, l'intégrité corporelle et psychique de l'enfant se voit remise en cause. L'enfant, en gardant des traces de tout ce qu'il a vécu va devoir se reconstruire avec de nouveaux repères. Il se retrouve seul dans un milieu qu'il ne connaît pas et avec des personnes qui lui sont inconnues. Le psychomotricien dans cette situation, va venir accompagner l'enfant et lui apporter une contenance. À travers son dialogue tonico-émotionnel, il va mettre du sens sur le vécu corporel de l'enfant et va venir y répondre par sa fonction pare excitatrice. Cette séparation confère une dimension plus violente qui nous a marqué. L'hospitalisation sert alors de tremplin et assure à l'enfant un cadre sécurisé.

Glossaire

ANTALGIQUE : Est un médicament qui vise à diminuer la douleur. Il existe trois paliers :

Palier 1 : Ce sont des antalgiques non morphiniques pour une douleur faible à modérée

Palier 2 : Ce sont des antalgiques qui sont administrés pour des douleurs modérées à intenses.

Palier 3 : Ce sont des antalgiques qui sont administrés pour des douleurs très intenses ou résistantes (morphine).

BRAS EN CHANDELIER : Correspond à une attitude où les bras sont relevés en abduction, coudes hauts et avant-bras fléchis donnant l'impression d'un chandelier à deux branches

DIALOGUE TONIQUE : Est un dialogue qui utilise le corps pour langage et consiste en un accordage très fin, modulations après modulations, de l'état tonique de deux partenaires.

DYSPNEE : Difficultés respiratoires se traduisant par un essoufflement

IMAGE DU CORPS : Est l'idée inconsciente, en perpétuel remaniement que chacun se fait de son corps ; elle traduit ce que nous percevons à chaque moment et dans la relation aux autres, des qualités de notre corps.

MEOPA : psychotrope euphorisant qui altère l'état de conscience avec un effet amnésique et hypnotique

MOTRICITE GLOBALE : Correspond à l'ensemble des gestes moteurs qui assurent l'aisance globale du corps (ex : marche, sauter, équilibre...).

MOTRICITE FINE : Se définit comme le produit de mouvements, fins, précis qui nécessitent un contrôle musculaire de différentes parties du corps.

OPISTHOTONOS : Correspond à une contracture généralisée prédominante au niveau des muscles extenseurs du plan postérieur. Le corps est incurvé en arrière et les membres sont en extension.

PERFUSION : Est une injection longue et progressive d'un liquide dans le corps se faisant par voie intraveineuse. Un cathéter (tuyau souple), est introduit dans une veine périphérique, ou parfois une grosse veine pour permettre la diffusion de plus gros débit.

PNEUMOPATHIE : Regroupe l'ensemble des pathologies affectant les poumons. Elle peut-être d'origine infectieuse ou non.

PROCLIVE : Inclinaison du lit vers l'avant pour que la partie haute du corps de l'enfant soit surélevée. Ce dispositif permet, dans notre service, d'améliorer la qualité des voies respiratoires.

SCHEMA CORPOREL : Correspond au modèle perceptif de notre corps, permanent bien qu'évolutif. Il permet de localiser ses membres, ses organes, les stimulations qui lui sont appliquées. Il se construit grâce à nos expériences perceptives et motrices.

SCOPE : Instrument qui est relié à un petit ordinateur qui permet, grâce à des électrodes, de contrôler la fréquence cardiaque, la saturation en O₂, la fréquence respiratoire et la pression artérielle.

SEDATIF : Est un médicament qui permet de calmer l'anxiété et les tensions nerveuses.

SONDE GASTRIQUE : Correspond à une sonde que l'on introduit dans l'estomac. Dans la grande majorité des cas elle se fait par voie nasale (sonde naso-gastrique) mais aussi par voie buccale (oro-gastrique).

TONUS : Est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation reflexe de leur nerf moteur. Contraction permanente et involontaire.

VOIE ENTERALE : Correspond à l'administration d'aliments ou de médicaments par l'intermédiaire du tube digestif.

Bibliographie

AINSWORTH, M.D. et al. (1978), *Patterns of Attachment : a Psychological Study of the Strange Situation*, Hills-dale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

AJURIAGUERRA, J., CAHEN, M. (1960), *Tonus corporel et relation avec autrui, l'expérience tonique au cours de la relaxation*, Vol. 1, Noisiel, Editions du Papyrus, 2009.

AJURIAGUERRA, J. (1977), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson.

ALS, H. (1982), *Toward a Synactive Therory of Developpement : Promise for the Assessment and Support of Infant Individuality*. *Infant Mental Health Journal*, pp. 229 à 242.

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

BACHOLLET, M.S., MARCELLI, D., *Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements*, Paris, *Enfance et Psy* 2010/4, n°49, p. 15.

BEN SOUSSAN, P. (2013), *Hôpital silence*, *Spirale : Les petits mots de bébé*, 2013/1, n°65, Érès.

BOWLBY, J. (1951), *Soins maternels et santé mentale*, Contribution de l'Organisation Mondiale de Santé au programme des Nations Unies pour la protection des enfants sans foyer, Genève, 1954.

BOWLBY, J. (1978), *Attachement et perte 1 : Vol. 1. L'attachement*, Paris, PUF, 2002, pp. 245 à 272.

BOWLBY, J. (1978), *Attachement et perte 1 : Vol. 2. La séparation angoisse et colère*, Paris, PUF.

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

BULLINGER, A. (1998), *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*. Enfance, vol. 50, pp. 26 à 34.

BULLINGER, A. (2000), *De l'organisme au corps : une perspective instrumentale*, Enfance, tome 53, n° 3, pp. 213 à 220.

BULLINGER, A. (2015), *Le Développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, tome 2, L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*, Paris, Érès.

CARBAJAL, R. (3 décembre 1999), *Présence des parents lors des gestes agressifs, aux urgences. Rapport préliminaire*, In. La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? Congrès A.T.D.E, 7^e journée, UNESCO, Paris, pp. 39 à 42.

CICCONEL, A. (2001), *Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques*, Cahiers de psychologie clinique, 2/2001, n° 17, pp. 81 à 102.

DECOOPMAN, F. (2010), *La fonction contenant. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenant du thérapeute*, Gestalt, 1/2010, n° 37, pp. 140-153.

DELEUZE, G. (1969), *Logique du sens*, Les éditions de minuit, 2013.

DRUON, C. (1996), *A l'écoute du bébé prématuré*, Paris, Aubier.

DUGRAVIER, R., GUEDENEY, A. (2006), *Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels*, La psychiatrie de l'enfant, 2/2006, Vol. 49, pp. 405 à 442.

FIGUEIREDO, B. (2007), *Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse*, Devenir 2007/3, Vol. 19, pp. 243 à 260.

GUEPIN, F. (1962), *Hospitalisation et immobilisation prolongées chez de jeunes enfants*, Enfance, Tome 15, n° 2.

HAAG, G., TORDJMAN, S., DUPRAT, A. (1995), *Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité*, Psychiatrie de l'enfant, Paris, Érès.

JOLY, F. (2012), *Sa Majesté, le bébé*, Paris, Érès.

KLEIN, M. (1946), *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes*, Paris, PUF, traduit par Willy Baranger, in *Développements de la Psychanalyse*, 1980.

LA BRUYERE, J. (1951), *Les Caractères*, Paris, Gallimard, 1976, p 337.

LAMOUR. M, BARRACO. M. (1998), *Souffrance autour du berceau*, Paris, Gaëtan Morin.

LEBOYER, F. (1976), *Shantala un art traditionnel le massage des enfants*, Paris, du seuil, 2014.

MEYER, P. (2004), *Parents et parentalité*, Vie sociale et traitements, Paris, Érès, pp. 9 à 11.

MONTAGU, A. (1979), *La peau et le toucher : un premier langage*, Paris, du Seuil, p. 123.

PLAQUETTE, D. (2004), *La relation père-enfant et l'ouverture au monde*, Enfance 2004/2, Vol. 56, PUF.

REHEL, P. (1994), *L'accueil du tout-petit à l'hôpital*, Paris, ESF, pp. 27 à 34.

RICOEUR, P. (1990). *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil.

ROBERT-OUVRAY, S.B. (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer.

- ROBERTSON, J. BOWLBY. J. (1952), *Responses of Young Children to Separation from their Mothers*, Tome 2, Paris, Centre International de l'Enfance, pp. 131 à 142.
- ROUSSEAU, J.J. (1782), *Collection complète des œuvres de J.J. Rousseau*, Tome 4, Londres.
- ROUSSEAU, D., DUVERGER, P. (2011), *L'hospitalisme à domicile*, *Enfances & Psy* 2011/1, n° 50, Érès, pp. 127 à 137.
- SCIALOM, P., GIROMINI, F., ALBARET, J-M. (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Edition Boeck Solal.
- SIGURET, G.R. (1907), *Histoire de l'hospitalisation des enfants malades*, Thèse de doctorat de médecine, Paris, Broché.
- SIZUN, J. (2014), *Soins de développement en période néonatale : de la recherche à la pratique*, Paris, Springer, p. 110.
- SOUSSAN, P.B., LEYRONNAS, D., MATHELIN, C., VIAL, M. (2000), *Soigner*, Érès.
- SPITZ, R. (1948), *La perte de la mère par le nourrisson*. In : *Enfance*, tome 1, n°5, pp. 373 à 391.
- SPITZ, R. (1958), *La première année de la vie de l'enfant*, Paris, PUF, 1997.
- TERENO, S., SOARES, I., MARTINS, E. (2007), *La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique*. *Devenir*, Vol. 19, pp. 1 à 188.
- VANDERMONDE, C.A. (1756), *Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine*, Vol.2, Paris, Classiques Garnier, 2014.
- WALLON, H. (1930), *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF, 1970.
- WINNICOTT, D.W. (1951), *Les objets transitionnels*, Paris, Payot, 2010.

WINNICOTT, D.W. (1956), *La préoccupation maternelle primaire*. In : De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969, pp. 168 à 174.

WINNICOTT, D.W. (1958), *La capacité d'être seul*. In : De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969, pp. 205 à 213.

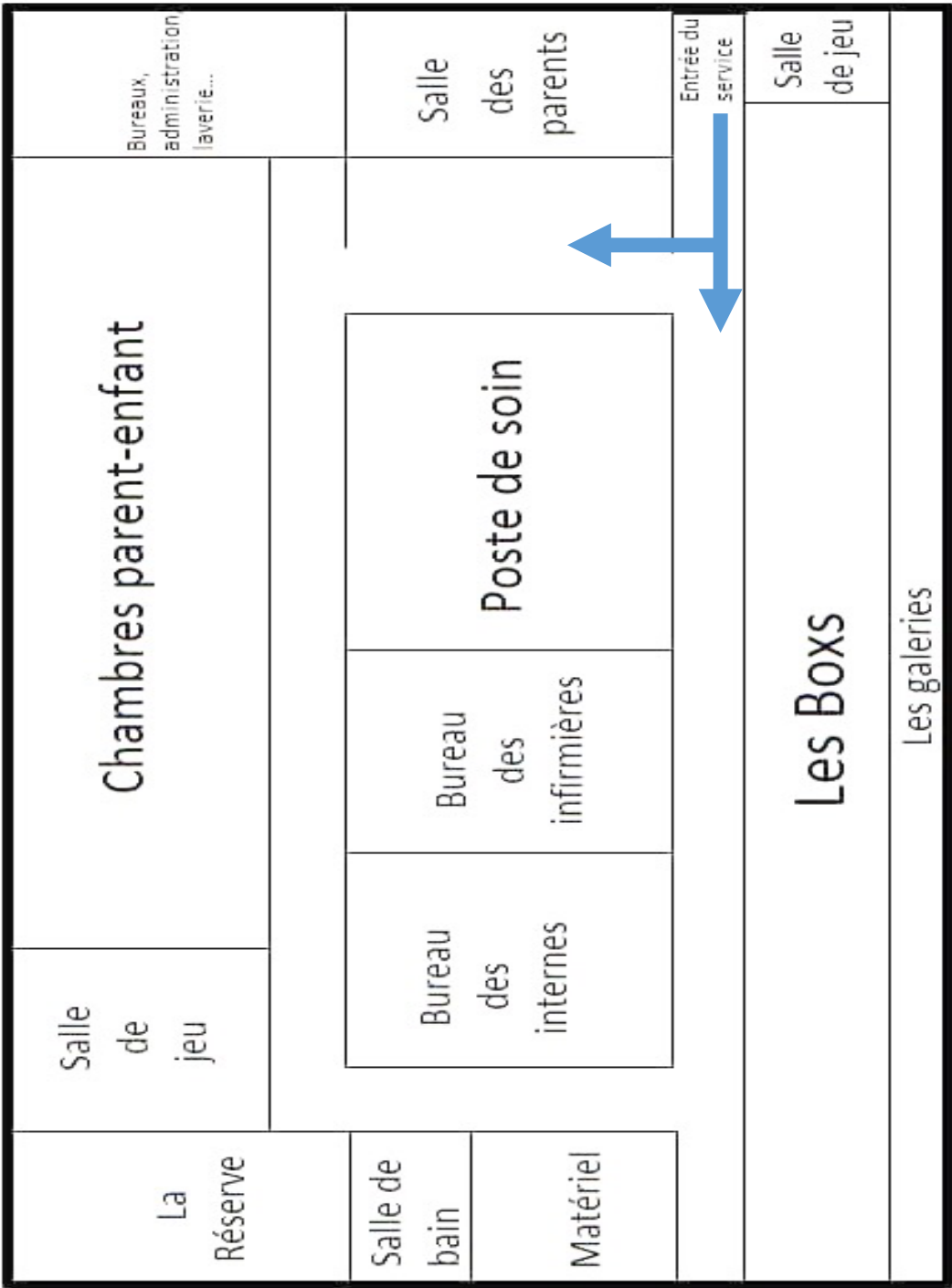
WINNICOTT, D.W. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

WINNICOTT, D.W. (1989), *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*, Paris, Payot, p 107.

ZABALIA, M. (2006), *Pour une psychologie de l'enfant face à la douleur*, Enfance, 1/2006 Vol. 58, PUF, pp. 5 à 19.

Annexes

1) Plan du service de pédiatrie du nourrisson



2) Echelle de la douleur de l'enfant : EVENDOL

Evaluation Enfant Douleur



EVENDOL

Echelle validée
de la naissance à 7 ans.
Score de 0 à 15,
seuil de traitement 4/15.

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluation à l'arrivée	
					au repos ¹ ou calme (R)	à l'examen ² ou la mobilisation (M)
Expression vocale ou verbale pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3		
Mimique à le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3		
Mouvements s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3		
Positions à une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3		
Relation avec l'environnement peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3		
Remarques	Score total /15					
					Date et heure	
					Initiales évaluateur	

3) Affiche sur le rôle du Psychomotricien dans un service de pédiatrie

La psychomotricité en pédiatrie du nourrisson

Qu'est ce que la psychomotricité ?

La psychomotricité est une approche globale de l'enfant dans tous les domaines de développement :

- Motricité globale : retournements, station assise, quatre pattes, la marche...
- Motricité fine : préhension des objets...
- Bien être corporel : tonus, aisance du mouvement, posture, contenance...
- Interactions avec l'environnement : regard, le jeu, le langage...

Quel est notre rôle au sein du service ?

- L'éveil psychomoteur et la stimulation sensorielle
 - Soutenir la parentalité (accompagner les parents, les conseiller...)
 - Favoriser le bien-être durant l'hospitalisation (posture, portage...)
- Observation, évaluation du développement, prévention et réorientation
 - L'accompagnement des professionnels



4) Tableau du développement du jeune enfant de 0 à 3 ans

Ages	Développement du langage		Développement psychomoteur	Développement psychoaffectif
	Perception Compréhension	Production Expression		
0 – 3 Mois	Naissance à 1 Mois : Réagit à la voix Compréhension indifférenciée Sensibilité à des indices prosodiques et rythmiques Discrimination catégorielle des contrastes de la parole Préférence pour la voix de la mère 2 – 3 Mois : Réagit à la présence, aux bruits environnants Capacité de catégorisation des sons en dépit des variations d'intonation	Naissance à 1 Mois : Cris, pleurs Sons végétatifs indiquant le confort ou l'inconfort 2 – 3 Mois : Imite les mimiques avec ouverture et fermeture de la bouche Tire la langue Sourire intentionnel en réponse	A la naissance : Activité essentielle : sommeil Réflexes archaïques 1 Mois : Mouvements de reptation Maintien du grasping réflexe Suit des yeux sur 90° un objet placé près de lui 2 mois : Sur le ventre : appui sur les avant-bras Commence à jouer avec ses mains Suit des yeux sur 180° un objet placé près de lui 3 Mois : Sur le ventre : redresse sa tête Assis : maintient sa tête Tourne la tête pour suivre un objet visuellement Suce son pouce	Traumatisme de la naissance Etat indifférencié Relation symbiotique à la mère organisée autour de la fonction alimentaire Expression de la satisfaction libidinale autour de la sphère orale Freud : Stade oral : narcissisme primaire Wallon : Stade impulsif pur Winnicott : Phase de dépendance absolue
3 – 6 Mois	3 – 4 Mois : Réactions aux intonations de la voix maternelle Orientation vers la source de la voix 4 – 5 Mois : Cesse de pleurer quand on lui parle Début des épisodes d'attention conjointe Reconnaissance d'une syllabe dans des énoncés différents	3 – 4 Mois : Premiers rires et cris de joie 4 – 5 Mois : Sons vocaliques Début du contrôle de phonation Renvoi des vocalisations du père ou de la mère 5 – 6 Mois : Vocalisations plus maîtrisées	4 Mois : Roule du dos sur le côté Tient sa tête et l'oriente pour regarder la personne qui l'appelle Capacités visuelles proches de celles de l'adulte Tend la main vers les objets avec tentatives de préhension 5 Mois : Tient assis avec soutien Préhension volontaire palmaire Exploration orale des objets	Freud : Stade sadique-oral : début de la morsure Spitz : Sourire réponse, premier organisateur Winnicott : Phase de dépendance relative

	5 – 6 Mois : Commence à comprendre les intonations d'approbation, de désapprobation Reconnait son prénom Semble reconnaître les mots « papa, maman » Catégorisation des voyelles selon la langue maternelle	Jeux de variations et d'imitation d'intonations Rit franchement aux éclats Commence à répondre à son nom par des vocalisations	6 Mois : Roule du ventre sur le dos Commence à ramper Passage à l'alimentation solide Préhension palmaire bien acquise avec début d'opposition du pouce Peut tenir 2 cubes dans les mains sans recherche s'ils disparaissent	
6 – 9 Mois	6 – 7 Mois : Regarde attentivement une personne qui parle Etablit des correspondances entre des voyelles et des mouvements de bouche 7 – 8 Mois : Réagit au « non » Donne un objet sur demande verbale 8 – 9 Mois : Comprend « non, bravo, au revoir »	6 – 7 Mois : Babillage canonique (production répétitive avec alternance de consonnes et de voyelles) Vocalise face à son image dans le miroir ou face aux jouets 7 – 8 Mois : Chantonne Rire adapté à la situation 8 – 9 Mois : Babillage Imitation de sons produits par l'entourage Contours intonatoires influencés par la langue maternelle	7 Mois : Tient assis sans soutien, mais tombe s'il se penche Position en décubitus dorsal : joue avec ses pieds Se retourne du dos sur le ventre Préhension en pince inférieure Transfère les objets d'une main à l'autre Acquisition du relâchement volontaire de l'objet 8 Mois : Tient bien assis Se retourne dans les deux sens En décubitus ventral, s'appuie pour se tenir sur les pieds et sur les mains. Cherche un objet hors de sa vue, expérimente la situation d'absence, de disparition de l'objet Jette les objets S'assied seul Préhension en pince fine supérieure Tire sur une ficelle pour attirer vers lui l'objet	Freud : Stade oral Spitz : Angoisse de l'étranger, du 8^{ème} mois : deuxième organisateur Lacan : Stade du miroir
9 – 12 Mois	9 – 10 Mois : Début de compréhension des mots familiers dans leur contexte 10 – 11 Mois : Reconnaissance de mots connus en dehors du contexte Détection des frontières des mots	9 – 10 Mois : Fait non de la tête Commence à faire les gestes « au revoir, coucou, bravo » Contours intonatoires influencés par la langue maternelle	10 Mois : Marche à 4 pattes Se met debout Boit seul à la timbale Préhension en pince fine supérieure plus fine A le sens du contenu et du contenant	Freud : Stade oral et stade sadique oral Spitz : Acquisition du « non » : troisième organisateur L'enfant comprend le mot ou le geste de l'interdiction

	Réorganisation des catégories perceptives en fonction de la structure phonologique de la langue maternelle	10 – 11 Mois : Babillage varié en séquences longues et intonées	11 Mois : Marche seul en se tenant Gestes de pointage Peut envoyer la balle 12 Mois : Marche tenu par une seule main	Lacan : Stade du miroir Wallon : Début du stade sensori-moteur
12 – 18 Mois	Compréhension de 100 à 150 mots Compréhension de courtes phrases en situation Répond à des consignes verbales simples comme « dis bonjour »	16 Mois : Productions stables en relation avec des situations Production de 50 mots Persévérance de formes de babillage avec intonation de phrases Premières ébauches de mot-phrase Premières juxtapositions de 2 mots	15 Mois : Marche seul Monte l'escalier à 4 pattes Se met debout sans aide mais tombe encore souvent Aime jeter, envoyer, pousser Sait faire une tour de 2 cubes Perfectionnement du relâchement fin et précis Sait tenir une cuillère et tourner les pages d'un livre Peut reproduire un trait 18 Mois : Monte et descend l'escalier en tenant la main S'accroupit pour ramasser Court mais tombe souvent Explore les espaces Peut tirer un objet derrière lui en marcher et pousser un ballon su pied sans tomber	Freud : Stade anal : phase sadique-anale avec auto-érotisme anal La matière fécale correspond à un objet d'échange et d'expression symbolique Lacan : Stade du miroir Accès au symbolisme Wallon : Début du stade projectif : passage de l'action pure aux premières représentations de la pensée
18 – 24 Mois	Compréhension de plus de 200 mots Montre du doigt de nombreux objets, puis peut désigner sur des images des objets, des animaux ou des vêtements Commence à distinguer des catégories de mots Obéit à des consignes sans démonstration La sémantique et la prosodie sont cohérents	Répond « non » Répétition – imitation de mots Production de 50 à 170 mots Phrases de 2 ou 3 mots A partir de 20 Mois : Augmentation rapide du vocabulaire (250 à 300 mots) Début de l'acquisition du genre et du nombre Dit son nom	Monte et descend l'escalier seul Saute à pieds joints, grimpe Peut ouvrir une porte et allumer la lumière Sait se laver le visage et enlever ses chaussures Tape dans un ballon, fait du tricycle Encastre toutes les formes Recopie les traits verticaux et horizontaux Visse et dévisse Imite les gestes de l'adulte Mange seul proprement	Freud : Stade anal : phase masochiste-anale Plaisir passif lié à la rétention des matières fécales Lacan : Stade du miroir Accès au symbolisme
2 – 3 Ans	Comprend les locutions temporelles et spatiales Connait quelques couleurs et les principales parties du corps	Accroissement rapide du lexique Fait des phrases de 3 ou 4 mots avec verbes et adjectifs	Saute sur un pied, marche sur la pointe des pieds et sur les talons S'habille seul Propreté diurne et nocturne acquise Se sert de sa fourchette Fait une tour de 8 à 9 cubes	Freud : Stade phallique Début de l'angoisse de castration Apparition de la relation triangulaire

5) Affiche sur le positionnement

LE POSITIONNEMENT

Dans le ventre de sa maman, le bébé est en enroulement dans un espace limité, enveloppant qui donne des repères sécurisants.

Après la naissance, il se retrouve sans limite autour du corps, soumis à l'apesanteur et déstabilisé par l'environnement. Il est donc important de lui permettre de retrouver cette position en **enroulement**.

⚠ Les points importants pour positionner un bébé au lit

- Etape 1 : Tête-cou-tronc alignés dans le même axe
- Etape 2 : Epaules enroulées : mains rapprochées du buste
- Etape 3 : Appui pieds sur un support mou (ex : couverture) : jambes semi-fléchies

Les objectifs :

- Diminuer les facteurs de **stress**
- Favoriser le **bien être**
- Lutter contre la **douleur**
- Encourager le développement de la prise de **conscience du corps**
- Développer les **interactions** face à l'environnement
- Favoriser la **motricité spontanée**

→ Le cocon est un élément rassurant et contenant pour l'enfant. Sentiment de sécurité.



6) Questionnaire toucher thérapeutique : Clara et sa maman

Questionnaire parents - Massage

Prénom :

Age : 8 mois

Motif d'hospitalisation :

Brûlure jambe.

-Première fois que vous massez votre bébé ?

☒ oui

☐ non

-Est-ce que vous avez apprécié ?

☒ oui

☐ non

☒ -Est-ce que vous avez l'impression que votre bébé à apprécié ?

☒ oui

☐ non

-Est-ce que vous avez envie de recommencer ?

☒ oui

☐ non

-Qu'est ce que vous avez ressenti ?

Vos commentaires :

Du fait de sa brûlure, j'ai exercé quelques massages les jours suivants. J'ai remarqué que Chiara était réceptive lorsqu'elle était calme. Tout en la massant, elle me regardait et m'interpellait ("eh!"). J'ai eu le sentiment qu'elle était décontractée et moi j'étais contente de pouvoir lui procurer cette sérénité. J'ai réussi à la masser ~~entre~~ 5 ^{minutes} ~~à 10 minutes~~. De nature très éveillée, elle s'est ensuite un peu lassée et a repris à jouer calmement avec un de ses doudous.

Je remercie Julie et Sophie

Elles m'ont transmise des gestes simples à reproduire

De retour à la maison, lorsque la cicatrisation de Chiara sera faite, plus à l'aise, je n'hésiterai pas à nous consacrer quelques minutes entre mère / fille de massages!

⊛ J'ai essayé à plusieurs reprises de la masser à des moments où Chiara était agitée mais sans effet. Les massages ne la calmaient pas. Elle ne se laissait pas faire et s'agitait bien plus. En revanche à des moments calmes (au réveil du matin et des siestes), j'ai remarqué qu'elle était réceptive et appréciait se réveiller en douceur par les massages.

7) Questionnaire toucher thérapeutique : Marvin et sa maman

Questionnaire parents - Massage

Prénom :

Age : 1 ans.

Motif d'hospitalisation : Brûlure au pied.

-Première fois que vous massez votre bébé ?

oui

non ☒

-Est-ce que vous avez apprécié ?

oui ☒

non

-Est-ce que vous avez l'impression que votre bébé à apprécié ?

oui ☒

non

-Est-ce que vous avez envie de recommencer ?

oui ☒

non

-Qu'est ce que vous avez ressenti ?

sophie / M. agit pdt massage
+ Réceptif ; se calme lors des percussions

Vos commentaires : Bonne continuation

Résumé

Dès son plus jeune âge, le nourrisson est en interaction constante avec son milieu de vie, et particulièrement avec ses parents. C'est à travers cet environnement que son développement psychomoteur, psycho-affectif et cognitif va pouvoir cheminer. Cependant, lorsqu'il se trouve hospitalisé, cet événement plus ou moins brutal engendre une multitude de séparations. Effectivement, il passe de la maison, milieu contenant et rassurant, à l'hôpital, milieu inconnu et souvent effrayant. Le psychomotricien, par son approche spécifique du corps dans la relation, va permettre que cet événement ne soit pas traumatique, mais s'inscrive dans une continuité.

Mots-clefs

Pédiatrie - hospitalisation - séparations - lien parent-enfant - Psychomotricité - positionnement - toucher thérapeutique

Abstract

Since birth, infants are in constant interaction with their living environment, particularly with their parents. It is through this environment that their psychomotor, psycho-emotional and cognitive development will happen. However, whenever infants are hospitalized, the brutal change of environment will lead to multiple break-ups. Indeed, they transition from their home, a known and reassuring environment, to the hospital, unknown and often frightening place. The psychomotor therapists, by their specific approach towards the body, will ensure that this event will be part of a gentle transition rather than being traumatic.

Keywords

paediatrics - hospitalization - separations - parents-children relationship - psychomotricity - positioning - therapeutic touch