

Institut de Formation en Psychomotricité

Université Pierre et Marie Curie

Site Pitié-Salpêtrière

91, Boulevard de l'Hôpital

75013 Paris



**Quand la psychomotricité
se met au diapason :
Vécus corporels
du jeune enfant hospitalisé**

Mémoire présenté en vue du Diplôme d'État de Psychomotricien

par Laura KAUFMANN

Référents de mémoire :

Anthony SOTER

Session juin 2017

Clémence BÉGO

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Anthony Soter, pour sa disponibilité, son soutien sans faille et ses précieuses pistes de réflexion pour l'écriture de ce mémoire.

Je remercie Clémence Bégo, sans qui je n'aurais pu découvrir ce milieu de la petite enfance en service hospitalier et acquérir les outils pour me former comme psychomotricienne en devenir.

Je remercie également Ingrid Zammouri, pour sa bienveillance et ses conseils avisés tout au long de cette dernière année de formation.

Merci aux enfants, aux parents et à l'équipe pluridisciplinaire qui ont accepté que j'évolue à leurs côtés.

Je remercie tous les psychomotriciens qui m'ont transmis, grâce à leurs expériences, leur passion de ce beau métier.

Un grand merci à ma maman, à mon frère et à ma grand-mère qui m'ont toujours encouragée et portée même dans les moments de doutes.

Enfin je remercie Mehdi, pour sa patience et sa sincérité.

Sommaire

Introduction	6
Partie I : Découverte du rythme en service d'hépatogastroentérologie.....	8
I. Environnement hospitalier et service de gastroentérologie	8
a. Présentation du service	8
b. Présentation des patients	10
b.1 Présentation de Thibault.....	10
b.2 Présentation de Liam	13
b.3 Présentation de Mayssa.....	16
c. Premières rencontres.....	18
c.1 Thibault	18
c.2 Liam	19
c.3 Mayssa	19
II. Évaluation du rythme dans le service.....	20
a. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la prise en charge des enfants hospitalisés	20
b. Définition de l'examen psychomoteur	21
c. Objectifs psychomoteurs	22
d. Modalités de prise en charge.....	23
III. Nutrition artificielle et oralité	24
a. Nutrition entérale	24
b. Nutrition parentérale	25
c. Nutrition artificielle à domicile.....	26
c.1 Nutrition entérale à domicile	26
c.2 Nutrition parentérale à domicile.....	27
d. Oralité	28
d.1 Oralité alimentaire primaire	28
d.2 Oralité alimentaire secondaire	28
d.3 Oralité : soubassement de l'instrumentation et de la communication	29
IV. Rythme	30
a. Définition du rythme	30
b. Rythmes biologiques	31
c. Physiologie du rythme	33

Partie II : Entre développement psychomoteur et enveloppes psychocorporelles	34
I. Tonus	34
a. Support des émotions	34
b. Support de l'équilibre	35
c. Support de l'action	36
II. Construction du schéma corporel et de l'image du corps	37
a. Prémices de la représentation du corps	37
b. Sensori-motricité : outil de la découverte du corps	38
c. Evolution de l'image du corps	39
III. L'espace	40
a. Espace aqueux	40
b. Espace aérien	41
IV. Temps	42
a. Définition du temps	42
b. De la perception à l'intégration des notions temporelles	43
V. Enveloppe psychocorporelle	44
a. De l'enveloppe tactile à l'enveloppe psychique	44
b. Importance de la satisfaction des besoins de base pour créer une enveloppe psychocorporelle solide	45
Partie III : Rythme comme support de l'élaboration psychocorporelle	48
I. Rythme de l'être.....	48
a. Macrorythme et microrythme.....	48
b. Rythme comme continuité et sécurité.....	50

II. Rythme comme support de l'élaboration psychique	52
a. Moi psychique.....	52
b. Émergence des représentations.....	53
III. Approche relationnelle du rythme	55
a. Instrument de partage : intersubjectivité.....	55
b. Soins de maternage : soignant-enfant.....	58
c. Interactions parents/enfants	60
d. Guidance parentale	62
Partie IV : Discussion.....	65
I. Impacts du rythme sur l'enveloppe psychocorporelle en construction.....	65
a. Temps des enveloppes corporelles malmenées.....	65
b. Incidences du rythme des soins sur le jeune enfant.....	69
c. Effets du rythme hospitalier sur les trois patients	72
II. Rythme des parents	74
a. Parentalité à l'hôpital.....	74
b. Relation soignant-bébé-parents : naissance d'une triade	76
c. Psychomotricité au rythme du corps : un espace intermédiaire pour la triade ...	78
III. Mon rythme intérieur	81
a. Vécu psychocorporel	81
b. Rythme corporel personnel	83
Conclusion.....	86
Bibliographie	
Glossaire	
Annexes	

Introduction

Lors de mon stage de troisième année dans le service d'hépatogastro-entérologie, j'ai été confrontée à un rythme institutionnel très spécifique. Celui-ci se traduisait par l'enchaînement soutenu des soins mais aussi par la vitesse à laquelle se déroulaient mes deux demi-journées ainsi que le temps de réactivité et d'adaptation très rapide à acquérir pour m'intégrer correctement dans cet environnement hospitalier. La psychomotricité centre sa pratique sur le corps. Dans un service comme celui-ci le corps est d'avantage perçu sous la forme du soma comme objet de soin. La place de la psychomotricité dans un service ou l'organisme est au cœur des préoccupations, a son rôle à jouer, notamment dans le soutien de l'humanité du corps.

La question du rythme et du temps est rapidement apparue comme une évidence pour l'écriture de mon mémoire. En effet, j'avais quelques fois la sensation que le rythme propre des soignants se confondait au rythme institutionnel. Alors que la vision du corps du patient est plutôt organique, j'ai souhaité montrer la place de la psychomotricité dans le réinvestissement de la corporéité du patient. La rythmicité donnée aux actes, aussi techniques soient-ils, me semblait engendrer une dysrythmie chez ces malades. Beaucoup d'enfants que nous suivons en psychomotricité présentent des retards psychomoteurs. Je me suis demandée s'il n'y avait pas un lien entre le temps suspendu de l'hospitalisation, imposant son rythme propre, et le développement psychocorporel de ces jeunes enfants. Dans un aller retour entre ma clinique et la théorie, j'ai senti le besoin de m'interroger sur les possibilités du psychomotricien, dans une approche corporelle, de soutenir le développement psychocorporel de l'enfant en s'adaptant au rythme propre du sujet tout en associant le rythme institutionnel. De cette question centrale ont émergé des réflexions sur le rythme des soignants, de l'enfant et de ses parents. Mais il me paraissait également nécessaire de traiter des impacts du rythme sur les composantes psychomotrices en évolution chez ces jeunes enfants.

Dans un premier temps, j'exposerai la place du rythme dans le cadre de mon lieu de stage. De ce fait, cela me permettra d'approfondir les différentes problématiques cliniques majoritairement rencontrées ainsi que la notion de rythme.

Pour poursuivre, je développerai dans une seconde partie, les items psychomoteurs fondamentaux à l'élaboration d'une structure psychique harmonieuse. Pour cela mon expérience en stage appuyée par mes lectures m'a amenée à étudier plus précisément les enveloppes psychocorporelles.

Dans une troisième partie, j'approfondirai ces notions d'enveloppes en y mêlant des aspects rythmiques. La question du temps dans la structuration corporelle et psychique de l'enfant a particulièrement retenu mon attention.

Dans la discussion, qui signera la fin de ce mémoire, j'approfondirai mon raisonnement en tissant des liens entre le rôle du psychomotricien en tant que garant du rythme de la triade enfant, parents et soignants. D'autres part j'insisterai sur le rythme des soins en interrelations avec les acteurs du bien-être de l'enfant. Pour terminer, je ferai part de mon vécu personnel en lien avec le rythme tout au long de cette année.

Partie I : Découverte du rythme en service d'hépatogastro-entérologie

I. Environnement hospitalier et service d'hépatogastro-entérologie

a. Présentation du service

J'effectue un stage long deux demi-journées par semaine dans un service hospitalier pour enfants, d'hépatogastro-entérologie au cœur de Paris. Ce service est composé de 15 lits d'hospitalisation de plus de 24 heures. Le service bénéficie d'une couverture par une garde médicale sur place. Au sein du service, toutes les pathologies digestives, hépatiques et nutritionnelles de l'enfant sont prises en charge. Cette unité comprend des hospitalisations générales mais aussi des soins continus (USC). L'USC est un intermédiaire des unités de réanimation. Dans ces unités, le patient nécessite des soins rapprochés et réguliers de la part des infirmières et des aides soignantes, en plus d'une surveillance de son état de santé.

Le service est un centre agréé à la formation pour la nutrition parentérale¹. La nutrition parentérale est une technique d'assistance nutritive développée en France depuis la fin des années 1960. Elle concerne des enfants atteints « d'insuffisance intestinale », c'est à dire de pathologies graves de l'intestin, ne leur permettant pas de s'alimenter normalement. Leur survie dépend alors d'une alimentation systématique ou quasi exclusive par voie veineuse (nutrition parentérale). Celle-ci est réalisée à l'hôpital (lorsque la situation le permet), impliquant de longs séjours pour l'enfant et sa famille avec d'importantes conséquences psycho-affectives. Par ailleurs les parents peuvent se former aux techniques de nutrition artificielle à domicile.

Le Service de gastroentérologie, hépatologie, nutrition est sous la responsabilité du chef de service. Ce service est également composé d'un chef de clinique, de praticiens hospitaliers, d'internes et d'externes en médecine. L'équipe d'internes travaille dans l'unité durant 6 mois puis un roulement s'effectue et une nouvelle équipe d'internes se constitue. Cette précision est importante car ce sont la plupart du temps les internes qui prescrivent les séances de psychomotricité au sein du service. A chaque nouvelle arrivée d'internes en médecine, il est nécessaire de prendre un temps afin de leur expliquer notre présence dans le service et de les guider quant aux types de prescriptions nous concernant.

¹ Cf Partie 1, chapitre III

Une grande équipe d'auxiliaires de médecine est présente. Celle-ci est composée :

- D'infirmiers de jour comme de nuit. Ils possèdent une grande expertise dans les soins de haute technicité.
- D'aides-soignants. Ils accompagnent régulièrement les infirmiers lors des soins et participent au handling du jeune patient.
- Plusieurs kinésithérapeutes se relaient pour assurer de la kinésithérapie motrice et respiratoire
- Une ergothérapeute intervenant notamment au niveau de l'installation des enfants et dans la fabrication d'atèles.
- Une psychomotricienne est présente 3 jours et demi par semaine
- Une diététicienne donne les indications concernant la composition des repas et des poches de nutriments artificielles.

Par ailleurs deux psychologues et une assistance sociale forment également cette équipe ainsi qu'une éducatrice de jeunes enfants (EJE). Une institutrice est également présente pour assurer l'école aux enfants hospitalisés. La plupart des professionnels sont accompagnés d'un stagiaire. Enfin le service s'organise grâce au travail des secrétaires médicales et des cadres de santé.

Suite aux prescriptions des médecins la psychomotricienne intervient auprès des patients. Les indications sont multiples. Elle est amenée à faire passer des bilans psychomoteurs dans plusieurs situations : dans le cadre de l'arrivée d'un enfant en hospitalisation afin d'évaluer ses capacités et de détecter un retard ou un trouble psychomoteur. Un rapport d'évolution est également réalisé au moment de sa sortie. Cela permet ensuite d'objectiver la nécessité ou non d'un suivi extérieur en institution ou en cabinet libéral pour l'enfant. Elle réalise des suivis individuels, des entretiens avec les parents et quelques formations auprès de certains membres du personnel soignant. Les formations à l'oralité sont, le plus souvent, adressées aux infirmières de néonatalogie et les formations à la douleur sont effectuées devant un public plus large de professionnels de la santé. En ce qui concerne l'agencement de l'espace, le poste de soin est situé au centre du service ainsi que le secrétariat. C'est au poste de soin que se déroulent les transmissions entre les équipes. C'est un lieu très important car il permet d'échanger sur le cas des patients rapidement et de faire le lien entre différentes professions lorsque cela est nécessaire pour la prise en charge d'un malade. Une salle de jeux est présente mais les enfants du service y accèdent peu à cause des contraintes de stérilisation. En effet, la plupart n'ont pas le droit de sortir de leur chambre pour des raisons de contamination et d'hygiène principalement durant la période hivernale. Les séances de psychomotricité se passent dans la chambre du patient, au tapis si cela est possible. Les chambres du service sont individuelles et un des parents

a la possibilité de rester la nuit auprès de l'enfant grâce à un lit d'appoint. Enfin la psychomotricienne partage un bureau, en dehors du service, avec deux autres psychomotriciennes et une EJE.

Au cours de mes deux demi-journées de stage, nous suivons majoritairement des enfants entre 3 mois et 5 ans présentant diverses pathologies hépatiques ou intestinales. Certains présentent des retards psychomoteurs importants que nous prenons en charge lors des séances. De nombreux patients développent des troubles de l'oralité. C'est l'une des indications régulières pour la psychomotricité de la part des médecins du service. Chacun de nos passages auprès du patient doit être inscrit dans son dossier informatisé afin de pouvoir transmettre à l'équipe nos activités et l'évolution du patient.

Le fait d'avoir deux demi-journées me permet de suivre la plupart des patients présentant un trouble psychomoteur dans le service. Par ailleurs, je visualise aussi mieux les changements d'équipes et le fonctionnement hospitalier. Ma vision du service est plus globale car le jeudi est une journée spéciale, du fait de la visite des médecins dans chaque chambre. Par ailleurs, les prises en charge en psychomotricité sont souvent plus nombreuses le matin car l'après-midi, beaucoup d'enfants dorment.

b. Présentation des patients

b.1 Présentation de Thibault

Anamnèse

Thibault est né le 14 juin 2016. Il est né à 38 SA² + 2 jours. Son poids de naissance était de 2980 g. Le diagnostic de la mucoviscidose a été révélé au cours des premiers jours de vie de Thibault. C'est une maladie génétique où le gène défaillant est issu de mutations chez les deux parents, étant porteurs sains. Le manque de fluidité du mucus va entraîner l'obstruction des canaux au niveau de certains organes tels que les bronches et les canaux digestifs.

Le parcours de santé de Thibault est lourd compte tenu de son jeune âge. En effet il a subi trois opérations néonatales dans le premier mois de vie.

² *Semaine d'aménorrhée*

- Dans un premier temps, il a été hospitalisé et opéré à l'hôpital Robert Debré au 4^{ème} jour de vie, le 31/05/16 pour un iléus méconial* avec volvulus* de la dernière anse mise en iléostomie*.
- Au 8^{ème} jour de vie, le 03/06/16, une reprise chirurgicale a été effectuée pour une occlusion de l'intestin grêle immédiatement en amont de la stomie*.
- La troisième intervention s'est déroulée au 15^{ème} jour de vie, le 10/06/16 à cause d'une suspicion d'hernie inguinale étranglée*.

Au niveau post-opératoire, il y a eu une persistance d'un syndrome occlusif chronique traité par lavements et de reflux gastro-œsophagien (RGO) traités par Inexium ®. Les médecins de cet hôpital ont préconisé aux parents d'installer un Nissen gastrostomie* mais ces derniers ont refusé.

Ainsi, les parents ont désiré un deuxième avis médical et Thibault est arrivé dans le service le 17/10/16, à l'âge de 4 mois + 3 jours. Thibault est nourri par nutrition parentérale. Pendant l'hospitalisation de Thibault dans le service, ses parents se sont formés à la nutrition parentérale à domicile.

En ce qui concerne son environnement familial, il s'agit de la deuxième grossesse de la maman (G2P2)³. Thibault a une sœur aînée de 19 mois au moment où il entre en hospitalisation. Sa sœur a elle aussi de nombreux RGO et présente une allergie importante au lait de vache. Pendant l'hospitalisation de Thibault les parents semblaient très éprouvés par la pathologie de leur enfant.

Bilan psychomoteur

Je n'étais pas présente lors de la passation de bilan de Thibault. Celui-ci a été effectué le 17/10/16. Thibault nous a été indiqué par les internes pour des troubles de l'oralité chez un enfant de 4 mois et demi.

Au niveau relationnel, Thibault est souriant et attentif à son environnement.

Il a une bonne fixation et poursuite oculaire.

³ 2^{ème} grossesse, 2^{ème} parentalité

Sur le plan de l'oralité : Thibault est au stade de l'oralité primaire. Il prend parfois 15 mL de son biberon. Son père nous décrit des RGO lors des repas. Thibault part en hyperextension et pleure lorsqu'on lui propose le biberon. Il prend quelques cuillères de bouillie. L'investissement de la zone orale est limité. Il accepte les sollicitations péri-orales mais la bouche reste très fermée. Par ailleurs les sollicitations orales sont refusées.

En ce qui concerne l'aspect posturo-moteur, Thibault a plutôt tendance à se mettre en hyperextension. Il est assez statique en décubitus*. Il présente une plagiocéphalie occipitale. Thibault a eu peu d'expériences en procubitus*. Il se redresse légèrement. Il participe bien au tiré-assis et la tenue de tête est acquise.

Sur le plan de la préhension, il porte bien ses mains et le hochet à la bouche. Ses mains restent encore assez fermées. Il vient difficilement chercher le hochet en préhension volontaire. La coordination œil-main commence à se mettre en place.

Le diagnostic psychomoteur indique que cet enfant présente des troubles de l'oralité ainsi qu'un léger retard psychomoteur.

Les parents de Thibault sont quasiment toujours présents pendant les séances. Ces derniers sont en demande de conseils notamment pour l'alimentation de leur enfant. Ils sont très éprouvés par la maladie de Thibault et montrent un besoin d'être rassurés dans leurs compétences parentales.

Projet thérapeutique

Les résultats de son bilan n'ont pas montré de retard de développement mais une mauvaise organisation corporelle limitant la prise d'appuis nécessaire pour assurer l'accès aisé aux futures étapes de son développement. Par ailleurs, de nombreuses irritabilités sensorielles au niveau de la zone orale l'empêchent d'investir cet espace.

Ainsi plusieurs axes thérapeutiques ont été mis en évidence :

- Un travail autour de l'axe corporel est nécessaire afin de créer un espace du buste solide et de prévenir l'aggravation des troubles de l'oralité

- En parallèle, nous nous centrerons sur la sphère orale en vue de l'intégration sensorielle avec une prise en compte de la posture, de l'olfaction ainsi que des aspects narratifs du repas.
- Un soutien à la guidance parentale sera effectué.

b.2 Présentation de Liam

Anamnèse

Liam est né le 18 avril 2016, à terme. Il a actuellement 9 mois. Il entre au CHU de Rennes le 5/07/16 pour une opération Kasai* suite à une atrésie des voies biliaires découverte à l'âge de 2 mois. La chirurgie échoue, Liam sortira de l'hôpital le 18/07/16. Pendant cette période il a été nourri par nutrition entérale, mais cela n'a pas été efficace car Liam vomissait beaucoup et ne prenait pas de poids. Le 16/09/16, il est de nouveau hospitalisé et les médecins lui prescrivent une nutrition parentérale. Depuis ce mode de nutrition artificielle, Liam a récupéré une croissance pondérale et staturale satisfaisante.

Il est transféré dans le service le 11/10/ 2016 sur l'indication suivante : dénutrition sévère, échec de la nutrition entérale ainsi qu'une insuffisance hépatique sévère. Liam restera dans le service de novembre à mi-décembre pour un bilan de pré-transplantation hépatique. Il est nourri par nutrition parentérale. L'attente du greffon a été plus longue que prévu et les risques pour Liam étaient très importants quant à la gravité de son insuffisance hépatique.

Il a bénéficié de la transplantation hépatique le 24/12/16. Il a donc été opéré à l'âge de 8 mois et 6 jours. Il est ensuite remonté dans le service le 16/01/16 après son passage en réanimation.

Au niveau de l'environnement familial, son père est âgé de 33 ans et sa maman de 27 ans. Ils vivent dans l'Ouest de la France, dans le département des Deux Sèvres. Liam a un grand frère de 4 ans. Les parents ont établi un roulement pour veiller Liam pendant son séjour à l'hôpital. Chacun restant une semaine sur deux. Les parents ont toujours eu une posture très adaptée par rapport au développement psychomoteur de Liam ainsi que sur les stimulations à lui apporter malgré le contexte hospitalier.

Bilan psychomoteur

Lors du bilan, Liam est toujours en attente de greffe hépatique. Celui-ci est réalisé par la psychomotricienne le 17/11/16. Liam est alors âgé de 7 mois. Ce bilan s'est déroulé en dehors de mes deux demi-journées de stage. Je n'étais alors pas présente.

Au niveau de son comportement pendant le bilan : Liam est très passif. Il semble assez hypotonique. Cependant, il s'intéressera peu à peu aux objets proposés et commencera à bouger. Il présente des réactions d'énervement lorsqu'il est en difficulté. Peu de sourires au fil du bilan.

En ce qui concerne la communication non verbale et verbale : Liam conserve une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique visible. Au niveau verbal, il produit quelques sons.

Au niveau sensoriel : il ne présente pas d'irritabilités tactiles particulières sur le corps, cependant des grimaces sont perceptibles au niveau du visage, plus précisément au niveau de la zone orale.

Sur le plan de la motricité spontanée : peu de mouvement notables au cours du bilan. Cependant il se met dans la position latérale gauche et se retourne du procubitus au décubitus quelques fois sans contrôler complètement le mouvement.

Lorsqu'il s'agit d'évaluer la motricité globale, il réussit à s'organiser pour se mettre en position latérale. En procubitus, il n'a pas encore la bascule du bassin nécessaire pour terminer le mouvement et dégager son bras. Il semble que la position en procubitus ne soit pas mal vécue par Liam. En décubitus, il regarde beaucoup ses mains et les rassemble. Il ne participe pas au tiré-assis. La position assise n'est pas encore acquise à cause de l'hypotonie axiale encore présente. En position trépieds, il tient quelques secondes puis vacille. Il a une bonne tenue de tête. En position debout, il ne prend pas appui sur ses pieds. Les mouvements de repoussés sont absents.

Au niveau de la préhension, les mains étaient très fermées au début du bilan mais au bout de quelques stimulations, il réussit à les ouvrir et à les instrumentaliser. Il utilise la pince fine pour attraper des objets. Il tient aisément deux cubes dans chaque main et essaye de les

cogner l'un contre l'autre en coordonnant son regard à son geste. Il passe un objet d'une main à l'autre sans passer par la zone orale.

Enfin au niveau de l'oralité : Liam porte peu les mains à la bouche. Lors des sollicitations péri-orales, il nous fait part de sa gêne par de nombreuses grimaces et un détournement de la tête du côté opposé à la sollicitation. Il n'accepte pas de prendre les biberons.

En conclusion, Liam ne présente pas de retard de développement. Cependant, nous notons un désinvestissement de l'hémicorps inférieur ainsi que des troubles de l'oralité.

Projet thérapeutique

Liam a nécessité un suivi en psychomotricité à cause de troubles de l'oralité. En effet, il ne présentait pas de retard psychomoteur compte tenu de son âge. Cependant, grâce aux observations et aux résultats de l'examen psychomoteur nous notons un désinvestissement du bas du corps. Ainsi deux objectifs majeurs de prise en charge sont requis :

- Un travail autour des appuis notamment par des médiations sensorielles (balles à picots, plumes, vibro-masseur) sera effectué. Le but étant de l'amener à construire une représentation unifiée de son corps ainsi que de l'accompagner dans une meilleure fluidité dans les retournements.
- Des stimulations lui seront proposées en prévention du traumatisme que constitue la greffe afin qu'il puisse récupérer le plus rapidement possible ses compétences acquises avant l'opération.
- En parallèle, nous prioriserons un temps durant la séance autour de l'investissement positif de la zone orale. Ainsi les propositions auront pour objectifs de limiter ses irritabilités sensorielles (surtout tactiles) et de lui faire découvrir l'alimentation plaisir.

Le projet thérapeutique de Liam a beaucoup évolué au cours de son hospitalisation, notamment après sa greffe. Un travail autour des enveloppes corporelles a été mené afin qu'il puisse récupérer les compétences acquises avant l'opération.

b.3 Présentation de Mayssa

Anamnèse

Mayssa est née le 07/04/2016 à 24+3 SA, à Amiens. Son poids de naissance était de 630g. Elle a eu plusieurs complications de la prématurité telles qu'une hémorragie ventriculaire, une rétinopathie* prématurée, un ECUN* et une bronchodysplasie* pulmonaire. Elle est rentrée à son domicile le 05/12/16 avec un poids de 3020 g. Le 11/12/16, elle fait une bronchiolite et est transférée au CHU d'Amiens. Elle arrive dans le service le 13/01/17, avec un poids de 2975g. La nutrition parentérale est posée. Le motif de l'entrée dans le service est une intolérance digestive avec dénutrition sévère chez une ex prématurée de 24+3 SA ayant une ECUN sans résection du grêle.

Sur le plan familial, sa mère est âgée de 35 ans. Elle a deux sœurs de 9 ans et 7 ans et un frère de 4 ans. Pour la grossesse de Mayssa, la maman était enceinte de jumeaux. La sœur jumelle est décédée en période néonatale.

Mayssa a subi plusieurs événements digestifs importants depuis sa naissance notamment des diarrhées profuses, des régurgitations et une déshydratation importante. Depuis son arrivée dans le service en janvier 2017, elle porte un cathéter central (KTC) sous clavier.

Le 02/03/2017, un staff multidisciplinaire a eu lieu concernant l'arrêt des soins. Il a été décidé, compte tenu de l'état neurologique et de l'intolérance digestive totale, de ne pas reposer de KTC et d'abandonner le projet de nutrition parentérale au long cours. Cet arrêt de la nutrition parentérale depuis le 26/02 conduit Mayssa à un inconfort majeur et la met en risque de déshydratation sévère. L'ensemble du staff a donc décidé de mettre en place un traitement antalgique et analgésique avec sédatifs afin d'assurer son confort. Mayssa n'a pas été transférée dans un autre service. Par ailleurs, les soignants n'étaient plus dans l'obligation de prendre les constantes de manière régulière, de monitorer par un SCOPE (seule la saturation en Oxygène est enregistrée avec une limite d'alarme). Les parents sont vus en entretien le 03/03/17 pour restitution de l'ensemble des informations.

A la suite de cette transmission, les parents ont décidé conjointement que le papa resterait à la maison afin de s'occuper des trois autres frères et sœurs. La maman a souhaité rester auprès de sa fille, en dormant à l'hôpital tous les jours.

Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur a été réalisé le 16/01/2017 par mon maître de stage. Le motif de la prescription de ce bilan est un retard psychomoteur.

Au niveau tonique, Mayssa est dans une hypertonie de fond globale avec les bras en chandelier. La motricité spontanée est pauvre, Mayssa reste très statique.

En ce qui concerne la motricité globale, nous notons qu'elle a tendance à partir en hyperextension. Mayssa réussit à rassembler ses mains dans l'axe, cela marque une maturation neurologique suffisante pour lui permettre de lier son espace droit et gauche. Cependant il n'y a pas de coordinations entre le haut et le bas du corps.

D'autre part, elle sait tenir sa tête mais reste très passive lors du tiré-assis. Elle accepte la position du procubitus mais ne prend pas appui sur ses avant-bras pour se redresser. Dans le champ de la préhension, aucune prise volontaire n'est repérable au moment du bilan. Le lien main-bouche est bien présent. Mayssa tâte beaucoup ses doigts.

Au niveau de l'oralité alimentaire, Mayssa est à jeun lors du bilan. La zone orale est très investie par la succion de ses doigts.

En conclusion, le bilan psychomoteur montre que Mayssa est un enfant de 5 mois d'âge corrigé (AC) présentant un retard psychomoteur très important. Le contact et la poursuite visuelle ne sont pas obtenus. Nous concluons sur un suivi pluridisciplinaire car l'évolution motrice et psychique est inquiétante.

Projet thérapeutique

Mayssa a bénéficié d'un suivi en psychomotricité car elle présentait un retard psychomoteur très important. Cependant, sa fragilité physique ne nous permettait pas de la mettre en situation de bouger très longtemps. Par ailleurs, son projet thérapeutique de base visant à pallier son retard s'est transformé au fil de l'hospitalisation. Les objectifs premiers étaient les suivants :

- Grâce à un travail autour de la contenance physique et psychique, nous souhaitons lui donner les moyens de se mobiliser toniquement pour entrer en relation.
- Par des sollicitations sensorielles (massages, balle à picot), nous envisageons de travailler sur la perception de son enveloppe corporelle.
- Lorsque les parents étaient présents nous leur proposons un temps de guidance parentale.

c. Premières rencontres

J'ai rencontré ces trois enfants à différentes périodes de l'année. Rares sont les enfants suivis en psychomotricité sur une longue période car l'hôpital est une rupture temporelle de quelques jours à quelques semaines. Les enfants opérés pour une transplantation hépatique ont un parcours plus long que les autres. Ils sont d'abord admis dans le service d'hépatogastro-entérologie, jusqu'à ce qu'un greffon soit disponible. Ce temps d'attente est très variable d'un enfant à l'autre. Ce délai est souvent perçu comme interminable et pesant pour la famille accompagnant le petit patient. Puis vient l'instant de l'opération suivi par un moment en réanimation pédiatrique. Les enfants greffés reviennent dans le service une fois leur état de santé stabilisé. Ce retour au sein du service permet entre autre de préparer le retour à la maison. Le temps d'hospitalisation peut également dépendre de la durée de la formation à la nutrition parentérale à domicile des parents.

c.1 Thibault

Je rencontre Thibault pour la première fois le 21/10/16. Lorsque nous entrons dans sa chambre son papa est présent et Thibault se trouve sur tapis d'éveil. Dans un premier temps, je me fais la remarque qu'il est rare de voir des enfants hospitalisés dans ce service être mis au tapis. En effet, lorsque les parents sont présents, les sondes et les fils du scope perturbent l'initiative parentale d'accompagner leur enfant ailleurs que dans le lit ou dans leurs bras.

Thibault est donc âgé de 4 mois et 7 jours. Cet enfant semble bien éveillé et très en lien avec son père, surtout par le regard. Au fil de la séance, le papa est assis à côté du tapis et encourage son fils dans ses compétences motrices. Thibault m'apparaît comme un enfant ayant une hypertonie globale mais semble persévérant et très adapté dans la relation. Grâce à cette première rencontre je prend également conscience de ses troubles majeurs au niveau de son oralité. En effet, les sollicitations péri-orales ont été très intrusives pour Thibault qui nous a

exprimé son inconfort par des grimaces et des hauts de cœurs. C'est un enfant très agréable que je rencontre pour la première fois. De plus, la présence du parent montre un réel investissement et une bonne adaptation de celui-ci auprès de son enfant. Il sera alors très intéressant d'échanger avec cette famille sur le développement psychomoteur de leur enfant.

c.2 Liam

J'ai rencontré Liam le 17 novembre 2016. Il est alors âgé de 7 mois. Il est en attente d'une greffe hépatique. Lorsque j'arrive dans sa chambre il est allongé sur son tapis d'éveil juste à côté de son papa assis près de lui. Liam m'apparaît comme un enfant très passif. Il ne présente aucune résistance à tout ce que nous lui proposons pendant la séance mais son intérêt semble restreint. C'est un petit garçon très souriant mais assez éteint, il ne gazouille pas une seule fois pendant cette séance. Nous avons été interrompues par les infirmières qui devaient effectuer un soin sur son cathéter central. J'ai pensé que cela allait le désorganiser et mettre à mal le cadre de la séance. Finalement à part une fatigabilité notable, Liam a accepté de poursuivre la séance comme si elle ne s'était jamais arrêtée. Le papa de Liam est très à l'écoute du développement psychomoteur de son fils. Ses propos quant à ses observations sont fines et il s'intéresse beaucoup au matériel que nous utilisons pour amener Liam à se déplacer et s'intéresser.

c.3 Mayssa

Je rencontre Mayssa le 19 janvier 2017. Elle est âgée de 5 mois d'âge corrigé (AC) et 9 mois d'âge réel (AR). Cette première rencontre a été très spéciale. C'était la première fois que je percevais un sentiment d'inconfort dans mon corps face à ce bébé qui m'évoquait un nouveau-né très affaibli. Lorsque je l'ai portée, j'ai d'abord senti sa fragilité au niveau de son enveloppe corporelle. Sa peau était tellement fine et ses os si petits que j'hésitais quant à ma façon de la porter et de la toucher. Dans cette première séance, il y a eu très peu de contact visuel entre Mayssa et moi. Je me suis dit qu'elle ressentait probablement mon appréhension à la mobiliser par le dialogue tonico-émotionnel. J'ai donc sollicité très fortement l'enveloppe sonore et tactile au long de cette séance pour établir un premier lien. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps de portage dans les bras qu'elle a été capable de s'apaiser et de me regarder.

II. Évaluation du rythme dans le service

a. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la prise en charge des enfants hospitalisés

Lorsqu'un enfant est admis à l'hôpital, cela peut être vécu comme un traumatisme pour l'enfant et les parents. En effet, l'enfant change de repères et de cadre de vie, ses parents sont moins disponibles à ses besoins et il va devoir faire face à de nombreux inconnus. Au moment de l'hospitalisation l'HAS préconise pour la prise en charge « d'organiser une évaluation pluridisciplinaire lors de la décision du mode de prise en charge et organiser notamment la possibilité de recours à des assistantes sociales pour l'évaluation de la situation familiale et sociale.⁴ »

Par ailleurs, *la Charte de l'enfant hospitalisé*, de l'article 2 stipule que « l'enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état. » En ce qui concerne le fonctionnement du service, un fauteuil convertible est à disposition d'un parent dans chaque chambre. En dehors de ce service, il existe également la maison des familles permettant aux parents de rester proche de l'hôpital et de leur enfant.

En ce qui concerne la formation des professionnels, l'HAS recommande que « l'équipe soignante soit formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille. ⁵ ». De plus, « l'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.⁶ » Ainsi, la formation spécifique de chaque soignant au travail en pédiatrie doit leur permettre d'exercer sous le regard des parents, d'établir une communication adaptée à l'enfant et aux parents. L'équipe soignante ne doit en aucun cas « se substituer aux parents. » Ces recommandations de l'instance nationale représentée par l'HAS sont reprises par la charte de l'enfant hospitalisé.

Enfin au niveau de la prise en charge de la douleur : « les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et à leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au

⁴ *Charte de l'enfant hospitalisé*, article 1^{er}

⁵ *Charte de l'enfant hospitalité*, article 8

⁶ *Charte de l'enfant hospitalisé*, article 10

minimum les agressions physiques ou émotionnelles de la douleur.⁷ » Chaque douleur physique ou psychique est intégrée dans la représentation que l'enfant a de son corps.

La douleur est cartographiée au niveau cortical et le patient sera deux fois plus sensible à une autre douleur après avoir vécu une expérience douloureuse. C'est pour cela que la qualité de la prise en charge passe par la formation des équipes à cette prise en charge. Dans l'hôpital, il existe une équipe mobile de soin palliatif (composé d'un médecin, d'infirmières et de psychologues) présente en cas d'enfant douloureux difficilement gérable par le service. Dans chacun des services de l'hôpital, un référent douleur est nommé. Celui-ci doit être apte à évaluer la douleur chez un patient. L'HAS préconise également les approches non médicamenteuses et insiste sur le fait qu'elles doivent être automatiquement recherchées. Ainsi il s'agira de solliciter la collaboration des parents, de créer un environnement agréable ou de proposer des séances de relaxation.

b. Définition de l'examen psychomoteur

C. Potel (2015) propose la définition suivante : « le bilan psychomoteur est un catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles, émotionnelles. Aucune de ces composantes n'est à négliger.⁸ »

A l'hôpital l'examen psychomoteur est pensé en fonction de l'âge de l'enfant, du contexte d'hospitalisation, de la présence régulière ou non de la famille, de l'état de l'enfant au moment du bilan. Ainsi les items psychomoteurs seront évalués différemment. Quel que soit l'âge de l'enfant nous tenons toujours compte de son comportement pendant l'évaluation ainsi que de la douleur et de ses relations avec son environnement. Un entretien avec les parents est effectué si cela est possible pendant l'examen. Ainsi nous nous renseignons sur le mode de garde de l'enfant, sur sa qualité de sommeil et d'alimentation ainsi que sur la compréhension de la maladie de l'enfant par les parents et sur le vécu que cela engendre.

Les tests standardisés les plus souvent utilisés par la psychomotricienne, dans le service, sont le Brunet Lézine révisé (3-30 mois) ainsi que l'échelle française de développement moteur de L. Vaivres-Douret (0-4 ans). Pour les enfants plus âgés, des tests standardisés adaptés à leur âge sont effectués.

⁷ *Charte de l'enfant hospitalisé, article 4*

⁸ C. Potel ; *Etre Psychomotricien, p235*

L'examen psychomoteur est soumis au rythme de l'hôpital. En effet, les médecins sont souvent dans l'attente d'un diagnostic psychomoteur rapide et précis pour adapter au mieux la pluralité des prises en charge autour de l'enfant pendant son séjour dans le service. D'autre part, l'examen tient compte de la fatigabilité de l'enfant. Certains soins, pour lesquels nous ne sommes pas toujours prévenues du moment de leur réalisation, nécessitent une interruption du bilan. Ainsi, du point de vue de l'enfant comme du psychomotricien, il est parfois difficile de reprendre l'examen avec la même disponibilité tonico-émotionnelle.

Que ce soit pour les nourrissons, pour les enfants entre 12 et 24 mois ou les plus grands, une grande part d'observation clinique est indispensable pour contribuer à l'évaluation. La rencontre avec les parents permet de percevoir le ressenti de la famille par rapport à la maladie de l'enfant et d'évaluer les interactions parents-enfants. Les domaines évalués sont la motricité globale et fine, les aspects sensoriels (vision, audition, olfaction, toucher), la régulation tonique, le schéma corporel et l'image du corps (pour les plus grands), le comportement de l'enfant pendant le bilan ainsi que l'investissement de la zone orale. L'environnement influe sur le développement psychomoteur de l'enfant. Ainsi l'examen psychomoteur tient compte de l'histoire du patient depuis sa naissance jusqu'au jour de la rencontre.

c. Objectifs psychomoteurs

Les objectifs psychomoteurs sont en lien avec les résultats de l'examen psychomoteur proposé. En général, l'examen est réalisé lors de la première séance. La plupart des enfants que nous prenons en charge dans le service font face à des troubles de l'oralité, à un retard de développement psychomoteur, d'autres présentent un défaut de régulation tonique.

En ce qui concerne l'élaboration de ces objectifs, il est primordial de tenir compte du contexte hospitalier. En effet, les enfants pris en charge ne sont pas là uniquement à cause de leurs troubles psychomoteurs mais avant tout pour une raison organique. Ceci implique une attention de notre part quant à leur état de vigilance au moment des bilans ou des séances. Nous prenons également en considération, les soins effectués avant ou après la séance afin d'être au plus prêt de ce que vit l'enfant et de l'accompagner à son rythme.

Les objectifs psychomoteurs sont régulièrement réadaptés en fonction des compétences de l'enfant qui fluctuent selon leur état de santé. Ainsi, lors des opérations par exemple des greffes,

il nous faut repenser ces objectifs car nous avons pu observer que ces opérations sont souvent vécues comme un traumatisme pour l'enfant qui utilise alors des moyens de défense sous forme d'hypertonie.

d. Modalités de prise en charge

Dans le service, il est quasiment impossible de respecter l'ordre dans lequel nous prévoyons de rencontrer les patients. La réalité du terrain exige une grande adaptabilité du psychomotricien à plusieurs facteurs propres au contexte de l'hospitalisation. Tout d'abord, nous ne contrôlons pas les entrées et les sorties des patients. Ainsi, lors de l'entrée de certains enfants, les médecins nous demandent de réaliser un bilan psychomoteur souvent immédiatement, de manière à adapter au mieux et le plus rapidement la prise en charge multidisciplinaire de l'enfant pendant son séjour à l'hôpital. Par ailleurs, certains enfants sortent pendant le weekend et la décision de la sortie est prise rapidement. Cela crée alors, une rupture assez brutale dans le suivi du patient pour lequel nous devons nous assurer, grâce à la correspondance avec les parents, de la mise en place d'un suivi si cela est nécessaire.

Habituellement, les enfants nécessitant une prise en charge en psychomotricité sont suivis environ deux à trois fois par semaine. La durée de la séance est variable en fonction de l'état de l'enfant et de sa fatigabilité. Par ailleurs, elle dépend aussi de la présence des parents et des interruptions à cause de certains soins plus ou moins urgents. Suivant l'âge de l'enfant, le temps de séance est adapté. Les séances prennent en compte le temps d'installation de l'enfant au tapis ainsi que son repositionnement dans le lit ou au transat. En moyenne les séances durent 45 minutes. Lorsque les parents sont présents, la séance est prolongée pour favoriser la guidance parentale ou pour recueillir des informations importantes notamment sur l'alimentation ou la qualité du sommeil de l'enfant.

Comme les séances ont lieu dans la chambre du patient, nous devons prévoir le matériel nécessaire en amont de notre venue dans le service, notamment pour des questions d'hygiène (tout le matériel doit pouvoir être nettoyé en fin de séance). Le cadre de la séance est évidemment pensé en fonction de chaque enfant. Avec les plus jeunes, nous installons un tapis en début de séance ainsi qu'un miroir. En fonction de l'âge, du patient et des objectifs thérapeutiques les médiateurs sont adaptés.

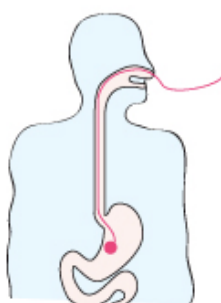
III. Nutrition artificielle et oralité

La nutrition artificielle est mise en place dans de nombreuses situations. Dans le service, elle est utilisée entre autre, pour maintenir une croissance staturo-pondérale satisfaisante. Les médecins peuvent proposer deux types de nutritons artificielles : la nutrition entérale ou parentérale.

a. Nutrition entérale

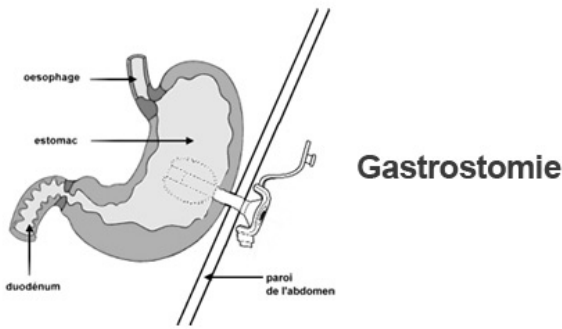
Ce type de nutrition consiste à perfuser dans l'estomac ou au niveau du duodéno-jéjunum (seul segment fixe de l'intestin grêle c'est-à-dire qu'il ne brasse pas le bol alimentaire) un mélange nutritif. L'estomac et le reste de l'appareil digestif continuent de fonctionner mais l'utilisation de la voie orale est difficile. Elle permet d'augmenter l'apport nutritionnel lorsqu'il est insuffisant, de prendre le relais d'une nutrition parentérale exclusive ou de pallier à la nutrition par voie orale devenue impossible.

Le patient est nourri grâce à une perfusion à débit continu ou discontinu avec des rythmes de prises plus ou moins rapprochés. Le soluté nutritif est introduit par une sonde nasogastrique ou par le biais d'une gastrostomie. La nutrition entérale (NE) peut être mise en place transitoirement (en cas de prématurité, poussée de maladie chronique du système digestif) ou durablement pour les maladies digestives, neuromusculaire ou les problèmes stomatologiques ou ORL (retard de croissance sans rattrapage par voir orale).



sonde
nasogastrique

La sonde nasogastrique est introduite par la narine puis descend par l'œsophage jusqu'à l'estomac. Le système digestif conserve ainsi une part d'activité.



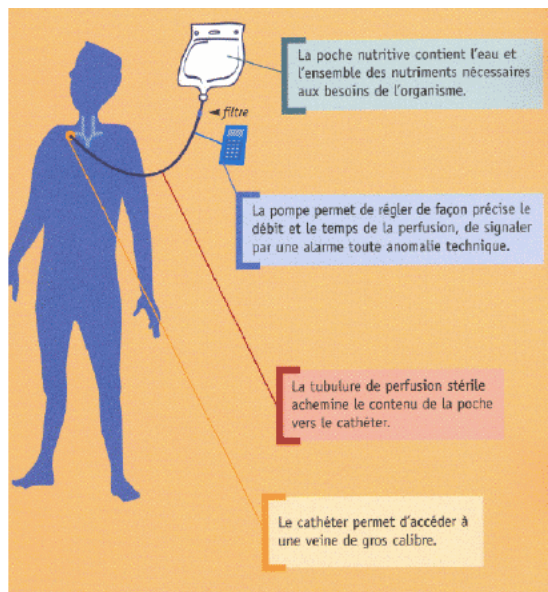
La nutrition entérale par **gastrostomie** nécessite un geste chirurgical. Il s'agit de créer un accès direct au niveau de l'estomac pour introduire les nutriments.

b. Nutrition parentérale

Elle consiste à introduire des nutriments sous forme de soluté directement dans le système veineux. Il existe deux types de nutrition parentérale (NP) :

- **La NP par voie périphérique** : il s'agit de transfuser le soluté par voie veineuse. Ce moyen de nutrition est souvent mal vécu par l'enfant. Néanmoins il entraîne moins d'infections que la nutrition parentérale par cathéter.
- **La NP par cathéter intra-cave** : une opération est nécessaire pour poser le cathéter. Des contraintes pré et post opératoires sont obligatoires pour assurer l'aseptisation de l'environnement autour de l'enfant. L'avantage de la pose d'un cathéter est sa pérennité. Il provoque tout de même des risques infectieux. Les enfants nourris par nutrition parentérale sur cathéter peuvent être débranchés pour réintroduire une alimentation par le système digestif. Les médecins essaient de brancher l'enfant à la NP uniquement la nuit lorsque les conditions le permettent. Les aspects très positifs du débranchement sont les suivants : si l'enfant est en âge de marcher, alors il est libre de déambuler et de jouer où il le souhaite, s'il s'agit d'un nourrisson le lien mère-enfant est plus facilement mis en place car le portage du bébé crée moins d'anxiété chez la mère de plus lors des visites de la famille, l'enfant apparaît moins médicalisé et les processus de renarcissisation des parents sont à prendre compte.

La NP peut être transitoire (en cas de prématurité, chirurgie, réanimation...) ou durable lors des insuffisances intestinales par exemple.



<http://www.fresenius-kabi.fr/domaines-d-expertise/nutrition-clinique/en-savoir-plus-sur-la-nutrition-parenterale.php>

La nutrition parentérale met au repos total le système digestif. Elle est utilisée de manière complémentaire d'une nutrition orale ou entérale insuffisante, exclusive (elle assure la couverture des besoins protéino-énergétiques), temporaire ou définitive selon l'état de l'axe digestif.

c. Nutrition artificielle à domicile

c.1 Nutrition entérale à domicile

Les parents peuvent se former pendant le séjour de leur enfant à l'hôpital. Il pourra alors, retrouver une vie sociale tolérable tout en palliant la dénutrition, une malformation digestive ou autre pathologie. Les soins quotidiens sont centrés sur la gastrostomie et sur les changements de la sonde nasale. Chez les tout petits, il arrive que la sonde nasale soit arrachée. Différentes manières de la fixer sont transmises aux parents durant la formation.

Au niveau psychologique, la nutrition entérale à domicile reste une technique invasive et peut modifier le schéma corporel et l'image du corps de l'enfant. L'âge auquel est posée la

gastrostomie ou la sonde nasale est important. En effet, plus l'enfant sera jeune moins son image corporelle risque d'être entravée. Ces « outils » lui permettant de se nourrir feront « partie de son corps ». Cependant, il faudra surveiller l'intégration du schéma corporel au cours de son développement. Lorsque ce type de nutrition est posée plus tard, le narcissisme de l'enfant peut être entravé ainsi que son image du corps. Des répercussions au niveau comportemental et social peuvent apparaître.

c.2 Nutrition parentérale à domicile

L'hôpital où je suis en stage est un centre expert et propose une éducation thérapeutique aux parents pour la mise en place de la nutrition parentérale à domicile. Ce type de nutrition nécessite beaucoup de matériel et les risques infectieux sont plus élevés qu'avec la nutrition entérale. Le retour à domicile nécessite une grande adaptation des parents et un bouleversement dans l'organisation de la vie quotidienne. En effet, l'état du patient doit être stable, les parents formés et les conditions d'hygiène à domicile remplies. La vie à la maison ne ressemble pas à la vie d'autres enfants. Le respect strict des règles d'asepsie, d'hygiène et des protocoles est indispensable et reste contraignant pour l'enfant et sa famille. Cependant il permet à l'enfant d'être dans un environnement qui lui est familier et de pouvoir créer des liens avec son entourage qui l'aidera dans sa construction psychique et corporelle.

L'acte alimentaire ne consiste pas seulement à ingérer des aliments. Ces nutriments artificielles entraînent une alimentation passive. Au cours de la première année de vie de grands enjeux se situent au niveau de la zone orale pour le bon développement de l'enfant. Si nous nous cantonnons à l'oralité alimentaire, celle-ci est mise en veille et les nutriments artificielles peuvent induire des comportements de refus alimentaire, d'irritabilités sensorielles, notamment au niveau de l'appareil digestif ainsi que des retards dans l'acquisition de l'oralité.

d. Oralité

L'oralité est un terme freudien utilisé pour définir ce qui se joue autour de la zone orale. Elle est divisée entre l'oralité alimentaire et l'oralité verbale. L'oralité alimentaire et verbale se développent de manière concomitante. Elle permet aussi de déterminer les limites entre le dedans et le dehors. Peu à peu l'enfant pourra différencier son besoin de son désir. L'oralité met en jeu toute la sphère oro-faciale qui comprend également les sens olfactifs, visuels et gustatifs. Pour A. Bullinger (2004), l'espace oral intervient dans la mise en place de la respiration, de l'alimentation, du langage et de l'axe de développement.

d.1 Oralité alimentaire primaire

L'oralité primaire est constituée par les réflexes de la succion et de la déglutition matures à 34 SA. Ces fonctions doivent se coordonner à la ventilation. L'oralité primaire est présente pendant le premier trimestre de la vie. Il s'agit d'une alternance entre plaisir/déplaisir. Les mouvements de succion-déglutition ne sont pas dissociés c'est-à-dire que le bébé ne fait pas la différence entre le moment où le lait passe dans sa cavité buccale et l'instant où il descend dans l'œsophage. Le nouveau-né a ainsi la sensation agréable d'être plein.

d.2 Oralité alimentaire secondaire

Ces réflexes s'instrumentalisent avec le temps. A cette période les réflexes de succion-déglutition sont intégrés mais il faut que l'enfant apprenne maintenant à maîtriser son espace oral. La bouche va peu à peu avoir une fonction d'instrumentation. Il s'agit d'une phase volontaire où l'enfant mettra en place des praxies. Ces expériences sensori-motrices conduisant à la mastication et à la déglutition volontaire vont être progressivement intégrées au niveau cortical.

Vers 4-5 mois, l'enfant commence à être nourri à la cuillère une à deux fois par jour, et le reste des repas sera le temps du biberon. Dans un premier temps, il aura le réflexe de téter les aliments qui lui seront proposés. Puis par l'expérience sensori-motrice et la maturation neurologique il va progressivement adapter ses praxies alimentaires volontaires.

Cette phase est présente avant l'apparition des dents. L'intégration de l'oralité secondaire se déroulera sur une longue période jusqu'à 5 ans, âge où la mastication proprement dite sera mature.

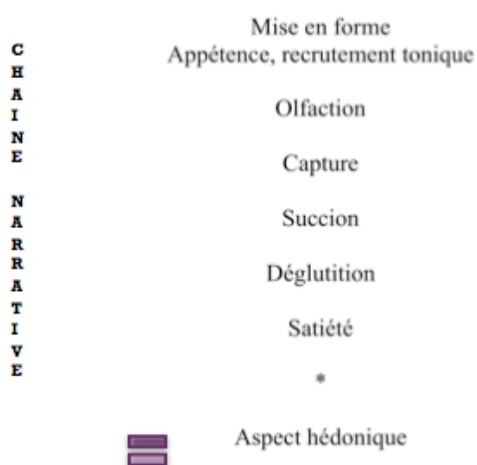
d.3 Oralité : soubassement de l'instrumentation et de la communication

Selon V. ABADIE (2006), l'alimentation se définit comme « le comblement d'un besoin instinctif et de tensions sensorielles, puis devient progressivement un intérêt, un mode relationnel avec l'extérieur, impliquant les notions de plaisir et de déplaisir ». ⁹ Ainsi l'enfant fera progressivement la différence entre le besoin de s'alimenter et le désir de découvrir par la bouche le monde environnant. Les sensations de plaisir/déplaisir le guideront dans ses expériences sensori-motrices, et dans son intérêt pour développer les praxies de la cavité buccale.

Ainsi la construction d'une « chaîne narrative » se met en place. L'enfant va devoir coordonner l'olfaction, la capture, la succion, la déglutition pour enfin ressentir la satiété. C'est ce que A. Bullinger nomme l'aspect hédonique du repas. Le repas doit être un moment de partage entre l'enfant et la personne qui l'accompagne. Elle doit lui permettre de trouver du plaisir dans cette histoire de l'alimentation.

Une alimentation plaisir est fondamentale pour l'investissement de la zone oro-faciale et l'apprentissage des praxies buccales conduisant l'enfant à maîtriser les aliments, une fois incorporés dans sa bouche.

L'oralité alimentaire et verbale se construisent conjointement. L'oralité verbale suit



plusieurs étapes : du cri aux premiers mots. Au moment du passage de l'oralité alimentaire primaire à secondaire, l'utilisation de la cuillère vers 5-6 mois amène le babillage dit « canonique » qui consiste à redoubler les syllabes. Ainsi la mise en place d'une bonne oralité alimentaire permet de créer un cadre pour développer les capacités linguistiques.

⁹ P 63 *Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant, Rééducation orthophonique*. 42^{ème} année, décembre 2004, trimestriel n°220

M. LEMAIRE (2014) nous explique que : « les mouvements verticaux et rythmés relatifs à la préhension et à la mastication constitueraient un cadre pour l'articulation, et les nouvelles praxies de la langue serviraient à moduler les sons produits ».

L'oralité est une longue phase contenant des étapes extrêmement importantes pour la construction psychocorporelle de l'enfant. Elle lui permet de découvrir son corps, de se servir de ses sensations internes pour se représenter petit à petit ce qui vient du dedans et du dehors. L'oralité est le socle de la communication verbale. Ainsi lorsque les enfants nourris par nutriments artificiels présentent des troubles de l'oralité, la multidisciplinarité entre professionnels doit être mise en place pour limiter les impacts au niveau de l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant.

IV. Rythme

a. Définition du rythme

Le rythme est défini comme « une cadence, un mouvement régulier d'une phrase poétique, musicale, (...) une fréquence d'un phénomène physiologique périodique ; le retour régulier d'un fait ; une allure », *Petite Dictionnaire de Français, Larousse, (2004), p.724*

Étymologiquement le mot rythme prend sa racine du grec *rhythmos* signifiant réglé et mesuré. Cette référence étymologique fait sens dès lors que l'on considère le rythme tel un flux respectant certaines cadences. Le rythme suit des retours à intervalles réguliers de temps forts et de temps faibles. C'est une alternance plus ou moins régulière que présentent certains événements. Il s'exerce dans l'espace et dans le temps.

D'après P. MAZET (1986) : « un rythme est une variation périodique d'un processus physiologique » (p6). Cette variation peut être comparée à une fonction sinusoïdale. Le rythme est décrit selon quatre paramètres :

- *La période* : durée séparant la réapparition d'une même phase du rythme.
- *L'amplitude* : l'écart entre les valeurs extrêmes du phénomène enregistré
- *L'acrophase* : moment où le maximum du cycle apparaît
- *Le méso* : ligne de base autour de laquelle fluctuent les données rythmiques.

Suivant le domaine d'étude le rythme prend des formes variables. Les scientifiques s'intéresseront à l'étude des rythmes biologiques. Le danseur se servira du rythme pour s'exprimer dans l'espace. Pour le musicien il s'agit de respecter l'organisation des durées. Le rythme est communément perçu dans la musique.

Il reflète une trilogie d'éléments fondamentaux, inséparables et d'importances égales :

- Le rythme est en rapport avec la vie physiologique (chronobiologie)
- La mélodie contribue à éveiller la sensibilité et touche la vie affective
- L'harmonie est en relation avec la vie psychique. Elle incite à la conscience de plusieurs sons perçus ensemble.

Grâce à ces éléments, nous observons que le rythme réunit l'unité de l'esprit et celle du corps. L'organisme peut devenir corps grâce aux rythmes intrinsèques qui l'animent. La mélodie en lien avec les affects, nous permet de lier nos actions à nos émotions. Enfin l'harmonie entre la vie psychique et le corps permet d'assurer une unité psychocorporelle au sujet. C'est un équilibre indispensable, qui sera remanié par des bouleversements en fonction des stades et des expériences de la vie de chacun.

Ainsi, la psychomotricité est le lieu idéal pour se servir du rythme en tant que médiation mais aussi pour l'étudier dans ses répercussions au niveau des échanges (parent-bébé, soignant-patient, parent-soignant-enfant) et dans son utilité autour du développement psychomoteur de l'enfant. Le rythme pourra être considéré comme un espace d'expression privilégié de l'être humain dans sa globalité psychocorporelle.

b. Rythmes biologiques

La chronobiologie est un champ disciplinaire étudiant scientifiquement les fluctuations rythmiques des fonctions biologiques et qui analyse les mécanismes et les altérations physiologiques et comportementales.

Le fonctionnement de l'organisme est soumis à un rythme biologique, concordant avec le cycle d'une journée de 24 heures. Le rythme est donc une donnée indispensable à la vie. Les rythmes biologiques sont endogènes, ils ont une origine génétique et sont innés. Ils sont gouvernés par des horloges biologiques. L'horloge biologique a pour fonction essentielle d'assurer un équilibre à l'organisme en conservant les rythmes internes par rapport aux rythmes

de l'environnement. Elles sont représentées par des faisceaux de neurones situés dans la partie antérieure de l'hypothalamus. Chaque structure organique bénéficie de sa propre horloge dite périphérique. Cela permet d'optimiser le fonctionnement de chaque organe compte tenu du contexte environnemental.

« Au niveau cellulaire tout se passe comme si chaque cellule contenait en son sein un système d'oscillations correspondant à des phases de tension et de relaxation, ou d'excitation et d'inhibition », Fraisse (1974), p.38.

La chronobiologie a permis de mettre en évidence trois rythmes :

- Les rythmes ultradiens : ce sont des cycles rapides, de nature endogène survenant plus d'une fois en 24 heures. Leur période est de quelques secondes à vingt heures. Il s'agit par exemple du sommeil paradoxal qui survient toutes les 90 minutes chez l'homme au cours de la nuit.
- Les rythmes circadiens : ce sont des rythmes d'origine endogène, c'est-à-dire qu'ils sont générés à l'intérieur de notre corps par un mécanisme temporel interne : l'horloge circadienne. Ils sont modulés par des variations quotidiennes de lumière et d'obscurité. Ce sont des cycles biochimiques, physiologiques et comportementaux qui oscillent sur une période de 24 heures. Chez l'humain, plusieurs rythmes circadiens sont observés comme par exemple : la température corporelle, le taux de mélatonine et de cortisol, le rythme cardiaque, l'humeur et surtout l'alternance des cycles veille-sommeil. L'installation du rythme circadien stable apparaît chez le nourrisson vers 3-4 semaines. Il fait suite à des rythmes de sommeil irréguliers de 3-4 heures. La synchronisation entre rythme circadien et rythme nyctéméral s'effectue progressivement au cours du développement de l'enfant.
- Les rythmes infradiens : Ce sont des rythmes inférieurs au rythme circadien. La période est supérieure à 24 heures tel que les cycles menstruels.

Les rythmes circadiens sont donc des rythmes endogènes, propres au fonctionnement de l'organisme tandis que le rythme nyctéméral correspond à l'alternance du cycle jour/nuit. Ces cycles sont dépendants de la luminosité ainsi que de la température. Le rythme nyctéméral dépend donc de l'environnement dans lequel le sujet vit.

Nous allons maintenant rendre compte de la physiologie du rythme chez l'homme. L'organe majoritairement responsable de la perception du temps est l'hypothalamus.

c. Physiologie du rythme

La régulation temporelle est effective grâce à l'hypothalamus. C'est un organe qui intègre à la fois des informations viscérales et émotionnelles. Il agit sur l'hypophyse (rôle endocrinien) et le système nerveux végétatif (autonome). Celui-ci a également un impact conséquent dans le métabolisme, les grandes fonctions végétatives, le sommeil et le comportement.

Il se situe dans la paroi latérale en avant des corps mamillaires*. Il est constitué d'une région antérieure constituée, entre autre, par le noyau suprachiasmatique*. C'est à l'intérieur de ce noyau que les rythmes circadiens sont gérés. L'hypothalamus a une fonction d'autorégulation mais il est aussi sous l'influence de la substance réticulée (soutien de l'activité corticale et contrôle du tonus).

Ainsi il répond à certaines stimulations corticales mais également aux actes volontaires par l'intermédiaire des muscles striés : tel est le cas de la respiration, du sommeil et des repas. Certaines actions comme les repas sont soumises à une régulation végétative. Les glandes surrénales sont un médiateur important du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire, notamment lors des rythmes nycthéméraux (cas particuliers du rythme circadien).

Dans cette première partie, j'ai tenté de présenter le cadre institutionnel d'où ma clinique naît. D'autre part, j'ai souhaité introduire la notion de rythme autour de laquelle ce mémoire est construit. Dans la seconde partie, je traiterai des fondements psychomoteurs permettant à l'enfant de se construire psychiquement sur la base de ses expériences corporelles.

Partie II : Entre développement psychomoteur et enveloppes psychocorporelles

I. Tonus

J. De Ajuriaguerra est l'un des pères fondateurs de la psychomotricité. Il nous offre une définition du tonus qui croise les points de vues neurophysiologiques et sociaux. « Le tonus musculaire ne peut être conçu d'un point de vue statique. L'immobilité apparente d'un corps n'est que l'absence apparente de réaction d'une vigilance tonique toujours en éveil. Il existe un fond tonique qui dépend des organisations neurologiques progressivement maturées, et des modes de réactions variables suivant le niveau de maturation. Mais aussi bien le fond tonique dynamique que la réactivité se modifient par la relation » (p117). Ainsi le tonus musculaire prend corps à l'intérieur de nos muscles et est le support de la relation et de l'expression des émotions. S. Robert Ouvray (1997), complète cette définition du tonus comme cela : « La tonicité se définit comme l'ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et avec l'espace externe. C'est un élément limite entre l'espace corporel et l'espace psychique de l'être humain » (p43). Cette définition s'accorde avec celle de J. De Ajuriaguerra sur le fait que le tonus permet une mise en relation. Ainsi pour S. Robert Ouvray, il permet aux variations psychiques de s'exprimer sur le support corporel. Il existe trois types de tonus que nous allons définir et analyser en fonction de leurs conséquences sur le corps.

a. Support des émotions

Le tonus de fond ou basal est « l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. »¹⁰, M. Jover. Il participe au sentiment d'unité corporelle et d'individuation. Il contribue à la création d'une enveloppe tonique qui permettra à l'individu d'avoir une conscience relativement unifiée de son propre corps pour se centrer sur lui-même. Ainsi, il pourra rencontrer l'autre sans même avoir établi des possibilités de langage : cela correspond au dialogue tonique que nous développerons plus bas.

¹⁰ Perspective actuelles sur le développement du tonus et de la posture, in Le développement psychomoteur du jeune enfant, Rivière, Jover, Bril, Lhote, Fagard, Devouche, éd.Solal, 2000

b. Support de l'équilibre

Le tonus de posture permet, lui, de lutter contre la pesanteur. Le maintien d'une attitude et de la station debout nécessite un contrôle suffisamment bon pour suspendre le mouvement entre deux séquences. C'est à partir de ces repoussés du support et notamment de son poids que l'enfant pourra acquérir une stabilité au niveau de ses appuis corporels. Cette adaptation au support survient tardivement chez l'enfant qui devra, par le mouvement, renforcer son enveloppe tonique et l'ajuster pour pouvoir explorer la multiplicité de ses appuis qui l'amèneront à s'élever et à construire son axe corporel.

En ce qui concerne ces points d'appuis, les enfants à l'hôpital peuvent rester des heures dans leur lit. A certains moments, un soignant passera mais souvent pour lui administrer les soins qui lui sont nécessaires. Ainsi la prise d'appui pour changer de position est limitée dans ce petit espace monotone. Au cours de ce stage, j'ai rencontré beaucoup d'enfants ayant une plagiocéphalie. C'est une déformation du crâne pouvant entraîner une asymétrie faciale si elle n'est pas prise en charge dans les premiers mois de vie. Elle survient lorsque l'enfant reste dans la même position pendant un certains temps. Elle peut entraîner un retard au niveau de l'éveil psychomoteur, des troubles auditifs et visuels ou des problèmes orthopédiques (scoliose). A ce niveau, un travail multidisciplinaire doit être mis en place pour plusieurs raisons :

- Eviter l'aggravation de la plagiocéphalie en changeant régulièrement l'enfant de position.
- Si la plagiocéphalie existe déjà, travailler en co-thérapie avec un ergothérapeute afin de lui redonner d'autres points d'appuis que ceux utilisés auparavant
- Au-delà de la plagiocéphalie, créer un environnement dans le lit assez attrayant pour l'enfant pour qu'il puisse par lui-même explorer son petit espace.

Ainsi lorsque nous mettons certains enfants sur le tapis d'éveil, ils ont besoin de stimulations sensorielles assez importantes avant d'aller découvrir quelles sont leurs compétences motrices grâce à l'investissement du tonus postural puis d'action.

Cet équilibre postural sera possible grâce au rapport entre le niveau de vigilance et d'éveil du sujet. Ainsi cette harmonie entre état de vigilance et état d'éveil permettra à l'individu de réguler ses activités perceptives. En effet, la régulation entre perceptions internes et externes entraînera des modifications dans la posture afin d'adapter sa qualité relationnelle. L'activité posturale est sous-tendue par les émotions du sujet et lui permet ainsi de s'orienter corporellement vers son environnement et de s'y ajuster.

c. Support de l'action

Le tonus d'action « est la base de la motricité globale ainsi que de la communication non verbale et du langage. » S. Robert-Ouvray et A. Servant-Laval (2011), p156. Il s'appuie sur la mise en mouvement du corps, ce mouvement évoluant dans une certaine spatialité et temporalité.

Nous nous intéresserons ici à la construction du corps vécu. Lors de sa naissance l'enfant est dans un état tonique bipolaire. Cela signifie que son axe corporel est très hypotonique tandis qu'au niveau périphérique il est dans une situation d'hypertonie. Cette bipolarité va peu à peu s'effacer et s'harmoniser au cours de la première année de la vie du bébé. Le contrôle tonique suit les processus de maturation au niveau du système nerveux central qui induira la mise en place d'un équilibre tonique. Au niveau émotionnel, certains états caractéristiques entraîneront des réactions d'hypertonie globale, par exemple lors de ses besoins. A l'inverse s'appropriera des attitudes d'hypotonie, lorsqu'il sera détendu après satisfaction. Le tonus est donc la chair du vécu émotionnel.

Ainsi nous percevons le lien entre tonus, maturation du système nerveux central, élaboration d'une cuirasse musculaire et support émotionnel. Ajuriaguerra a développé la notion de dialogue tonique, qui permet au bébé d'échanger avec son environnement grâce à ses états de tension corporels.

Avant la greffe, Liam était un enfant très passif. Il bougeait peu, gazouillait uniquement avec son père et pleurait rarement. Malgré la présence très régulière et adaptée de ses parents, Liam se figeait souvent dans des attitudes statiques sans être spécialement dans une hypertonie de fond. Pour s'intéresser aux objets et engager son corps dans le mouvement, il lui fallait souvent plusieurs minutes et une stimulation simultanée de ses différents canaux sensoriels.

Cette vignette clinique, me permet d'émettre l'hypothèse que le rythme peu stimulant de la chambre d'hôpital exerce une influence sur les attitudes corporelles de l'enfant. Nous verrons dans une autre vignette clinique, que l'harmonie entre les versants hypertoniques et hypotoniques s'est établie après la greffe. La passivité face aux différentes stimulations n'était pas due à une incapacité de résolution musculaire car il était déjà en mesure de se retourner du

décubitus au procubitus. Ce rythme intrinsèque très lent, le maintenant dans une enveloppe molle et peu perceptible au niveau sensoriel lui permettait peut-être de se protéger face aux intrusions physiques qu'il pouvait rencontrer mais pas encore anticiper. De plus, Liam ne montrait aucune émotion ni tension au niveau corporel lorsque son père quittait ou revenait dans la chambre. Pourtant le lien entre les deux était bien présent. Ainsi cette « extinction » de réactions tonico-émotionnelles dans les premiers instants de la relation permet de percevoir les moyens de défenses toniques que l'enfant trouve lui-même face à ses angoisses.

Ainsi Ajuriaguerra dit : « nous avons accordé une très grande importance aux positions de l'enfant et aux postures de la mère par rapport à son enfant ; elles sont à la base d'un dialogue préverbal dans lequel mère et enfant peuvent trouver la confirmation de leur rôle, de leur confort et de leur découverte. »¹¹ Le dialogue tonique a donc valeur de communication se faisant par les regards, les sourires, les touchers mais aussi d'attachement et d'intégration des sensations. La notion d'attachement a été développée par Bowlby (1958), qui considère que l'enfant est prédisposé à maintenir un degré de proximité avec sa mère qui représente, la plupart du temps, la figure d'attachement. Celle-ci sera, au fil de la première année de vie, intériorisée afin de créer chez l'enfant la permanence de l'objet. Cette notion est fondamentale car elle permet à l'enfant de ne pas se désorganiser lorsque sa mère ou autre figure d'attachement est absente. Par le portage et le holding effectués par la mère, le bébé par sa multitude d'expériences sensorielles différenciera peu à peu ses sensations et les associera à ses états de tension ou de détente. Ce corps vécu est donc un passage nécessaire et primordial pour que l'enfant, grâce à un étayage tonique sous-tendu par les émotions, accède à la symbolisation et au corps perçu.

II. Construction du schéma corporel et de l'image du corps

a. Prémices de la représentation du corps

Le schéma corporel constitue la référence spatiale que chacun a de soi vis à vis d'autrui. Il se réfère à divers modes de sensibilités qui nous permettent d'intégrer des perceptions internes et externes. Wallon parle de « domaines fonctionnels » représentant les domaines que je nommerai perceptifs. Il s'agit en fait de comprendre à partir de quelles perceptions s'élaborent le schéma corporel. Tout d'abord, la fonction intéroceptive intervient le plus précocement dans la sensibilité de l'enfant. Elle est liée à la sensibilité viscérale. Grâce à la proprioception qui se mettra progressivement en place chez l'enfant celui-ci développera une sensibilité à l'équilibre,

¹¹ J de Ajuriaguerra, Premières organisations des fonctionnements neuropsychologiques, Bulletin de Psychologie, vol42, n°391, 1988

aux attitudes et aux mouvements. Enfin la fonction la plus tardive à émerger est la sensibilité d'origine externe que l'on appelle plus communément la sensibilité extéroceptive. Ainsi nous percevons que le schéma corporel se crée aux rythmes des sensations perçues par le bébé. Cette sensibilité lui permettra de comprendre comment chaque partie de son corps est agencée l'une par rapport à l'autre. Puis ce corps unifié deviendra un moyen d'agir sur le monde.

b. Sensori-motricité : outil de la découverte du corps

Selon Ajuriaguerra (1971), le développement psychomoteur de l'enfant suit 3 étapes :

- Le corps vécu de 0 à 3 ans
- Le corps perçu jusqu'à 6 ans
- Le corps représenté jusqu'à 12-14 ans.

Reprenons l'idée de corps vécu et perçu que développe Ajuriaguerra. A la naissance, le bébé n'a pas conscience de son corps de manière unifiée. Il ne fait pas la différence entre ce qui l'identifie et autrui. Cependant grâce aux réflexes archaïques mais aussi à sa sensibilité viscérale il perçoit très rapidement la variabilité de ses rythmes respiratoires. En effet, chaque changement d'émotion provoquera une modification de la fréquence cardiaque et de la respiration qu'il pourra peu à peu mentaliser. Par ailleurs, la zone orale est l'une des premières zones corporelles découvertes par le bébé comme lui appartenant. Dans un premier temps, lorsque le réflexe de succion/déglutition est présent, l'activité buccale est déjà mise au travail. Ainsi, c'est par ce canal sensoriel que l'enfant discriminer de plus en plus finement ce qu'il porte à la bouche. Wallon (1963) nous explique qu'elle devient une sorte d'intermédiaire entre les besoins de l'organisme et le milieu extérieur. La bouche est donc la région du corps dont la sensibilité est le plus en éveil, dans les premiers mois de la vie.

Le schéma corporel s'organise donc grâce aux liens entre la perception et l'action. L'acte moteur va entraîner des perceptions qui pourront ensuite créer une structure homogène. La proprioception joue également un rôle indispensable dans l'élaboration de notre référentiel corporel. Selon Bullinger, la coordination de la sensibilité profonde et des flux sensoriels crée la fonction proprioceptive. Elle est présente depuis la période fœtale. Celle-ci est en rapport avec la cohésion intersegmentaire de l'organisme, que le sujet soit statique ou dans le mouvement, vis-à-vis des forces extérieures. Pour S. Robert-Ouvray (1997), le schéma corporel est « la connaissance affectée que chacun a de son organisation motrice dans l'espace et dans le temps », p.90. Le schéma corporel se crée grâce à la motricité des couples : tête-bassin, tête-

main, bassin-pied qui se mobilisent et se mettent dans un état tonique propre au contexte émotionnel. Ainsi la topographie de chaque partie du corps se crée en fonction d'autres parties du corps.

Au début de son hospitalisation dans le service, Thibault avait souvent tendance à désinvestir le bas de son corps. Son hypertonie de fond l'empêchait de mobiliser son bassin dans une bascule suffisante pour être en contact visuel avec ses pieds et avoir une perception globale de son corps. Il nous a fallu l'installer dans différentes postures d'enroulement et lui donner de nouveaux appuis pour l'amener à déverrouiller son bassin. Nous sommes également passées par des stimulations sensorielles au niveau du bas du corps afin de créer des flux sensoriels repérables au niveau des perceptions et intégrables au niveau du psychisme. D'autres part, il semblerait que son vécu corporel sur le plan intestinal crée également des réticences à investir ce bas du corps. En effet, cette posture en enroulement mobilise les viscères abdominaux. Les perceptions intéroceptives créent peut-être une angoisse ou une reviviscence du corps douloureux au moment des soins dans cette partie de son corps.

A partir de 6 mois, l'enfant commence à faire des liens entre les différentes perceptions d'une même situation. Il différencie peu à peu les informations qui viennent de son propre corps (proprioceptive) et celles prenant leur source de son environnement (extéroceptive). Cette coordination lui permettra ensuite de distinguer le Soi du Non-Soi et de l'objet.

c. Evolution de l'image du corps

Le terme de l'image du corps a été introduit par P. Schilder en 1935 dans son livre : *Image du corps : études des forces constructives de la psyché*. Il considérait l'image du corps au croisement de la physiologie, de la psychologie et de la sociologie. F. Dolto a repris ce concept en 1987 dans *l'Image inconsciente du corps*. Elle distingue alors nettement le schéma corporel qui est un processus physiologique, et l'image du corps qui serait inconscient et issu de mécanismes affectifs.

Selon E. Pireyre (2015), dans la *Clinique de l'Image du Corps*, l'image du corps est l'harmonisation entre des processus neurophysiologiques, les enveloppes corporelles, le tonus et la sensorialité. Toutes ces données participent à la construction et au remaniement permanent de l'image corporelle. De plus les angoisses archaïques favorisent son élaboration si elles sont vécues puis intégrées, elles pourront surgir à la porte de notre conscience sous forme

transformées. Enfin l'image du corps permet de donner une limite entre un dedans et dehors. Elle permet de créer une continuité d'existence, tel que nous le livre Winnicott.

L'image du corps se construit et s'affine au rythme des impacts tonico-émotionnels, des angoisses et existe lorsque le sujet accède à la subjectivité, c'est-à-dire au « je ». Selon Bullinger, la subjectivité n'existe pas avant que l'enveloppe psychocorporelle ne permette à l'enfant de percevoir son corps comme sien et unifié. Une fois que la subjectivité sera présente alors, l'identité de sujet émergera. Tous ces processus dépendent de multiples facteurs environnementaux qui influenceront cette élaboration psychique. Selon E. Pireyre : « L'image du corps est en constante évolution. Même si elle est fondamentalement résultante de l'histoire personnelle, elle reste modelée en permanence par l'appartenance au groupe. » Par ailleurs, il poursuit en nous indiquant qu'elle ne peut être constituée que d'une seule entité mais elle concerne diverses zones corporelles et se développe durant la période néonatale. Les psychomotriciens travaillent avec l'image du corps de leur patient qu'ils interrogent constamment grâce à leurs multiples médiations.

III. L'espace

L'espace est une donnée fondamentale. Il permet à l'être humain de se repérer à la fois dans son corps mais aussi dans son environnement. Avant la naissance, le fœtus est déjà soumis à un premier espace dans lequel il évolue, il s'agit de l'espace utérin. A l'intérieur de cette cavité, de nombreuses stimulations sensorielles influencent ses postures en flexion ou en extension permettant ainsi l'élaboration d'un premier dialogue tonico-émotionnel avec l'extérieur. La naissance viendra bouleverser sa perception spatiale, par le simple changement entre l'ancien espace aqueux et le nouvel espace aérien, où la pesanteur l'empêche de retrouver par lui-même le milieu connu depuis neuf mois.

a. Espace aqueux

J'aimerais parler de l'espace in-utéro. En effet, le fœtus reçoit de nombreuses afférences sensorielles. Il est soumis aux contraintes de l'espace aqueux dans lequel il se trouve. En psychomotricité, nous considérons l'individu dans sa globalité et les expériences de son vécu corporel sont riches et à la base de notre travail. Ainsi, il me semble judicieux de prendre en compte la manière dont s'est déroulée la grossesse et songer à ce que le bébé a pu vivre comme expériences à l'intérieur du ventre de sa mère.

In utéro, la surface cutanée reçoit une multitude d'informations organisant un rythme en fonction de celui de la mère. L'espace physique de la cavité utérine impose au fœtus une posture en enroulement, qu'il mettra plusieurs mois à retrouver une fois que la gravité aura exercé sa puissance sur ce petit corps, à la naissance. Ce sont les contractions rythmiques du muscle utérin qui maintiennent cette posture en enroulement, comme nous l'explique P. Delion (2011). Pendant cette période, les jonctions tronc-membres peuvent être ressenties grâce à la limitation des mouvements spontanés du fœtus. Par ailleurs, le fœtus n'a pas besoin de contrôler musculairement la tenue de sa tête baignée dans le liquide amniotique.

A la naissance, le bébé a déjà acquis un premier vécu corporel riche de sensations et de perceptions. Cet espace aqueux permet aux sens de mûrir et de donner les premières informations sensorielles à l'enfant sur son environnement interne (battements cardiaques de la mère, flux sanguin...) et sur le monde externe (voix de la mère, sons musicaux, mouvements de la mère...).

b. Espace aérien

Dans les premières semaines de vie, le bébé appréhende déjà l'espace mais de manière morcelée. Le premier lieu du corps à être investi est l'espace oral. Selon Bullinger, la zone orale aura pour fonctions :

- L'attachement. En effet, au moment de l'allaitement le bébé s'agrippe au sein de sa mère. Selon Freud, cet espace crée également la démarcation entre la notion de besoin et de désir.
- De délimiter un espace interne et un espace externe.
- Une place fondamentale dans la construction de l'axe corporel. Les postures symétriques favorisent l'investissement de la zone orale. Elles donneront à l'enfant la possibilité de se rassembler, de découvrir son environnement et de relier ses deux hémichamps.

L'espace se construit grâce à la coordination des sens et à un contrôle postural de plus en plus puissant. En effet, à la naissance, le nouveau-né est soumis à une hypotonie axiale et à une hypertonie périphérique. En parallèle, de la maturation neurologique, il accédera à un schéma postural de type ATNP (Asymmetric Tonic Neck Posture) décrit par Casaer en 1979. Ces postures sont asymétriques et forment deux espaces droit et gauche disjoints. Vers 4-5 mois, la rotation du buste et la coordination entre l'œil et la main permettent à l'enfant

d'acquérir une préhension volontaire afin d'agir dans son espace de préhension. Meilleur sera son contrôle postural, plus étendu deviendra son champ d'exploration.

Cette perception morcelée des espaces vécus se réduit au fil de la première année de vie pour conduire l'enfant à les réunir afin de créer l'espace du corps propre. Une fois que l'enfant aura intégré son axe corporel, il aura les moyens d'agir sur son environnement grâce à un espace représenté puis plus tard à un espace projectif.

Cette découverte de l'espace du corps et de préhension suit une temporalité. Une séquence motrice évolue forcément selon un temps qui lui est propre. Ainsi, le temps compte trois composantes majeures : l'ordre, la durée et la succession. Ces trois données fondamentales ainsi que d'autres variantes permettront à l'enfant de structurer ses représentations selon des données temporelles. Tout comme la construction de l'espace, le temps sera d'abord vécu puis perçu pour être enfin représenté.

IV. Temps

a. Définition du temps

L'étymologie du terme temps vient du latin « tempus ». D'après le Larousse (édition 2008), le temps est « une notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements et souvent ressenti comme une force agissant sur le monde, les êtres ».

Le temps se décompose en ordre, durée et succession. Ce découpage temporel est à l'origine de la structuration temporelle de l'enfant. Au cours de son développement psychomoteur ces notions de structuration du temps s'affineront notamment grâce à l'intégration du rythme.

Le temps est une donnée à la fois objective et subjective. Le temps objectif se repère aisément dans l'environnement, par exemple il peut s'agir de la tombée de la nuit. L'aspect subjectif du temps est propre à chaque individu, le temps de l'hospitalisation n'est pas vécu de la même façon. Plus l'enfant grandira moins l'écart entre le temps objectif et subjectif sera important, il pourra prendre conscience de sa subjectivité lors de certaines situations.

b. De la perception à l'intégration des notions temporelles

Le temps vécu s'élabore autour des rythmes veille/sommeil, des cycles de faim/satiété mais aussi des rythmes de présence/absence de la mère. L'enfant est rapidement en capacité d'anticiper la survenue d'un épisode lorsqu'il est prévisible et redondant, Ciccone (2007). La période où l'espace et le temps sont vécus, signifie que toute expérience sensori-motrice guidera le jeune enfant à créer des représentations. Celles-ci lui permettront petit à petit de jouir d'un corps unifié. Ces étapes sont donc indispensables pour l'aider à intégrer des repères spatio-temporels stables lui donnant la possibilité d'agir sur son environnement.

A l'hôpital, l'espace change peu. Le patient passe souvent beaucoup de temps dans son lit et les expériences motrices sont assez pauvres. L'enfant a peu d'objets permettant de stimuler son désir de bouger. Le lit est l'espace où il se passe le plus d'interventions pour l'enfant : les soins infirmiers s'y déroulent, la visite des médecins ne nécessite pas forcément de les sortir du lit, il y reste une longue partie de la journée. Quelques fois, le lit est en proclive, souvent pour des raisons de reflux gastro-œsophagien. Thibaut en a fait l'expérience. Ainsi lorsque nous le repositionnons dans son lit, il était nécessaire d'attacher une « culotte » à scratch pour l'empêcher de glisser.

La perception des appuis est ainsi modifiée, de même en ce qui concerne le rapport à la pesanteur. Il est bloqué en décubitus et ses expériences motrices ne concernent que la tête et le membre supérieur. Cette installation est parfois systématique. Il est nécessaire en tant que psychomotricien de connaître la raison médicale de cette installation car elle est très contraignante pour l'enfant.

Les parents de Thibault, étaient souvent présents au cours de la journée et le mettaient régulièrement sur le tapis d'éveil ce qui lui permettait de découvrir un nouvel espace que celui du lit. En lien avec la vignette clinique précédente. Nous observons que cette installation ne favorise pas une bonne prise d'appuis au niveau plantaire. Ainsi le désinvestissement du bas du corps vient sûrement de ce changement de perception de pesanteur l'empêchant d'intégrer correctement son schéma corporel.

Selon B. Lesage, le travail tonique effectué par le bébé pendant sa première année de vie lui permet, selon sa propre temporalité de suivre un rythme qui oscille entre densification et dilution, entre soi et autrui. La construction psychocorporelle se tisse au fil d'expériences toniques, instaurant des limites, une contenance, une axialité, des appuis, relatifs à des repères temporo-spatiaux. Lorsque l'assise tonico-posturale est suffisante, l'enfant peut ainsi rentrer

dans un processus relationnel adapté. Son expressivité corporelle permettra peu à peu de construire des représentations symboliques découlant de ses expériences.

V. Enveloppe psychocorporelle

A la naissance le nouveau-né n'a pas conscience de son corps. Le corps de la mère sera comme fusionné avec le sien. Peu à peu et grâce à la construction des enveloppes sensorielles (sonore, gustative, visuelle) et toniques, il va intégrer par des expériences sensori-motrices les sensations qu'il ressent de son propre corps et ce qu'elles entraînent comme réaction de la part de la mère. Afin que le bébé puisse prendre appui sur son enveloppe tonique pour accéder à son axe corporel et à un corps unifié, il est indispensable que son environnement la soutienne.

a. De l'enveloppe tactile à l'enveloppe psychique

Nous allons voir grâce aux travaux d'Anzieu comment ce corps vécu évolue grâce à la perception des enveloppes corporelles du sujet. Le concept du Moi-Peau désigne l'élaboration d'un contenant psychique à partir des expériences corporelles vécues par l'enfant au cours des phases précoces, D. Anzieu (1995). La peau est la première interface entre le sujet et la mère. Le sens tactile soutient l'intégration des expériences sensori-toniques afin qu'elles soient représentées dans un second temps par le jeune enfant.

Le rythme de ces expériences joue un rôle majeur dans le développement de l'appareil psychique. Plus les expériences sont nombreuses, alternées et variées, plus le champ perceptif s'élargit. D. Anzieu (1995) suggère que le Moi « acquiert le sentiment de sa continuité temporelle dans la mesure où le Moi-peau se constitue comme une enveloppe suffisamment souple aux interactions de l'entourage et suffisamment contenante de ce qui devient alors des contenus psychiques. », p109. Le Moi représente l'identité psychocorporelle du sujet, celui-ci se construit grâce à l'étayage des interactions et des stimulations tactiles que l'enfant intégrera de manière suffisamment contenante pour élaborer sa psyché.

Lorsque l'enfant ressent un malaise, une douleur, il se tend et pleure. Ainsi deux mouvements psychomoteurs simultanés se développent. Robert-Ouvray fait référence aux feuillets psychotoniques. Cette image de l'esprit nous permet de comprendre que l'enfant construit ses représentations grâce aux affects, sensations, tensions eux-mêmes divisés en feuillets. Pour se rassembler il va devoir densifier ses feuillets psychotoniques en une seule enveloppe compacte. Il utilise alors, un système de défense sous forme d'hypertonie

réactionnelle à un état. D'autre part, des angoisses l'envahissent et un vide se crée entre son Moi en construction et son enveloppe. Ceci conduit à la disjonction entre le corps et la psyché. Lorsque l'enfant est consolé, il se détend. Les feuillets se décollent. Cela redonne une harmonie psychotonique. Il s'agit d'un rythme primitif entre tension et détente. Chaque expérience agréable ou désagréable génère une enveloppe psychotonique qui associe tension/sensation/affect/représentation.

b. Importance de la satisfaction des besoins de base pour créer une enveloppe psychocorporelle solide

Lorsque les besoins de base sont satisfaits, le passage de la tension psychotonique à la détente psychotonique devient un rythme relationnel. La satisfaction des besoins de base du bébé est le premier déclencheur des interactions. Après le besoin surgit le désir qui se constitue en fonction de la satisfaction de ce besoin. Le désir apparaîtra lorsque la satisfaction de ses besoins ne correspondra pas exactement à ce que l'enfant imagine, d'où une frustration naissante.

Les besoins de base sont satisfaits dès la naissance de l'enfant grâce à ce que D. Winnicott nomme « la préoccupation maternelle primaire ». La mère tente alors de s'identifier à son enfant, se trouvant dans une indifférenciation due à son immaturité. Cette identification lui permet de le contenir physiquement et psychiquement. Ainsi, Winnicott introduit les termes de « holding » et « handling » faisant référence à la capacité de la mère à satisfaire les soins de base permettant à l'enfant de dépasser ses angoisses archaïques et à contribuer (grâce au handling) au sentiment de « continuité d'existence ». La maturation neurologique et un environnement dit facilitant permettent au bébé d'aller de la dépendance absolue vers l'indépendance. Ainsi le Moi de l'enfant pourra organiser ses propres défenses contre les angoisses archaïques et les expériences pulsionnelles du Ça.

Il faut que le jeune enfant trouve une cohérence entre ce qu'il vit, ressent, pense et partage dans le but de créer une solidité du Moi psychocorporel. Cette enveloppe psychotonique permet l'intégration des expériences positives et négatives.

Au cours de ce stage, j'ai pu m'impliquer dans ces identifications primaires permettant de soutenir et accompagner le développement du Moi de l'enfant de manière temporaire mais aussi totale que possible.

Lors d'une séance, accompagnée de mon maître de stage et d'une aide soignante, nous envisageons de donner le bain pour travailler autour de l'enveloppe avec Mayssa. C'est une petite fille née à 24 SA. Lors de la prise en charge, elle a 9 mois d'âge réel et 5 mois d'âge corrigé. Elle pèse seulement 3kg. Mayssa est dans le service car elle est dénutrie et ne prend pas de poids. Elle est nourrie par nutrition parentérale.

Lorsque nous lui donnons le bain, nous l'emmailotons dans un drap. Le bain est difficile à donner car le cathéter ne doit en aucun cas être mouillé. J'observe alors que mon maître de stage met uniquement en contact le bas du corps de Mayssa avec l'eau. Quasi immédiatement, Mayssa, qui est très statique en temps normal, fait quelques mouvements de flexion-extension dans l'eau. Elle me semble apaisée et relâchée au niveau de son tonus musculaire. Petit à petit nous retirons le drap afin qu'elle puisse ressentir son propre poids dans l'eau.

Après ce petit temps de baignade, je souhaite poursuivre cette séance par un enveloppement tactile avec un toucher thérapeutique accompagné de crème. Mayssa semble assez détendue par le bain mais je m'aperçois que le haut du corps est plus tonique que le bas. De plus, elle s'agrippe à ses deux mains au niveau de la zone orale, ce qui témoigne d'une angoisse à être touchée. J'utilise alors des comptines pour nommer les parties du corps avec lesquelles je prend contact. Ainsi je commence à passer mes mains sur tout son corps de manière à unifier les sensations corporelles. Après quelques minutes, des gazouillis sont apparus ainsi que des regards fixes plus prononcés que d'habitude.

Mayssa a tendance à éviter le regard des soignants. Les médecins se posent même la question d'une déficience visuelle.

Lorsque je la quitte après avoir fait mon massage l'aide soignante reprend le bain pour lui laver les cheveux. Je pensais que cela allait être assez désorganisateur pour Mayssa qui finalement s'est montrée très calme pendant ces dernières minutes et a poursuivi les échanges de regards avec l'aide soignante.

A travers cet exemple, nous voyons comment Mayssa a pu trouver suffisamment de contenance au travers de ces deux propositions. La contenance permet de créer une continuité d'existence. Mayssa a le poids d'un nouveau-né à terme alors qu'elle a 5 mois d'âge corrigé. Elle pèse à peine 3 kg et ne possède pas les ressources nécessaires pour s'animer dans le but de découvrir son corps. C'est lorsqu'elle réussit à entrer en contact par le dialogue tonique avec le soignant qu'elle témoigne de sa présence au monde. La notion de pesanteur est visible et l'angoisse archaïque d'effondrement est notamment visible lorsque la psychomotricienne lui donne le bain. De fait, la rythmicité continue et fluide des mouvements de flexion/extension des genoux ne sont observables qu'une fois le bas de son corps immergé dans l'eau. Lorsque nous la repons sur le matelas de change, Mayssa conserve une raideur de ses membres

périphériques. L'enveloppement tactile que je lui propose au travers des massages est très doux et unifié. Je pense que ce contact entre ma peau et sa peau extrêmement fine lui procure un panel sensoriel très fort. Ainsi par cette transmission de sensations (enveloppe sonore par les comptines et tactiles par les massages) et d'émotions (grâce au dialogue tonico-émotionnel), je souhaitais lui laisser une empreinte corporelle pour qu'elle puisse transformer ses sensations en perception. Cependant, j'ai conscience qu'il semble très difficile pour Mayssa de construire une enveloppe psychocorporelle lui donnant accès à un corps unifié. Son système nerveux central ne se développe pas au rythme qu'il devrait compte tenu de l'âge de Mayssa. L'intégration d'un vécu émotionnel et des perceptions sont minimales mais possibles. Il nous faut également observer que son agrippement à ses mains au niveau de sa zone orale traduit manifestement un besoin d'étayage sensoriel continu pour se sentir en sécurité physique et affective. Enfin sa prise de contact visuel et ses quelques gazouillis, nous ont permis de nous rendre compte qu'avec un holding suffisamment sécurisé, Mayssa était capable de nous faire part de ses émotions à travers son état tonique et sa présence à la relation. Cette séance autour des enveloppes toniques et sensorielles, nous a permis de rendre compte de ses capacités à déployer ses feuillets psychotoniques grâce au holding suffisamment bon.

Ainsi se conclue cette seconde partie sur les premiers instants du développement psychocorporel de l'enfant. Dans la prochaine partie, j'amènerai un point de vue de ce développement autour de l'aspect rythmique.

Partie III : Rythme comme support de l'élaboration psychocorporelle

I. Rythme de l'être

a. Macrorythme et microrythme

Durant la première année de la vie les rythmes de l'enfant se modifient. Il passe tout d'abord d'un rythme ultradien à un rythme circadien. C'est à partir de 4 mois que sa perception du temps commencera à être structurée. Pour cela il est indispensable de lui donner des repères afin qu'il accède peu à peu aux rythmes sociaux. Ces repères vont être transmis progressivement par l'alternance du jour et de la nuit, les rythmes de repas, les rythmes sociaux, les siestes. La mise en place des rythmes biologiques du nourrisson se développe en parallèle de sa maturation cérébrale mais comme l'évoque H. De Leersnyder (pédiatre) : « chaque bébé est unique ». Ainsi, lui aussi impose le rythme de vie à ses parents. Dans le service, nous observons ce changement radical de l'organisation familiale. Le bébé est soumis aux rythmes des soins nécessaires à son rétablissement mais ceux-ci atteignent également la famille qui ne partage pas comme elle le souhaite la vie de leur enfant.

D. Marcelli (1992) a introduit la notion de macrorythme et microrythme. Il décrit le besoin du bébé face aux répétitions et aux changements mais ces deux conditions n'ont pas la même fonction dans l'élaboration psychique du bébé. Les macrorythmes permettent à l'enfant d'inscrire dans son fonctionnement une rythmicité régulière face à l'attente d'un soin quotidien réalisé par la mère. Ainsi au moment du repas, de la toilette, du bain, l'enfant reconnaît et anticipe l'action grâce à la voix et à la posture tenue par la mère sur ce qu'elle va entreprendre. Cette satisfaction de ses attentes amène le bébé à un sentiment de toute puissance. Cette circularité du temps où l'enfant interagit pendant le soin lui permet d'acquérir des capacités de mémorisation, d'apaisement, d'anticipation. Les macrorythmes développent le sentiment de la continuité d'être par la confirmation des attentes.

Les microrythmes interviennent dans le domaine des interactions ludiques. Ce sont des moments non anticipés par l'enfant, des moments de surprises. Il s'agit d'instantanés où la mère joue avec son enfant au jeu de chatouilles, au jeu de « coucou ». Ceci suscite l'intérêt de l'enfant et la surprise. Ce sont souvent des échanges courts mais intenses au niveau des émotions (éclats de rire de l'enfant et de la mère). Par ces jeux interactifs précoces, le bébé investit le temps d'attente, la surprise et la qualité affective. Ainsi pour D. Marcelli les microrythmes sont « la

capacité à tolérer la frustration sur le plan pulsionnel et à tolérer l'incertitude sur le plan cognitif ». Les microrhythmes engendrent le narcissisme secondaire.

Ces deux rythmes participent activement à créer un environnement assez répétitif et stable pour assurer au bébé, ce que Winnicott nomme, sa continuité d'existence.

Les séances en psychomotricité ne se déroulent pas toujours à des heures précises d'une semaine à une autre. Nous respectons le niveau d'éveil de l'enfant, sa disponibilité (en se demandant s'il est douloureux ou fatigué, en attente d'un soin). En ce qui concerne Thibault, nous lui proposons deux séances de psychomotricité par semaine. Nous avons dans l'idée que la répartition de ces deux séances (en début et fin de semaine), lui permettrait d'intégrer une certaine temporalité dans les expériences proposées. Les séances se déroulaient souvent en deux temps. Le premier consistait à travailler sur ses enveloppes psychocorporelles en lui proposant des retournements, de nouveaux appuis ainsi que des stimulations sensori-motrices. Thibault investissait très peu le bas du corps. Ce premier temps, nous permettait donc de lui offrir une perception en globalité de son corps grâce à la découverte de cet hémicorps. Les microrhythmes s'invitaient dans nos séances par l'introduction de nouveaux jeux ou de nouveaux objets sensoriels. Thibault est un enfant très observateur. L'introduction de ces nouveaux jouets entraînaient différentes réactions tonico-émotionnelles : quelques fois il initiait le mouvement pour venir attraper ce que nous lui proposons mais à d'autres instants des postures en hyperextension et un retrait étaient observables. Cela nous a permis de travailler à de nombreuses reprises les postures d'enroulement pour lui offrir un sentiment de continuité même dans des situations inattendues ou de surprises. Grâce à la description générale de certaines séances avec Thibault, nous observons que la psychomotricité s'intègre à la fois dans les macrorhythmes avec une rythmicité propre aux séances ainsi qu'un cadre sécurisant pour l'enfant. Par ailleurs, elle initie également les microrhythmes par des effets de surprises, en modifiant les propositions de stimulations ou les objets proposés. Ainsi nous tentons d'inscrire l'enfant dans une continuité d'existence malgré la variation de certains flux environnementaux.

b. Rythme comme continuité et sécurité

Le rythme nécessite la mise en place d'ancrages solides et d'appuis essentiels à la sécurité de base, ainsi Winnicott a pu nous offrir sa théorie sur la continuité d'existence. Par ailleurs A. Ciccone (2007) nous explique ceci : « La sécurité de base est l'effet d'une rythmicité, une expérience rythmique ». Les premières expériences auditives rythmiques, comme les berceuses, seraient le support des premiers éléments psychiques. Elles constituent des éléments de rassemblement permettant de combler la distance entre l'expérience du corps et les images visuelles arrivant au cortex de manière non identifiées par l'enfant. Pour Tustin « le rythme de sécurité » se met en place lorsque l'alternance présence/absence de l'objet de désir s'effectue à intervalles réguliers. G. Haag illustre ce rythme comme base de sécurité grâce à sa description « des boucles de retour ». L'enfant fait alors l'expérience de projeter quelque chose vers l'autre, qu'il va de nouveau recevoir mais de manière transformée. Ces boucles se décalent dans l'espace mais ont un unique point d'ancrage qui permettra à l'enfant de constituer son image corporelle et son instance moiïque. Cette circularité permet de relier cette théorie de G. Haag au Moi-Peau de D. Anzieu. En effet, cette expérience de boucles fermées entraîne chez l'enfant le sentiment d'avoir un Moi unifié par son enveloppe corporelle. Ce rythme permet de contenir les angoisses archaïques telles que la liquéfaction ou la chute. Cette sécurité affective aidera l'enfant à entrer dans un stade de symbolisation de ses expériences corporelles. Ce point d'ancrage ouvre l'émergence du narcissisme. Le rythme comme continuité s'appuie sur la répétition des événements mais aussi de l'absence et de la présence de la mère. C'est le bébé qui maintient les rythmes d'attention de la mère.

Les expériences de discontinuités peuvent parfois être réparées par le bébé. Il va tenter de faire le lien, chercher des indices de la présence maternelle. Il est nécessaire de repérer ces discontinuités afin de soutenir le bébé dans ses activités de réparation. Il va rechercher de la continuité dans ses sensations et ses éprouvés. Les activités de réparation selon A. Ciccone, sont à la fois des activités mais aussi des fantasmes. Le soignant soutient ces activités lorsqu'il aide la mère à repérer ces événements chez son bébé pour qu'elle le répare de l'intérieur.

Liam est un petit garçon de 7 mois, lorsque je le rencontre. Son papa est très présent pour son fils. Très régulièrement il le met sur le tapis d'éveil et joue avec lui. A chaque fois que je suis entrée dans sa chambre Liam se trouvait au tapis. Lors d'une séance, début décembre, le papa décide de profiter de la séance pour s'éclipser de la chambre. Nous proposons parfois aux parents, de sortir de la chambre de l'enfant pendant la séance. Cela permet d'évaluer puis de travailler si besoin les difficultés de séparation chez l'enfant. Par ailleurs, le temps

d'hospitalisation est souvent ressenti par les parents comme extrêmement long. Cet instant doit aussi leur permettre de se retrouver en lien avec eux-mêmes, avec leurs émotions (qu'ils essaient parfois de masquer devant l'enfant ou le personnel soignant). Liam le laisse partir sans crainte perceptible. Nous commençons alors, par un temps d'éveil psychomoteur afin d'offrir à Liam l'expérimentation de différentes positions. Nous établissons très rapidement un bon accordage Liam et moi. Malgré le fait qu'il ne fasse aucun gazouillis pendant la séance, il est très observateur et privilégie le canal visuel pour nous interpeller et communiquer. Par ailleurs, de nombreux sourires sont présents. Après avoir établi ce contact sécurisé, nous sommes rapidement interrompus par l'infirmière pour un soin autour de son cathéter. Liam reste passif, il observe le visage de l'infirmière mais conserve une attitude corporelle très passive. Suite à cette intervention qui ne semble pas l'avoir perturbé, j'essaie de reprendre la séance mais à cet instant, je perçois qu'une rupture s'est produite. Il se frotte les yeux et montre des signes de fatigue. Nous décidons d'interrompre la séance et de le réinstaller dans son lit.

Lors des séances de psychomotricité, nous prévenons souvent l'infirmière (référente de l'enfant) que nous entamons une séance. En théorie, cela est censé limiter leur passage dans la chambre pour un soin pouvant être décalé d'une trentaine de minutes. Le temps de psychomotricité est assez régulier et permet de donner à l'enfant des repères stables à chacune de nos visites. Nous voyons ici, avec Liam que cette continuité des séances n'est pas toujours respectée. Certains soins semblent avoir du mal à être priorisés par les soignants. Cela crée des ruptures dans la séance qui ne permettent pas à l'enfant de bénéficier du temps qui lui était consacré. Plusieurs points autour de la continuité du rythme sont observables au cours de cette séance. Tout d'abord la séparation entre Liam et son père ne crée pas d'angoisse chez Liam. Je pense qu'il a intégré la présence de son père et anticipe l'arrivée d'un soignant quel qu'il soit. Cela pose question quant à l'identification et à la prosopagnosie que cela entraîne dans les perceptions de Liam. Je me demande si sa passivité au niveau tonique n'est pas un mécanisme de défense mis en place par l'enfant pour pallier l'angoisse de l'étranger ou alors fait-il face à un phénomène d'habituation où son environnement est peu stable, où il rencontre de nouveaux visages de manière régulière sans pouvoir prévoir ce qui va atteindre son corps. Ce phénomène d'habituation peut être un moyen de pare-excitation interne à ses angoisses.

II. Rythme comme support de l'élaboration psychique

a. Moi psychique

Pour D. Marcelli, les macrorhythmes développent les capacités d'anticipation qui soutiennent la première forme de pensée. L'investissement des macrorhythmes et des microrhythmes favorise le passage de la perception à la représentation. Stern décrit dans son livre : *Le monde interpersonnel du nourrisson* (1995), la construction du Moi psychique.

Ainsi il évoque des étapes clés telles que : le sens d'un soi émergeant qui porte sur l'apprentissage par le nourrisson des relations qui existent entre des expériences sensorielles affectant plusieurs de ses canaux sensoriels et l'unique source extérieure émettrice. Le bébé, choisit alors de traiter l'information par un canal sensoriel ou un autre. Cette distinction dans le traitement de la sensation lui permet de transformer les sensations en perception et de créer ses premières représentations. En lien avec mes trois cas cliniques, c'est le sens d'un « soi noyau » qui nous intéressera le plus dans le développement de cette partie sur le rythme comme support psychique.

Le soi noyau témoigne d'une organisation corporelle plus stable que le soi émergeant. Pour accéder au soi noyau l'enfant doit éprouver quatre type d'expériences invariantes dans le temps. Tout d'abord, c'est à cette période que la volonté d'action va se mettre en place l'enfant sera alors maître de sa propre activité. Le corps va petit à petit être perçu comme une unité ce qui va entraîner une cohérence de son moi. La troisième expérience nouvelle est celle de la mise en lien de ses affects suite à diverses expériences. Ainsi il ne fonctionnera plus sur un mode à deux polarités. Puis il va accéder à la permanence de soi qui selon Stern, (1995) est « l'expérience de ce qui dure, d'une continuité avec son propre passé, de sorte qu'on ait l'impression de continuer à exister et même que l'on peut changer tout en restant le même », p.98. Grâce à ces transformations, l'enfant va pouvoir, selon les macro et microrhythmes, structurer ses perceptions suivant son propre rythme. Peu à peu, certains microrhythmes seront anticipés. Dans un dernier temps, grâce à la permanence de soi puis de l'objet qui se mettra en place, l'enfant mémorisera ses variations de la structuration temporelle. Le bébé a besoin d'un lien qui l'humanise, de recevoir la qualité et la continuité d'attention de l'adulte qui exercera en parallèle sa fonction contenante.

b. Émergence des représentations

La naissance des représentations chez l'enfant s'étaye sur la motricité et les perceptions de celui-ci. Dans les tous premiers mois de vie, il lui est impossible de créer des représentations car lui-même n'existe pas en tant que personne mais est selon Marcelli (1985), « un ensemble d'agglomérats ». C'est-à-dire qu'il a une perception morcelée de son corps et les flux sensoriels sont fusionnés à des états affectifs de natures opposées : bons ou mauvais. L'enfant peut accéder aux représentations lorsque la situation dans laquelle se produit l'événement sensoriel ou moteur est contextualisé. D'après Marcelli (1985), c'est grâce au contexte dans lequel se déroule l'événement que l'enfant pourra se remémorer un fait semblable antérieur. Selon Stern, dès l'apprentissage des premiers mouvements, le bébé met en place des capacités d'anticipation et de prévisibilité. De plus parallèlement à la construction de son schéma corporel et au cours de l'expérience, le bébé met en place une « première pensée sur le temps » D. Marcelli (1985), p 415. En apprenant à bouger, l'enfant apprend à penser. L'attention du bébé semble s'élaborer sur son activité motrice. Par cette attention, l'enfant peut intégrer les macrorhythmes qui, suite à leurs répétitions, développent chez l'enfant ses capacités de mémorisation. Mais cette attention peut également émerger des microrhythmes qui créent l'attente et stimulent les facultés de tolérance à la frustration. Le rythme de chaque dyade va ainsi conditionner la capacité de l'enfant à investir le temps d'attente. Ce moment de latence sera l'instant où il mettra en œuvre sa capacité à penser D. Marcelli (1992).

Les représentations vont permettre à l'enfant d'organiser et de lier ces expériences unificatrices de son corps. Ses premières représentations témoignent de sa vie psychique au moment des temps d'interaction mais aussi dans les situations où l'enfant se retrouve seul. Ainsi les éprouvés corporels se transformeront peu à peu en pensées.

Avant sa greffe Liam accédait aux retournements du décubitus au procubitus. Après un long moment de stimulations sensorielles, il commençait à actionner ces retournements et à s'intéresser à son environnement en utilisant sa motricité.

Quelques jours après la greffe, Liam s'est retrouvé dans un carcan hypertonique. Des schèmes d'hyperextension étaient repérables ainsi qu'une appréhension à être touché. Il se

désorganisait très vite et chaque membre restait en contact avec le matelas de manière adhésive. J'avais la sensation que l'opération avait entraîné une bascule vers la régression de son Moi unifié. Chaque partie du corps semblait être détachée de son axe, de telle sorte qu'il se trouvait dans une immobilité et des postures inconfortables. Finalement, une semaine après l'opération, nous lui avons proposé de nouveau une séance au tapis. Ses angoisses autour du toucher étaient toujours présentes mais il a su s'apaiser grâce à un holding physique et psychique très enveloppant. Une fois que nous l'avons placé sur le tapis, sa posture en chandelier est de nouveau apparue instantanément. Le but de cette séance, était de ré-introduire une cohérence au niveau de ses perceptions corporelles ainsi qu'une sécurité interne. La séance s'est déroulée très lentement de manière à ce que Liam explore de nouveau des postures d'enroulement, ainsi que les positions latérales droite et gauche. Le fait de ramener ses membres inférieurs sur son ventre semblait lui plaire malgré l'opération qu'il venait de subir. Il a réussi à détourner son attention en décubitus sur un hochet. En position latérale, le bras libre restait souvent en arrière de l'axe, ce qui provoquait une tension au niveau de l'épaule et ne lui permettait pas d'accéder à une exploration même visuelle de son champ de préhension.

Une semaine après cette séance, Liam est revenu dans le service de gastro-entérologie. La transformation était très surprenante. Il était très actif et initiait lui-même sa motricité. La volonté d'action était repérable. Liam semblait utiliser son corps de manière unifiée et cohérente. Il était alors très souriant.

Cette vignette clinique, montre plusieurs processus de construction de l'instance moiïque. Tout d'abord, je parle de processus car nous pouvons observer que cela peut évoluer dans le sens d'une cohérence du Moi mais aussi régresser suite à des événements autour de l'enveloppe corporelle qui constitue la base du Moi psychique.

Liam est un petit garçon qui, avant la greffe hépatique, malgré une lenteur à l'initiation du mouvement semblait avoir une enveloppe corporelle solide et unifiée. La plupart des flux sensoriels n'étaient pas source de désorganisation. Il y avait une bonne coordination entre le haut et le bas du corps. Nous voyons ici que la greffe hépatique, qui est une chirurgie lourde, a entraîné chez Liam une régression dans sa cohérence physique et psychique. Ainsi, il lui était très difficile de lier ses affects à des événements semblables du passé. L'anticipation n'avait pas lieu. Il semblait se sentir comme intrusé dès qu'un soignant s'approchait de lui pour le mobiliser. Le mécanisme de défense principalement mis en place par Liam était alors une décharge tonico-émotionnelle, se traduisant par des pleurs, ainsi qu'une rigidité de tout son corps. Il a fallu qu'il intègre de nouvelles sensations, qu'il puisse faire face à ses angoisses de morcellement pour redonner de l'espace à ses pensées. Cette régression psycho-affective

témoigne du besoin de Liam à revenir aux interactions des premiers instants avec une dépendance totale à ses parents pour jouer le rôle, notamment de pare-excitant. Le temps post greffe est extrêmement important. La psychomotricienne a un grand rôle à jouer à ce moment là pour redonner à l'enfant les appuis psychocorporels nécessaires afin qu'il ne se perde pas dans des sensations qu'il ne peut transformer et lier aux situations passées. Un des enjeux majeurs est de lui transmettre de nouveau une perception positive de son corps. Cela a pu être surmonté par Liam notamment grâce à l'équipe soignante de l'unité de soins continus qui a exercé des gestes adaptés au niveau rythmique de Liam mais aussi grâce au holding et handling menés par les parents de manière continue et soutenus par la psychomotricienne. Le fait que Liam présentait une bonne structuration au niveau de son schéma corporel avant la greffe lui a permis de récupérer assez rapidement ses capacités d'actions, de relations et de pensées. La construction du Moi psychique est rythmée par des événements plus ou moins traumatiques au niveau corporel qui induisent ce processus d'intégration ou non des affects et de la permanence de soi en tant que personne.

III. Approche relationnelle du rythme

a. Instrument de partage : intersubjectivité

Selon S. Robert-Ouvray (2010) : « Les rythmes biologiques et relationnels sont dotés d'une qualité de plaisir, la périodicité et l'organisation dans le temps qui assure un sentiment de continuité de vie ». Lorsque les périodes absence/présence de la mère sont assurées ce rythme a une fonction de sécurité intégrative pour l'enfant. Pour B. Golse (2008), l'intersubjectivité permet de découvrir l'autre dans un registre d'expériences sociales. Le lien interpersonnel constitue dans un premier temps pour Stern, la régulation par autrui de nos expériences. Cette régulation passe par les interactions mère-bébé. Celles-ci fonctionnent selon un accordage plus ou moins ajusté de la part de la mère. Mais l'objectif est de trouver le rythme qui permettra de créer une rencontre intersubjective entre l'enfant et sa mère. Il s'agit là d'un partage d'expériences subjectives. Selon A. Ciccone (2007), la dysrythmie de ces interactions est normale car « une mère suffisamment bonne est une mère aux trois quarts mauvaise », p24. L'intersubjectivité s'applique dans la relation parent-enfant mais aussi soignant-enfant. Il s'agit de partager des expériences affectives et émotionnelles. Pour pouvoir le faire, le rythme a une place centrale. Par des ajustements tonico-émotionnels, il doit permettre d'élaborer petit à petit un rythme commun amenant à la compréhension et au partage de ses propres affects comme ceux de l'autre. L'intersubjectivité est une des clés pour l'enfant qui lui permet de se

différencier de l'autre dans un processus dynamique. Celui-ci s'entend comme le fait, d'alterner entre des moments de partage intersubjectifs primaires mais éphémères dans un premier temps et des moments d'indifférenciation. Peu à peu ces premiers moments d'intersubjectivité pourront se stabiliser dans le temps et prendre le dessus sur les instants d'indifférenciation, Golse (2014). En conséquence, cela permettra à l'enfant de devenir progressivement une personne grâce à l'échange entre lui et autrui.

Lors de mon stage j'ai eu la chance de suivre une infirmière accompagnée d'une aide soignante pendant leur temps de travail, pendant un après-midi. J'ai alors assisté au goûter de Thibault en présence de ces deux soignantes. Cela n'était pas un temps de psychomotricité, je ne me suis donc pas permise d'intervenir tout de suite. Ma posture était surtout celle d'observatrice.

Lorsque nous sommes entrées dans la chambre, Thibault était seul sur son tapis (ce qui est assez rare, car les enfants sont automatiquement remis dans leur lit lorsqu'ils sont seuls). Chacune d'entre nous, nous installons dans la chambre. Ce qui est très intéressant c'est la façon dont chacune de nous prend place dans la rencontre avec Thibault. L'une est restée debout et s'est dirigée vers le monitoring pour vérifier les constantes puis s'est adressée à la seconde infirmière. La seconde soignante, s'est maintenue également debout mais s'est penchée au-dessus de Thibault pour lui dire bonjour. Intuitivement je me suis assise au tapis et me suis penchée pour entrer en contact avec l'enfant. Puis l'une des infirmières s'est assise sur une chaise et m'a demandé de prendre Thibault sur mes genoux (je me trouvais toujours assise au tapis). Elle souhaitait lui donner un peu de compote avec une cuillère.

Aucune de nous deux n'étaient correctement installées pour entrer dans une relation assez sécurisée pour partager un vécu corporel positif avec Thibault. Celui-ci s'est rapidement désorganisé. Nous observons un retrait, des postures en hyperextension et des pleurs.

J'ai proposé à l'infirmière de l'installer dans une chaise haute ou sur elle. Elle a préféré l'installer sur ses genoux. Thibault pouvait observer son environnement mais n'avait aucun contact visuel avec l'infirmière qui réessayait de nouveau de lui administrer une cuillère de compote. La seconde infirmière était assise au sol face à Thibault.

Finalement, elles ont fini par abandonner le goûter et ont décidé de jouer avec Thibault à un jeu de « toboggan » où la première soignante le faisait glisser sur ses genoux tandis que la seconde soignante, produisait des gestes et des bruits accompagnant le mouvement. Ce moment de goûter s'est terminé de manière très rapide, les infirmières ont rempli leur mission d'essayer

de donner quelques cuillères à Thibault (ce qu'elles ont pu retranscrire dans les transmissions), l'enfant a été installé dans son lit et elles sont reparties.

Je souhaite rappeler que Thibault est un enfant présentant des troubles de l'oralité importants, il est nourri par nutrition parentérale et ne supporte pas que l'on s'approche de la zone orale. Des réactions d'hyperextension importantes sont présentes à chacun des repas ainsi qu'une mise en tension de tout son corps face aux diverses sensations. Le moment du repas ou du goûter est très difficile pour les parents comme pour les soignants.

Il me semble qu'avant même notre entrée dans la chambre, les soignantes utilisaient déjà un mécanisme de défense pour se détacher de ce que Thibault allait leur projeter pendant cet échange. J'ai eu le sentiment que la première soignante qui s'est dirigée vers le monitoring cherchait à se rassurer avec une action automatique et rassurante pour elle, en oubliant quasiment l'enfant à ce moment là. Au fil de ce temps du goûter j'ai discuté avec elles autour des troubles de l'oralité de Thibault, ce qui était possible de proposer pour éviter qu'il se désorganise et que la cuillère en plastique n'était peut-être pas l'instrument le mieux adapté pour le moment. J'essayais de leur proposer des alternatives afin qu'elles ne se sentent pas jugées mais plutôt de leur donner des ressources face à des situations difficiles comme celles-ci. Nous avons également échangé autour de l'installation pour que Thibault puisse profiter d'un réel échange positif et humanisant.

Ici nous voyons que l'expérience subjective de chaque protagoniste ne peut induire une relation stable permettant à Thibault de créer des ponts entre la situation, ses affects et autrui. Cependant, nous observons l'évolution du comportement de l'infirmière qui a proposé ce goûter à Thibault. Malgré la complexité de la situation, elle a tout de même essayé de s'ajuster avec ses propres moyens. Tout d'abord, assez mécaniquement elle lui propose la cuillère en plastique, qui était inadaptée au vu des troubles de l'enfant. Elle était trop volumineuse et donnait à Thibault un sentiment d'intrusion. Par la suite, elle accepte de le prendre sur ses genoux. Cependant, en tournant Thibault vers la seconde infirmière, elle se protège toujours du contact peau à peau ou œil à œil, pouvant la mettre face à « l'échec » de ne pas remplir sa mission pour laquelle elle est entrée dans la chambre de ce patient. Face aux difficultés rencontrées et aux états toniques de l'enfant, elle décide d'arrêter le goûter pour débiter un jeu de quelques minutes avec l'enfant. Même si cette activité n'était pas très adaptée par rapport à la situation, elle a tout de même permis à Thibault de s'apaiser et de retrouver un état émotionnel satisfaisant l'amenant à une détente corporelle. Le temps du jeu a amené Thibault ainsi que les soignantes à réguler leurs angoisses face à la situation du goûter. Ce jeu du toboggan sur les corps de l'infirmière montre déjà un investissement corporel de la part de celle-ci et met également en évidence la créativité de ces soignantes pour ne pas laisser l'enfant dans un état

de mal être. Finalement en adaptant leur projet à l'enfant, elles ont pu s'accorder un temps avec l'enfant sans le déshumaniser suite à ce goûter.

b. Soins de maternage : soignant-enfant

La mise en place d'infirmière référente pour l'enfant permet de limiter le trop grand surmenage pour celui-ci de nouveaux visages et de nouvelles interactions. Il est difficile pour l'enfant de créer une représentation d'être avec, lorsque ce milieu humain est labile et imprévisible. En ce qui concerne le soignant, certains bébés sont l'objet d'un fort investissement. Certains soins de maternages (comme le biberon ou le bain) sont amenés avec autant de prévention et d'engagement que la mère pourrait le faire. Catherine Druon (1989) parle de « parentalité provisoire ». Les soignants doivent par ailleurs assurer correctement leurs actes, qui peuvent être le vecteur de souffrance de l'enfant. Cette ambivalence peut être difficile à gérer. Nous observons chez certains soignants un accrochage à la cadence de leurs actes, à la procédure à tenir tandis que d'autres, peut-être plus expérimentés font face à ces soins techniques à administrer tout en essayant d'amener le bébé vers une sécurité affective et relationnelle qui lui permette de ne pas se désorganiser et d'avoir une figure de référence. Les soignants ne reçoivent pas la souffrance de l'enfant de la même manière. L'identification projective que leur renvoie le bébé peut parfois les mettre en échec dans leur fonction. Certains utilisent alors des mécanismes de défenses pour se détacher de ces situations. Etre uniquement le mauvais objet n'est pas envisageable pour beaucoup de soignants et cela se comprend.

Les premières informations qui arrivent à l'enfant sont issues du monde tactile. En psychomotricité nous essayons grâce, notamment, aux théories de Winnicott sur le holding et le handling, de respecter le rythme primordial de l'enfant. Ce rythme primordial est vécu par le bébé comme une alternance entre la présence et l'absence de l'autre qui s'éprouve dans des phénomènes archaïques de tenu/lâché. Pour transmettre au bébé une certaine continuité d'existence il est nécessaire que cette alternance tenu/lâché soit prise en compte pour rétablir un vécu d'unité. Ainsi, pour éviter d'intruser l'espace interne du bébé dans une dystimulation, il est nécessaire que les soignants puissent s'adapter au rythme de l'enfant, souvent lent, sans lui transmettre un vécu d'intrusion de son rythme par le rythme de l'autre, Prat (2007). Ce langage corporel par le toucher permet la communication des affects les plus primitifs.

Dans cette vignette clinique, je décrirai la dernière séance de psychomotricité que j'ai menée avec mon maître de stage auprès de Mayssa, décédée le 13 mars 2017. Ce jeudi-ci se tenait une réunion éthique autour du cas de cet enfant sur l'arrêt ou la poursuite des soins. Je n'ai malheureusement pu assister à ce STAFF ; malgré cela j'ai pu en avoir des retours. La décision

collégiale a statué l'arrêt des soins et la mise en place des soins palliatifs. La séance de psychomotricité, s'est donc déroulée le jeudi matin. Lorsque nous sommes arrivées dans sa chambre, Mayssa était dans son lit et semblait très inconfortable. Elle était en hyperextension, ses membres périphériques étaient collés au lit. Elle semblait nous manifester sa douleur également par des pleurs. La psychomotricité, dans son approche globale, permet de donner à l'enfant un vécu positif de son corps.

J'ai donc pris Mayssa dans mes bras et tenant compte des aspects que Winnicott décrit comme le holding. Il n'a pas été simple au départ d'ajuster ma posture exactement aux besoins de Mayssa. Je sentais que des micro-ajustements étaient sans cesse nécessaires pour réussir à la contenir de manière assez sécurisée pour qu'elle s'apaise. Dans un premier temps, je suis restée un peu debout et j'ai essayé de lui donner un arrière fond stable en la maintenant contre mon buste puis en faisant de petits mouvements de balancements. Si je reprends les termes Bullingériens, j'ai tenté d'offrir à Mayssa une perception aussi fine possible de ses différents espaces l'aidant à se sentir exister. Dans ce portage, j'ai favorisé des postures en enroulement pour la regrouper autour de son axe. Ainsi, cela lui donnait une idée de son poids (qui n'était que de trois kilos). Mayssa a alors pu ramener ses doigts au niveau de sa bouche, ce qu'elle utilisait très régulièrement. J'ai donc observé que la contenance que je lui offrais à ce moment là lui permettait de se réorganiser.

Puis je me suis assise sur un fauteuil, pour pouvoir réguler mon tonus afin de ne pas lui transmettre les crispations qui pouvaient apparaître dans le haut de mon corps. Ce changement de posture a gêné Mayssa qui s'est de nouveau crispée et s'est mise à pleurer. Puis grâce à l'aide de mon maître de stage qui m'aidait à trouver mes propres appuis, j'ai pu reprendre le bercement de cette petite fille. Le dialogue tonique me semblait extrêmement fort. J'avais besoin de penser à ne pas me crispier car Mayssa me transmettait par des micros-mouvements chaque variation de mon propre état tonique. Nous sommes restées une quarantaine de minutes sur ce fauteuil. J'accompagnais ce portage de chansons pour créer une enveloppe sonore stable et différenciée des bruits du monitoring ou des discussions entre soignantes dans lesquels Mayssa baignait.

J'ai senti un réel apaisement dans le corps de Mayssa, cela lui a même permis sur la fin de la séance d'échanger quelques regards avec moi. La séance s'est interrompue lorsque je sentais qu'elle s'endormait assez profondément. Je l'ai donc replacé dans son lit à l'aide de cocons et de couvertures pour ne pas perdre cette position en enroulement et les sensations internes qu'elle a pu retrouver lors du portage.

Au moment où j'ai reposé Mayssa dans son lit j'ai eu le sentiment étrange de lui dire au revoir pour la dernière fois. Cet échange tonico-émotionnel qui n'a duré qu'une quarantaine de minutes a été assez fort pour ressentir une forme de lâcher prise après l'avoir tenue plusieurs

minutes dans mes bras. Je pense que la psychomotricité a été une aide précieuse à ce moment là pour Mayssa pour ne pas être envahie par la douleur mais également par ses angoisses archaïques d'effondrement ou de morcellement (c'est ce que m'a évoqué sa posture lorsque nous sommes entrées dans la chambre). Nous avons tenté de prendre, le temps d'un instant, le rôle de la mère utilisant son rôle de pare-excitation. En respectant le rythme interne de Mayssa, j'ai pu réguler le mien et lui laisser ressentir ma disponibilité et ma présence pour elle. L'apaisement que j'ai senti chez Mayssa en la reposant dans son lit m'a laissé penser qu'elle allait partir mais que son enveloppe corporelle était assez solide pour la maintenir dans une sécurité tonique et affective.

Sa maman est arrivée quelques heures après l'annonce du passage en soins palliatifs. Elle a été extrêmement ajustée et présente pour sa petite fille afin de l'amener le plus sereinement vers son destin.

c. Interactions parents/enfants

Les interactions précoces sont fondamentales pour le bon développement psychocorporel de l'enfant. Nous pouvons distinguer trois niveaux d'interactions.

Les interactions comportementales concernant le holding de Winnicott ainsi que le dialogue tonique d'Ajuriaguerra. Ce sont les comportements que la maman mettra en place pour s'ajuster toniquement et psychiquement à son enfant. Pour cela tous les sens sont en éveil afin de créer un premier canal de communication entre la mère et l'enfant qui débute dès la naissance par du peau à peau. Les interactions affectives nous renvoient à l'accordage affectif décrit par Stern. Il s'agit là de rendre compte des affects pouvant se dégager de l'interaction. Enfin, les interactions fantasmatiques entrent également en jeu. L'enfant espéré n'est pas toujours l'enfant réel. Cela est un mécanisme présent chez tous les parents. Cependant, lors de l'hospitalisation cette fantasmatisation de l'enfant espéré se rompt brutalement. Le projet de vie familial est alors inévitablement remanié. Ainsi, les interactions fantasmatiques chargent de sens les interactions comportementales. Ces liens d'attachements sont d'une extrême importance. Selon Spitz (1965), des soins purement fonctionnels conduisent à la mort psychique et corporelle de l'enfant. Le bébé a besoin d'un lien humanisant. L'adulte doit exercer une fonction suffisamment contenant et continue pour que l'enfant noue des liens d'attachements stables.

Le monde relationnel de l'enfant à l'hôpital est particulier. Lorsque l'hospitalisation arrive dans la première année de vie, les premières interactions peuvent être entravées pour plusieurs raisons. Tout d'abord, cette hospitalisation implique souvent pour le parent de faire un deuil de l'enfant attendu. Une culpabilité réactionnelle peut être perceptible. Par ailleurs, certains soins corporels peuvent mettre à mal les liens d'attachement parents-enfants, notamment ceux nécessitant une proximité corporelle et un dialogue tonico-émotionnel important, comme le bain ou lors du biberon. Le parent peut se sentir amputé de sa parentalité. Le narcissisme est alors touché et cela peut se retrouver dans les interactions avec leur enfant. Le service permet aux parents d'être présents autant qu'ils le souhaitent auprès de leur bébé. Le fait que la chambre de chaque enfant soit individuelle permet aux soignants de favoriser l'accompagnement des parents pendant les soins nourriciers. Un des parents a également la possibilité de rester dormir auprès de son enfant grâce à un fauteuil convertible installé dans chacune des chambres.

Afin de maintenir ces interactions, une psychologue offre aux parents un espace pour livrer leur souffrance ou leurs angoisses face aux multiples réorganisations nécessaires pour ce bébé malade.

Lorsqu'il y a un frère ou une sœur comme dans le cas de Liam, alors les parents s'organisent tour à tour pour partager leur temps entre la maison et l'hôpital. Je n'ai jamais rencontré la maman de Liam, cependant le papa nous faisait souvent part de ce qu'ils prévoyaient.

Le père de Liam était d'une extrême justesse par rapport aux vécus de son fils. Dès que ce dernier était assez éveillé et disponible, le père le déplaçait au tapis et prenait du temps pour jouer avec lui en s'asseyant près de Liam sur le tapis. Souvent à la fin des séances de psychomotricité, je partais nettoyer le matériel utilisé, ce qui me permettait d'assister de manière informelle à ces échanges très complices. Liam qui était souvent passif avec nous en séance, m'a plusieurs fois surprise à beaucoup gazouiller lorsqu'il jouait avec son père. Cette figure d'attachement était extrêmement importante pour Liam. Cela lui donnait un point de repère stable et rassurant face au rythme effréné des soins qu'il devait avoir mais aussi des nouveaux visages qu'il rencontrait et parfois de son propre rythme mis à mal par des difficultés entre soignant et parent.

En effet, il est arrivé que Liam soit réveillé pour que l'aide soignant puisse lui donner à manger. Le père de Liam se confiait beaucoup à la psychomotricienne. Ce jour-là, il était particulièrement en colère contre les soignants du service qui n'avaient pas, selon lui, respecté l'état de fatigue de son fils. Ce père très investi dans la maladie de son enfant, montrait lui aussi

parfois quelques signes de fatigue face à ce contexte hospitalier qui chamboulait également son propre rythme interne. Il nous faisait souvent part de sa gêne face au fait d'être absent pour son deuxième enfant. La culpabilité chez ce père était présente mais je trouve que cela n'entravait pas sa relation à Liam malgré les difficultés auxquelles ils faisaient face tous ensemble.

Enfin, la seule fois où j'ai vu ce papa rester en retrait par rapport à la séance était lorsque la psychomotricienne a remis pour la première fois après la greffe Liam sur le tapis d'éveil. Il était ému et regardait son fils fièrement. Pour autant, il ne s'est pas mis tout près du tapis comme d'habitude dans le service de gastro-entérologie. J'ai eu le sentiment que toute sa confiance était dirigée vers les gestes de la psychomotricienne qui accompagnait son enfant vers de nouvelles expérimentations corporelles. Il a d'ailleurs souhaité partager ce moment avec sa femme par téléphone en le filmant. Cela montrait une organisation de la cellule familiale tournée vers cet enfant mais unie face à ces bouleversements inattendus.

d. Guidance parentale

La guidance parentale passe par la relation parents-soignants-bébé. Parents et soignants se partagent la parentalité. Le soignant doit assurer les besoins corporels, psychologiques et affectifs du nourrisson mais les parents ne peuvent être remplacés dans le processus psychique de l'enfant. Certaines blessures narcissiques peuvent persister et s'exprimer au travers d'une hostilité à l'égard des soignants. Certains parents, en revanche sont très passifs et acceptent tout de l'équipe soignante. Les angoisses des trois protagonistes sont projetées dans l'autre et risquent d'avoir un impact désorganisateur si elles ne sont pas entendues et contenues.

L'hospitalisation est vécue pour les parents comme pour l'enfant telle une rupture de la temporalité. Les parents peuvent avoir des difficultés à penser à l'avenir de leur enfant. Il y a souvent une remise en question de l'identité familiale. C'est une attaque narcissique importante pour les parents car les projets idéaux sont arrêtés nets. Pour Françoise Dolto (1984), l'image du corps scelle notre lien avec le temps, qui est lié au sujet à son histoire, et qui est le support du narcissisme ».

Nous pouvons retrouver des processus de clivage autant chez les parents que chez les soignants alors même que l'enfant nécessite un environnement stable, fiable et continu. Malgré les mécanismes de défenses que parents et enfants peuvent mettre en place pour conserver leur identité, il est indispensable de considérer le parent comme premier partenaire. Le soignant a alors la tâche difficile de pouvoir recevoir les angoisses parentales et d'exercer ses missions auprès de l'enfant. La guidance parentale des parents passe par l'accompagnement que peut

proposer la psychomotricité en terme d'écoute, d'accueil de la souffrance, de disponibilité et du respect du vécu de chacun. Par ailleurs, il serait intéressant de proposer aux soignants des formations autour du portage de l'enfant, de son positionnement, des interactions précoces afin que leurs propres mécanismes de défenses puissent être parfois mis en réserve pour libérer un espace d'échange plus adapté avec les parents.

Les parents de Thibault accompagnaient leur enfant pour se former à la nutrition parentérale à domicile. La mère et le père ne présentaient pas les mêmes réactions de défenses face à la maladie de Thibault. La maman semblait plus subir et se laisser envahir par ce contexte hospitalier tandis que le papa masquait son anxiété en se montrant très dynamique face aux propositions que nous pouvions lui faire en psychomotricité ou lors de l'intervention d'autres soignants. J'avais l'impression, qu'il tentait de porter psychiquement autant la mère, que Thibault, ainsi il ne devait pas s'effondrer pour ne pas que la cellule familiale tombe elle aussi en morceaux. Malgré cette volonté extrêmement forte, le papa de Thibaut a dû se faire hospitaliser à cause de douleurs au dos très violentes. Nous voyons ici que le corps exprime ce que notre Moi conscient ne veut pas entendre en somatisant ses difficultés.

Thibault présentait donc des troubles de l'oralité très importants. Certaines séances, ont été proposées en présence des deux parents. Souvent la maman se mettait en retrait et n'osait pas participer aux sollicitations péri-orales proposées. Cependant, je me suis posée la question si le fait d'être quatre autour de son fils ne lui donnait pas, par identification projective, un sentiment d'étouffement. Au fur et à mesure la psychomotricienne, l'a invitée à participer à ces sollicitations. Thibault avait beaucoup de difficultés à supporter le passage de différentes matières sur son visage. Mais à partir du mois de novembre nous avons pu introduire dans les sollicitations de la compote de pomme que nous posions délicatement sur ses lèvres. Le fait, pour les parents d'observer de nouvelles capacités et une évolution chez Thibault leur a d'autant plus permis d'adhérer à la psychomotricité. Avant que Thibault sorte de l'hôpital, le 16 novembre 2016, nous leur avons donné quelques jeux de patouilles ainsi que des exercices de motricité globale sur le tapis d'éveil à faire à la maison pour ne pas perdre ses acquisitions.

Cette sensibilisation des parents au travail de la psychomotricité pendant l'hospitalisation de Thibault les a aidés à prendre chaque problème les uns à la suite des autres sans se laisser écraser par leurs angoisses personnelles et familiales. Depuis, ils nous envoient régulièrement des vidéos, où nous observons les progrès de Thibault dans ces activités de patouilles. Certains

ajustements leurs sont parfois conseillés par échange de courriels. Malgré cela, Thibault semble très bien encadré par ses parents qui le soutiennent de manière très adaptée dans son développement et dans la maladie. Aujourd'hui, nous avons constaté qu'il utilise la cuillère et mange quelques purées ou bouillies.

Partie IV : Discussion

I. Impacts du rythme sur l'enveloppe psychocorporelle en construction

a. Temps des enveloppes corporelles malmenées

Afin de construire une enveloppe psychocorporelle assez solide pour faire face aux attaques du monde extérieur et à leurs propres angoisses, les bébés passent par des épreuves corporelles multiples relativement longues à intégrer. A l'hôpital, le corps est soumis aux gestes techniques des soignants. Ces soins peuvent être plus ou moins invasifs. Si cet acte médical doit être répété dans la journée, l'enfant va finir par l'intégrer dans son schéma corporel. Ainsi, certaines zones du corps seront désinvesties par l'enfant et parfois même par les parents. Durant son hospitalisation, Thibault était nourri par nutrition parentérale avec un cathéter central ainsi qu'une gastrostomie. Au début des séances de psychomotricité, ses parents n'osaient pas le positionner en procubitus. Nous pouvons penser que l'image de l'abdomen (comportant des cicatrices dues aux opérations, la gastrostomie au niveau du bas ventre et le cathéter sur le thorax) leur renvoyait une impression de douleur. Ainsi, nous entendions leurs appréhensions quant à l'appropriation négative et douloureuse qu'ils se faisaient du corps de leur enfant.

En ce qui concerne le vécu corporel de Mayssa, Thibault et Liam, nous avons pu voir au cours de ce mémoire, qu'une problématique commune les rassemblait : celle de l'atteinte de leur enveloppe corporelle à un certain moment de leur hospitalisation. Je vais tenter de faire le lien entre les failles de leurs enveloppes corporelles et leur développement psycho-affectif.

Commençons par Mayssa, cette petite fille est arrivée dénutrie dans le service avec de très lourds retards psychomoteurs. Son espérance de vie était faible. Sa peau était aussi fine que celle d'un nouveau-né. Son poids ne lui permettait pas de recruter son tonus afin d'explorer son corps, ne serait-ce que ses mains. Mayssa réussissait tout de même à amener ses mains à la bouche. Elle s'y accrochait même constamment pour tenter de faire face à ses angoisses. Tout le travail en psychomotricité s'est majoritairement tourné vers le soutien de son enveloppe corporelle afin qu'elle puisse percevoir des stimulations positives de son corps. Le toucher est le premier sens mis en éveil in-utéro. Pour cette petite fille qui est restée à un stade de développement très précoce, nous nous sommes tournées vers l'appropriation de ses sensations par un toucher contenant et de nombreux portages. E. Bick a élaboré la notion de « première

peau ». Pour cet auteur, la peau est une limite et « la fonction interne de contenir les parties de soi dépend de l'introjection d'un bon objet externe éprouvé comme capable de contenir les parties du corps »¹². Le bon objet pour Mayssa était sa main droite à laquelle elle s'agrippait pour pallier ses angoisses. D'après E. Bick, cette fonction d'enveloppe de la peau crée parfois une « seconde peau ». Celle-ci, d'après A. Ciccone (2001) peut entraîner une « pseudo-dépendance » envers l'objet.

Dès que Mayssa était mobilisée dans son lit, son unique moyen de se rassembler était d'amener ses doigts à la bouche. Régulièrement sa saturation en oxygène diminuait pendant les transferts et cela se voyait nettement sur sa peau marbrée. Au fil des séances nous essayons, dans un travail pluridisciplinaire avec l'ergothérapeute, de l'installer dans des positions d'enroulements suffisantes pour qu'elle puisse trouver des points d'appuis physiques dans un premier temps puis psychiques assez stables. Le concept du Moi-peau décrit par D. Anzieu, étaye notre pratique auprès de Mayssa. D. Anzieu (1995) désigne par le Moi-peau « 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 » (p.327). L'enveloppe corporelle de Mayssa que nous pourrions décrire comme friable d'apparence était également atteinte par les perfusions. Les soignants avaient beaucoup de mal à trouver une veine où la perfusion résisterait. Parfois, ils n'avaient d'autres choix que de la perfuser du côté de sa main droite qu'elle ramenait le plus souvent vers la zone orale.

Ici nous nous apercevons qu'il semblait difficile pour Mayssa de se sentir contenue par sa propre enveloppe. Au niveau psycho-affectif, Mayssa était souvent seule et échangeait peu de contacts avec les soignants. Elle faisait face à des angoisses extrêmement fortes sans pouvoir être suffisamment contenue par une figure maternelle stable. Il paraissait difficile pour Mayssa de créer une enveloppe psychocorporelle unifiée, du fait de la représentation de son Moi morcelé et très peu contenu.

Thibault a subi de multiples opérations (décrites lors de son anamnèse). Ces chirurgies lourdes ont laissé des traces sur ses attitudes corporelles, son acceptation plus ou moins difficile de certaines positions et sur la découverte limitée de son corps.

¹² Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : Volume 3, Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce, p.326

Chez cet enfant, l'addition des trois chirurgies et de la nutrition artificielle, entraînait une attitude globale en hyperextension, une hypertonie de fond sur l'ensemble de son corps ainsi que des troubles de l'oralité importants. Pour lui, le temps de l'hôpital ne lui a pas permis de se construire selon des schèmes d'enroulements conduisant à une motricité harmonieuse ainsi qu'à une découverte plaisir de son corps. Cette construction corporelle en hyperextension est le signe de plusieurs réactions face aux soins mais aussi à la perception de son corps qu'il ne réussissait pas à unifier par manque de solidité de son axe. Thibault a subi le rythme hospitalier et s'est créé une carapace tonique l'aidant à supporter les changements de service, de soignants et les interventions médicales. Ces changements d'espaces n'ont pas facilité la mise en place des macrorhythmes, nécessaires à Thibault pour anticiper certains actes répétitifs et de s'inscrire dans une continuité d'existence. Les troubles de l'oralité découlent probablement des multiples interruptions puis reprises alimentaires ainsi que du clivage que Thibault faisait entre la capture des objets et l'exploration par la zone orale, d'après les concepts introduits par A. Bullinger. En effet, le relais par la zone orale n'était pas très présent. D. Anzieu nous parle d'enveloppe de souffrance. Pour lui, il s'agit de l'échec identificatoire du bébé à sa mère pendant les interactions précoces. Chez Thibault, malgré la présence de ses parents durant son hospitalisation, ils ne pouvaient répondre à l'ensemble de ses besoins de base car ils étaient eux-mêmes limités par les contraintes familiales engendrées par l'hospitalisation. D'autre part, D. Anzieu poursuit par le fait que cette enveloppe de souffrance naît de « l'insuffisance de la peau commune ». Ce qui signifie, que le bébé n'a pu investir un nombre suffisant de repères pour se sentir être. Les expériences corporelles de Thibault, durant le début de sa vie à l'hôpital l'ont progressivement amené vers un corps qui ne le satisfaisait pas au niveau de ses repères et qu'il utilisait comme contenant sans pouvoir exprimer le contenu de sa pensée de manière adaptée dans sa motricité et ses postures. Nous avons d'abord dû effectuer un travail sur son enveloppe de souffrance (hypertonicité, diminution des irritabilités sensorielles) pour pouvoir lui permettre d'associer de nouvelles représentations à un vécu plus positif de son corps.

Le vécu corporel de Liam est encore très différent de celui de Mayssa et Thibault. Comme inscrit dans son anamnèse Liam a subi une opération des voies biliaires qui a échoué lorsqu'il était âgé de deux mois. Les médecins l'ont laissé sortir avec une nutrition entérale. D'après ses parents, Liam prenait ses biberons mais celui-ci était sujet à de nombreux vomissements. Ces régurgitations créent des sensations corporelles très désagréables et peuvent entraîner un refus de soins nourriciers chez l'enfant. Du fait de ne pas recevoir les apports nutritionnels nécessaires à son bon développement, Liam est arrivé dans le service avec un

retard de croissance staturo-pondérale qu'il a compensé par la suite grâce à l'installation de la nutrition parentérale. Ces premières expériences de vie, nous indiquent déjà un vécu assez négatif de son corps. Tout au long de ce mémoire, j'ai décrit Liam comme un enfant très passif et dans une attitude globale hypotonique. Je pense que la confrontation de Liam à des expériences de déplaisir et d'intrusion de son enveloppe corporelle l'ont conduit à utiliser un moyen de défense lui permettant de se mettre en retrait face à ces dystimulations corporelles. Lors du temps pré-greffe, les séances de psychomotricité, nous amenaient progressivement à observer une construction de son axe en enroulement, il commençait à initier les retournements et acceptait le procubitus assez longtemps pour découvrir progressivement ses appuis au niveau des mains. Nous avons l'impression que ses enveloppes corporelles étaient suffisamment présentes et intégrées pour qu'il puisse les lier à la satisfaction de ses besoins de base assurée par ses parents.

Le temps post-greffe, par contre, a montré une régression dans les acquisitions et l'atteinte de son enveloppe corporelle était flagrante. Liam ne supportait pas d'être touché et avait une extrême appréhension des soignants qui s'approchaient de lui. Cela le mettait dans un état de crispation très important. Nous retrouvions des postures en chandeliers et les membres inférieurs ne se décollaient pas du matelas. La psychomotricienne du service d'unité de soins continus a tenté de lui donner le moyen de se rassembler mais cela était extrêmement difficile du fait des appréhensions tactiles de Liam. Cela nous montre à quel point la multiplicité des opérations et des vécus d'intrusions créent des vécus traumatiques chez ces jeunes enfants.

Malgré ces expériences, Liam présentait globalement de bonnes capacités posturo-motrices compte tenu de son âge avant la greffe. Avec un grand soutien de l'équipe et des psychomotriciennes, il a récupéré au bout de quelques semaines une motricité harmonieuse. Il se montrait beaucoup plus volontaire et intéressé par son environnement. Malgré des postures en retrait dans certaines situations de soins, Liam présentait avant la greffe une bonne structuration de ses enveloppes corporelles. Ainsi, malgré la chirurgie lourde qu'il a vécu, il a pu surmonter ses appréhensions d'intrusion pour recréer une nouvelle enveloppe psychocorporelle plus solide, moins soumise aux agressions extérieures, lui permettant de se libérer de ses craintes d'être attaqué. Liam nous a prouvé à quel point l'enfant bien entouré pouvait développer des ressources pour surmonter ces vécus d'un corps en souffrance, tout en les intégrant dans leur image corporelle.

Le passage de l'enveloppe corporelle à l'enveloppe psychocorporelle est difficile à évaluer et est propre à chaque enfant. Cependant, nous observons que malgré les traumatismes présents lors de l'hospitalisation sur les enveloppes corporelles, si l'environnement de l'enfant respecte suffisamment son rythme et s'ajuste au plus près de ses besoins, alors l'enfant peut commencer à mêler ses représentations à son vécu corporel. Si les enveloppes corporelles sont fragiles à la base et ne sont pas assez unifiées alors il semblerait que l'enveloppe psychocorporelle comporte des failles pouvant évoluer et engendrer des répercussions dans le développement psychomoteur ultérieur de l'enfant.

b. Incidences du rythme des soins sur le jeune enfant

Le rythme des soignants est lié à des protocoles de soins précis à suivre minutieusement. Leur rythme est également soumis à l'alternance de travail de jour et de la nuit. D'autre part, ils respectent les exigences de l'unité en s'adaptant aux objectifs de soin au moment de leur présence. Je nomme « soignants », le personnel hospitalier présent pour l'enfant de manière très régulière au cours d'une journée, c'est-à-dire les infirmiers, les puéricultrices, les aides-soignants.

J'ai pu suivre Sophie, infirmière, au cours d'un après-midi de travail. Je me suis alors rendue compte de la multiplicité des tâches qu'elle doit traiter. Cela va des transmissions entre équipes, aux écrits à rédiger jusqu'aux soins (parfois d'urgences) à administrer aux patients. Sophie me parlait d'un après-midi « calme », alors que nous ne nous sommes quasiment pas assises. Il est vrai que les enfants ne nécessitaient pas de soins d'urgences, mais pour autant elle n'avait pas le temps de prendre une pause. J'ai pris conscience de l'importance d'une organisation minutieuse de leur temps de travail. Il arrive dans le service, que des examens complémentaires doivent être réalisés sur un patient, ce qui engendre pour elles un travail supplémentaire en dehors de ce qui pouvait être prévu. Leurs capacités d'adaptation aux situations sont remarquables. Cependant, il me semble que la technicité des soins les enferme parfois dans l'action du soin, c'est-à-dire le « faire » et laisse peu de place à la notion « d'être » auprès du patient. Au niveau de son rythme, elle m'a indiqué que celui-ci était plus soutenu lorsqu'il y avait de nouveaux entrants ou des sortants.

Au cours de mon stage j'ai également observé d'autres soignants être pris dans la réalisation de leur action, en réveillant l'enfant pour lui donner son repas, alors que celui-ci présentait des troubles de l'oralité et n'absorbait quasiment rien par la bouche. Je me suis, alors demandée si certains soignants ne tentaient pas de s'éloigner d'une certaine culpabilité (consciente ou inconsciente) en se réfugiant dans les actes à effectuer.

Lors d'une séance de psychomotricité, nous avons été interrompues par une infirmière souhaitant prendre la glycémie de Liam. Le cadre de la séance était atteint, nous en avions conscience mais dans ce contexte le poids de l'institution est supérieur à nos possibilités d'exigences. Nous étions sur le tapis d'éveil lorsque l'infirmière est arrivée et nous a demandé de le placer sur son lit pour prélever du sang au niveau de son orteil. Liam, qui était particulièrement calme pendant la première partie de la séance de psychomotricité, a commencé à se désorganiser lorsqu'il s'est retrouvé dans son lit avec l'infirmière à ses côtés. Il s'est alors mis en hyperextension, ses hanches étaient en adduction et les bras en chandelier. Il pleurait énormément alors même que le soin n'avait pas commencé. Nous observions une tension interne extrêmement forte. Nous avons tenté de l'apaiser en le sécurisant au niveau de ses appuis et de lui donner une contenance. L'infirmière n'a pas attendu que Liam puisse se rassembler et se sentir en sécurité, que son prélèvement était déjà effectué. Face au comportement de Liam, nous avons senti que l'infirmière a choisi d'accélérer son geste afin de terminer plus rapidement. D'une certaine façon, elle pensait bien « faire » en disant par la suite à Liam qu'elle « ne l'embêterait plus ». La notion de culpabilité du soignant m'est apparue à ce moment-là. Je sentais que l'infirmière souhaitait simplement réaliser cette prise de glycémie pour le bien de Liam. Cependant la manifestation corporelle très forte qu'il a exprimé dès l'arrivée de l'infirmière à ses côtés, a été source d'anxiété pour elle qui s'est sentie contrainte d'accélérer ses gestes. Je pense qu'elle n'a peut-être pas non plus profité du fait que la psychomotricienne soit présente pour attendre que Liam s'apaise et se sente sécurisé pour pouvoir conserver un rythme plus lent pour ce prélèvement.

Lorsque les soignants sont pris dans le rythme soutenu de l'institution, il leur est difficile de se poser pour s'adapter au rythme de l'enfant pris en charge. Lors de cet après-midi auprès de Sophie, j'ai bien observé qu'elle gardait à l'esprit la nécessité d'effectuer le soin pour le bien de l'enfant. L'espoir qu'ils ont dans la guérison du bébé leur permet de surmonter émotionnellement, leurs gestes parfois intrusifs qui désorganisent

corporellement l'enfant. Si l'on reprend la notion de dialogue tonique de J. de Ajuriaguerra (1989), il évoque l'idée qu'on ne peut toucher sans être soi-même touché. La question que je souhaite soulever à présent est la place du soignant lorsque le parent est absent. Le bébé est soumis à de nombreuses expériences sensorielles et émotionnelles. Parfois la mère ne peut être présente pour satisfaire les besoins de bases de son enfant et lui permettre de comprendre le monde, notamment par le mécanisme des boucles de retour introduit par la théorie de G. Haag. Les questions suivantes se posent alors : comment l'enfant peut-il faire face à cela et quel est le rôle du soignant ? Quels temps et moyens trouvent l'institution pour suppléer au rôle de la mère ?

Les soins peuvent être difficiles à réaliser et projettent aux soignants des images et des ressentis plus ou moins faciles à recevoir. Cependant, j'aimerais soulever une de mes interrogations quant aux techniques des soins en binôme. Si nous reprenons l'exemple clinique de Liam, nous pouvons imaginer que cet acte aurait pu se réaliser dans de meilleures conditions si chacun avait écouté le rythme de l'autre pour s'autoréguler. Ces soins à quatre mains existent dans d'autres services mais ils ne sont pas systématiques dans le nôtre alors même qu'ils auraient toute leur place. J'ai pu observer des soignants travailler en binôme au cours d'un soin sur le cathéter d'une patiente. Leur complémentarité n'était pas dirigée vers la patiente mais sur la technique. L'une s'occupait de faire circuler les instruments pendant que la seconde réalisait l'acte.

Dans mon idée de soin à deux professionnels, il s'agirait plus de créer un environnement contenant et sécurisant pour l'enfant avant, pendant et après le soin. Il s'agit là de réguler les rythmes internes des soignants et du patient. Si ce dernier se sent en sécurité, sa désorganisation corporelle sera beaucoup moins massive et le contexte autour de ce soin sera moins anxiogène pour chaque personne. Ainsi le soignant pourra effectuer ses gestes de manière plus lente, plus précise sans subir une grande culpabilité ou une angoisse. Le temps passé par le soignant dans la chambre de l'enfant, ne serait probablement pas allongé mais raccourci car cela éviterait parfois des décompensations de l'enfant. Adapter le rythme du soignant au rythme de l'enfant est difficile dans un service comme celui-ci où les soignants ont de nombreux patients à prendre en charge dans un laps de temps réduit.

La place du psychomotricien dans ce soin à quatre mains permettrait de soutenir au niveau psycho-affectif le soignant dans l'acte qu'il doit réaliser pour le bien du patient. Par ailleurs, cela améliorerait sûrement la qualité du soin qui serait d'avantage pensée pour le

bien-être du bébé et moins dans l'application qualitative d'une technique. Le corps de l'enfant serait alors au milieu du soin plus que l'organisme. Notre formation en psychomotricité nous permet de penser le corps comme une même entité. Par leur propre philosophie ou sous les mécanismes de défenses certains soignants peuvent, pendant le soin, dissocier corps et psychisme pour se détacher d'une part émotionnelle trop envahissante que le psychomotricien pourrait soutenir dans ce type de soin à quatre mains. D'autre part notre participation à ces actes médicaux étayerait encore plus notre place auprès des parents lors des temps de guidance parentale.

c. Effets du rythme hospitalier sur les trois patients

Grâce aux trois enfants que j'ai exposé, j'ai pu appréhender le rythme des soins et l'impact sur celui des bébés. Le rythme hospitalier n'agissait pas de la même manière sur Liam et Thibault.

Chez Liam, le non respect de son rythme se manifestait par un retrait et une passivité au niveau de ses interactions ainsi qu'au niveau de l'exploration de son corps. Les stimulations extérieures trop intrusives sur son corps ont entraîné des irritabilités sensorielles importantes. Après la greffe, son appréhension à être touché le mettait dans un état tonique tel que son psychisme en construction ne pouvait intégrer de nouvelles expériences positives.

En ce qui concerne Thibault, le rythme de l'alimentation était perturbé du fait de la nutrition parentérale. Cela a entraîné des troubles de l'oralité importants ainsi qu'une construction de l'axe sur un mode hypertonique.

La psychomotricité, en respectant le rythme de l'enfant a permis à Liam de dépasser ses angoisses archaïques en intégrant peu à peu une enveloppe solide et sécurisée pour évoluer dans sa motricité. Pour Thibault, le temps de la guidance parentale a été très précieux. Ses parents continuent toujours à proposer des jeux autour de l'oralité en nous transmettant les vidéos. Sa relation à sa famille est tout à fait adaptée et stimulante. Il est tout de même suivi par une psychomotricienne pour travailler sur ses difficultés de régulation tonique.

Quant à Mayssa, la psychomotricité lui a permis de faire face à ses douleurs et à ses angoisses archaïques massives. Par des activités sensorielles et un cadre extrêmement contenant, nous avons tenté de nous adapter à son rythme en pensant ses besoins à chaque

instant. Cette écoute minutieuse des signes qu'elle nous transmettait l'a probablement aidé à partir sans être dans une désorganisation psychique et corporelle intolérable.

Ces trois enfants étaient nourris par nutrition parentérale durant tout leur séjour à l'hôpital. Selon le type de nutrition artificielle (continue ou discontinue), la sensation de faim peut être inhibée. D'autre part, si l'enfant est nourri par une sonde nasogastrique, son vécu autour de la zone orale peut être désagréable. Des irritabilités sensorielles peuvent naître ainsi qu'un désinvestissement de la zone orale par l'enfant.

Thibault est celui qui a le plus souffert au niveau de ce décalage du rythme alimentaire. L'alternance entre la mise au repos de son système digestif et la reprise des biberons depuis sa naissance a entraîné un refus total de se nourrir par voie orale. De plus, nous avons pu observer que le rythme de l'alimentation artificielle avait eu un impact sur son développement psychomoteur. Les irritabilités sensorielles autour de la zone orale chez Thibault mettaient en évidence un vécu corporel négatif.

Lorsque tout va bien, le jeune enfant rythme ses journées grâce à ces temps d'alimentation et d'échange entre lui et sa mère. A l'hôpital, lorsque l'enfant est sous nutrition artificielle, le temps s'intègre différemment dans son développement psychomoteur. Par ailleurs, au-delà de l'absence de sensations d'un corps vide (lorsqu'il a faim) puis rempli (lors de la satiété), cela entrave également les premiers échanges mère-enfant. La mère doit assurer sa fonction de « mère suffisamment bonne », ailleurs que dans le soin nourricier de son enfant.

Les séances de psychomotricité autour de l'oralité permettent de soutenir l'investissement de la zone orale, de diminuer les irritabilités sensorielles de l'enfant et d'accompagner les parents dans le partage d'une oralité plaisir de leur enfant. Cela a été au cœur de nos séances avec Thibault et ses parents.

II. Rythme des parents

a. Parentalité à l'hôpital

L'hospitalisation de l'enfant entraîne un stress et une anxiété mêlés à un sentiment d'impuissance et de culpabilité. Lorsque nous travaillons avec de si jeunes enfants, les parents commencent à construire leur parentalité. Le processus d'être parent peut être mis à mal lorsque le début de la vie de leur enfant ne se déroule pas comme ils avaient pu l'imaginer. Ils peuvent ressentir des sensations d'arrachement, de rupture ou un sentiment d'irréalité. L'objectif en psychomotricité va être de soutenir à la fois l'enfant dans son développement, ses parents en devenir ainsi que les relations s'étayant grâce aux premiers échanges corporels parents-enfants.

Dans le service, les parents partagent la vie hospitalière de leur enfant. Cela permet ainsi de limiter le sentiment de rupture avec le domicile ou la famille. Pour autant, les parents sont vulnérables face à la pathologie de leur enfant, ainsi certains sont plus ou moins présents à l'hôpital. Les parents de Mayssa étaient peu présents pendant l'hospitalisation de leur fille. Le début de vie de Mayssa a été très difficile pour ces parents qui ont eu des jumelles nées à 24 SA. La sœur jumelle de Mayssa est décédée très tôt après sa naissance. L'avis médical de l'époque avait pourtant émis l'hypothèse que Mayssa décèderait avant sa sœur jumelle. Les parents ont eu tendance à investir au niveau affectif, corporel et psychique un peu plus leur seconde fille. Au décès de cette dernière, le papa a mis en place des mécanismes de défenses le conduisant à prendre la décision de ne pas s'attacher à Mayssa et de se consacrer aux autres frères et sœurs. La maman était plus ambivalente, sa culpabilité était palpable, elle semblait être perdue entre soutenir sa fille ou suivre le comportement de son mari pour se protéger de l'éventuel décès de Mayssa. Malgré la présence très partielle de ces parents, j'ai pu les rencontrer une fois au cours de mon stage. J'ai été extrêmement surprise car tous deux se sont immédiatement empressés d'aller au-dessus du berceau pour que la mère puisse prendre sa fille dans ses bras. Tous les trois se sont installés dans un coin de la chambre et nous sentions qu'il était important de leur laisser un espace en famille. Le papa, nous a demandé si sa fille faisait des progrès. La réponse à cette question était très délicate au vu des grandes difficultés à tous les niveaux de Mayssa et de son poids ne lui permettant absolument pas d'évoluer sur le plan psychomoteur. Cependant, j'ai eu l'impression que le papa avait relancé son processus de pensée face à la maladie de sa fille. Au fond de lui, il semblait connaître la réponse mais il déplaçait son angoisse de mort de sa fille sur un autre objet : celle de l'évolution. Ici le rythme de nos paroles et notre posture était extrêmement importants. Nous devions être en position d'écoute et de réception. Ce papa avait besoin que l'on reçoive de manière bienveillante et selon

son rythme à lui ses angoisses et ses doutes. Il était présent pour sa fille et heureux de la voir. Mayssa a très bien reconnu ses parents, ce que nous avons soutenu. Sa tête et son regard étaient dirigés, elle ne pleurait pas en étant sortie de son lit et quelques sourires sont apparus.

Dans cette vignette clinique, nous prenons conscience que le temps est une donnée fondamentale lorsque des situations traumatiques, comme celle-ci, bouleversent le cadre familial. Les parents de Mayssa ont eu besoin d'un certain laps de temps pour se reconstruire personnellement avant de pouvoir assumer leur parentalité. Il ne s'agissait pas d'abandonner leur fille mais l'enchaînement d'événements douloureux semblait avoir arrêté pendant un temps leur processus de pensées. Ils étaient soumis à leurs mécanismes de défense et clivaient leur parentalité avec leurs personnalités d'homme et de femme.

Au fil de l'hospitalisation, les comportements de parents évoluent. Lors de l'entrée dans le service, les parents font souvent face à un stress aigu dû à l'inquiétude quant au devenir de l'enfant. Puis progressivement, l'épuisement émerge. Celui-ci est provoqué par les nombreuses informations, la fluctuation des émotions, l'incapacité et l'impuissance devant la douleur et la souffrance de leur enfant mais aussi le lien avec le domicile et la vie professionnelle remaniée. Certains parents sont absorbés par ce qui arrive à leur enfant et se consacrent entièrement à lui. Le lien avec l'enfant est cultivé minutieusement quitte à parfois s'oublier eux-mêmes.

Tel était le cas du père de Thibault. Lorsque le diagnostic de mucoviscidose a été posé, la famille semblait s'être effondrée et s'est confrontée durement à l'équipe médicale du premier hôpital où il se trouvait. Lors des différentes séances de psychomotricité auprès de Thibault, j'ai pu observer l'investissement du père pour son enfant. Celui-ci était très attentif aux moindres expressions corporelles de Thibault. Il le valorisait beaucoup. Nos conseils d'éveil étaient suivis rigoureusement et parfois trop mécaniquement. Cela fait parti du travail de guidance parentale réalisé par la psychomotricienne du service. Ce papa très adapté dans sa manière d'être à son fils présentait malgré tout quelques failles qu'il tentait inéluctablement de masquer. En effet, son hyper dynamisme et son détachement de ses propres sensations l'a conduit à somatiser ses angoisses et ses craintes en étant hospitalisé d'urgence pour des douleurs au dos intenses. A peine sorti de sa propre hospitalisation, il est revenu s'occuper de Thibault. Sa femme était également présente mais beaucoup plus effacée dans ses relations à son enfant. Je me suis demandée si la place que prenait ce papa auprès de son enfant ne provoquait pas chez sa femme un sentiment de mise à l'écart dans cette relation duelle. Finalement, l'équilibre de la famille était assez préservé car les parents réussissaient à conserver

un espace pour leur couple. La vie de famille à domicile, avec la grande sœur de Thibault, était assurée principalement par la maman.

En ce qui concerne les parents de Thibault, je n'ai pas senti de rivalité entre le père et la mère auprès de l'enfant. Cependant, le père m'a plusieurs fois surprise dans les interactions qu'il pouvait lier avec son enfant malgré la présence de sa femme. J'avais le sentiment qu'ils partageaient leur souffrance autour de la maladie de leur fils et luttaien ensemble contre la désorganisation de la cellule familiale. Mais le père de Thibault tenait à conserver une place très spécifique. Il appréciait de participer aux activités de maternage et en même temps il exerçait une fonction de contenance, auprès de sa femme. Leurs affects autour de la maladie de Thibault circulaient grâce à ces interactions et leur permettaient, selon ce que j'observais d'aller au-delà des sentiments dépressifs.

Il semblerait que ce dispositif de la triade parents-enfant de cette famille, permette à Thibault d'accepter d'être aussi bien avec sa mère qu'avec son père sans vivre la séparation avec son père comme un arrachement. Peu à peu, il réussit à différencier dans le temps et dans l'espace les différents intervenants.

L'hospitalisation est un temps où tous les sens sont perturbés. Les odeurs, les bruits, le langage, les regards sont tous différents du cadre habituel des parents. Ces nouvelles sensations bouleversent les parents accompagnant leur enfant pendant leur hospitalisation. Un certain moment doit leur permettre de s'approprier l'espace de la chambre, le rythme de l'institution et le sens du vocabulaire utilisé.

b. Relation soignant-bébé-parents : naissance d'une triade

Parents et soignants doivent se partager la parentalité. Au-delà des actes techniques à réaliser, les soignants exercent le soin de répondre, à la hauteur de leurs moyens individuels, aux besoins corporels, affectifs et psychologiques du nourrisson. Cela rend alors cette relation parent-soignant vulnérable. Certains parents se réfugient dans les décisions médicales et scrutent l'application de celles-ci par les autres professionnels.

La triade soignant-bébé-parents, est une triangulation où bon nombres d'angoisses circulent et sont projetées dans chaque protagoniste. Les parents et les soignants s'associent à des processus de clivage. Les parents confient leur enfant aux professionnels de la santé. Ainsi,

ils acceptent de passer le relais du savoir et des compétences. Cela n'est pas toujours aisé car ils détiennent tout de même la connaissance profonde de leur enfant et l'hôpital exige d'eux des responsabilités. La parentalité lors de l'hospitalisation est encore plus difficile à construire lorsque le parent doit interagir avec les soignants pour des actes qu'ils auraient pu faire seuls à domicile (comme la toilette par exemple). Cependant, dans le service la plupart des soignants tentent de ne pas trop « faire » à la place des parents. Cela est très positif car la fonction parentale est réhabilitée aux parents. Au niveau narcissique et des premiers liens avec leur enfant cette réhabilitation est très importante. Un des points communs partagé par les parents et les soignants est celui de la volonté du rétablissement de l'enfant malade. C'est un idéal qu'ils cultivent ensemble.

Au-delà de la séparation avec leur enfant, l'hospitalisation met les parents face à leur impuissance et ces derniers projettent leurs attentes à l'égard des professionnels. Ces derniers sont donc investis comme objet d'espoir par les parents mais aussi d'attentes et de résultats. C'est alors qu'un dynamisme s'impose où les projections entre parents et soignants font des aller-retours. Par projection, certaines pensées négatives ne peuvent être transformées par certains soignants de manière à les rendre plus supportables. Les soignants ont bien évidemment leurs limites et sont eux-mêmes pris dans le rythme de l'institution qui ne leur laisse pas toujours le temps de répondre aux besoins de l'enfant et des parents. Les parents peuvent avoir tendance à être dans une ambivalence à l'égard du soignant dans le sens où ils attendent une certaine humanisation des actes auprès de leur bébé et en même temps une infaillibilité quant à la réalisation de leur art.

Le rythme institutionnel met parfois à mal cette relation soignant-bébé-parents. Lors d'une séance de psychomotricité se déroulant avant la greffe de Liam, son père s'est livré à nous suite à un incident entre les soignants et lui. La veille, Liam et son père se trouvaient dans une salle d'attente extérieure au service pour des examens complémentaires lorsque Liam s'est retrouvé en hypoglycémie. Il aurait fait des convulsions et le père se serait précipité pour appeler une infirmière. Malheureusement, elles étaient toutes occupées à d'autres tâches et n'ont pas entendu l'appel de ce papa démuni. Il a alors pris la décision de déplacer son fils sur un brancard trouvé seul. Et c'est à ce moment qu'un soignant est arrivé. Ce père était très en colère contre les soignants qui n'ont pas agi assez rapidement pour prendre en charge son enfant. Cette colère était toujours palpable le jour de notre séance lorsqu'une soignante est venue nous interrompre pour administrer à Liam ses médicaments. Cumulé à cet événement, peu de temps avant, le

papa était toujours remonté contre l'équipe soignante qui s'est permise de réveiller Liam pour le faire manger. Ce papa était dans une relation très proche avec son fils. Le rythme hospitalier était difficile à gérer. Il lui semblait parfois inadapté quant aux besoins de Liam. Par ailleurs, il supportait mal l'attente de la greffe. Le temps lui paraissait extrêmement long et la prévision des médecins quant à la date de la greffe a été repoussée plusieurs fois, ce qui fragilisait les parents de Liam se retrouvant dans un état d'irritabilité importante. Malgré les failles de l'équipe et le rythme hospitalier très différent du rythme connu à domicile, ces parents ont toujours réussi à investir de nouveau l'équipe soignante et à partager l'espoir de la guérison de Liam.

c. Psychomotricité au rythme du corps : un espace intermédiaire pour la triade

Lorsque nous arrivons dans le service, nous mettons à jour la liste des enfants à voir car les entrées et les sorties se font très rapidement. Par ailleurs, certaines interventions chirurgicales entraînent des modifications dans l'organisation du service. Ainsi, une fois que nous avons déterminé la liste des patients à visiter, nous devons nous rendre dans chaque chambre voir si l'enfant est disponible. Certaines séances sont prévues à l'avance avec les parents notamment pour participer aux repas lorsque le patient présente des troubles de l'oralité.

Ce stage m'a permis de me former sur ce que l'on nomme la guidance parentale. En effet, le travail avec les parents est essentiel dans cette fenêtre temporelle où la vie de l'enfant est en danger. Winnicott parlait de « l'espace potentiel ». Cet espace permet de créer des relations entre la mère, le bébé et le thérapeute. La médiation utilisée pour créer cet espace potentiel est le jeu. C'est donc ce que nous proposons en psychomotricité. Un espace où les liens entre chaque protagoniste peuvent s'établir dans le respect du rythme de chacun. Pour les parents, la réalité extérieure est fixe : leur enfant a une maladie somatique avec des troubles associés, ils sont séparés de lui et vivent l'hospitalisation comme un arrachement et parfois comme une blessure narcissique. L'espace de la psychomotricité ne cherche pas à nier cette réalité extérieure. Cependant, en s'occupant du corps de l'enfant, elle tente de l'humaniser sous le regard attentif des parents. Le corps de leur enfant n'est plus uniquement un objet de soin. Il retrouve sa fonction de corps plaisir.

Il arrive qu'à un moment de la séance, le parent nous livre un de ses ressentis vis-à-vis du rythme du service ou d'un événement s'étant déroulé pendant la nuit. Ce type de message

est rarement signalé aux autres soignants. Cela semble anodin, or ces micro-événements (comme rechercher une tétine pendant plusieurs heures la nuit) peuvent créer des tensions à l'intérieur du couple parent-enfant. Je pense que le cadre de la psychomotricité permet d'instaurer ce dialogue entre les parents et la psychomotricienne. Le cadre est assez contenant tant pour l'enfant que pour les parents pour pouvoir se libérer de petits événements qui n'en sont pas. Ils savent que nous pouvons échanger sur l'état de santé de leur enfant mais que nous sommes là avant tout pour développer et soutenir ses capacités psychomotrices.

Les séances de psychomotricité permettent d'offrir un instant où les parents se mettent eux-aussi au tapis en présence d'un professionnel de santé. Le fait de revenir à une posture plus archaïque permet déjà une régression au niveau psychique. Celle-ci amène les parents à observer d'autant plus finement les moindres faits et gestes de leur petit. Les parents nous identifient comme les professionnels qui « ne font pas mal ». Nous avons la chance d'être très souvent bien accueillies dans la chambre par les parents.

Pour Thibault, le père est venu spontanément s'asseoir autour du tapis pour participer aux jeux sensoriels proposés lors des premières séances. Sa maman étant plus effacée ne semblait pas oser s'asseoir. Elle restait dans un premier temps, assise sur une chaise. Petit à petit la psychomotricienne l'a accompagnée à venir prendre place dans notre espace partagé. Cet espace m'apparaît comme intermédiaire dans le sens où il crée un pont entre un espace extérieur représentant la réalité du corps malade et l'espace fantasmatique existant uniquement entre le bébé et sa mère, où le corps est modelé en fonction de l'imaginaire de chacun.

En psychomotricité, nous avons l'opportunité de ne pas avoir un emploi du temps fixe à respecter. La séquentialité des séances est modifiée suivant la présence ou non des parents. Lorsqu'ils sont au chevet de leur enfant, nous leur laissons toujours un espace en début de séance pour nous faire part de leur sentiment vis-à-vis de leur enfant. En fin de séance, deux cas de figures sont possibles. Soit le parent a participé à notre séance et dans ce cas, la guidance parentale a pu se dérouler sur tout ce temps partagé entre l'enfant, nous et le parent. Soit il revient dans la chambre de l'enfant lorsque nous terminons, alors, il s'agit de lui restituer les axes de travail, les progrès de l'enfant et d'offrir un espace d'échange. Du fait de notre liberté d'organisation, il est plus facile pour nous de prendre le temps, d'écouter ce que les parents ont à nous dire sur la relation avec l'enfant, sur leurs ressentis personnels ou tout simplement sur ce qu'ils ont besoin de partager. En partant du jeu et du corps-plaisir, nous humanisons pendant

un temps les regards portés sur le corps de chacun. C'est une façon d'être dans l'ici et maintenant, de taire pendant un moment les angoisses sur le devenir de l'enfant.

La guidance parentale effectuée dans cet espace intermédiaire soutient les parents dans leur fonction et les incite à conserver leur autonomie. Nous pouvons parfois en apportant un transat ou une chaise haute, modifier les comportements des parents avec leur enfant et des parents eux-mêmes. Ils créent, alors, de nouveaux repères propices à instaurer des liens d'attachement sécurisés avec l'enfant.

Par ailleurs, la notion de fin en psychomotricité est extrêmement importante qu'il s'agisse de dire au revoir à l'enfant ou aux parents. La psychomotricienne s'assure que cela soit toujours effectué même si nous apprenons la sortie du patient quelques minutes avant son départ. En ce qui me concerne, il m'est plusieurs fois arrivé, comme mon stage se déroule sur des temps relativement courts, de ne pas pouvoir terminer certaines prises en charge par un temps d'adieux. Je sentais une certaine frustration m'envahir mais j'étais tout de même assurée que le lien avec la psychomotricité avait été réalisé par mon maître de stage. Ainsi les parents et l'enfant repartaient avec des conseils, une orientation si cela était nécessaire et le contact de la psychomotricienne pour ne pas rompre le lien brutalement et rester disponible même à distance. Lorsque les enfants reviennent pour des consultations occasionnelles, la psychomotricienne peut prévoir une séance avant ou après la rencontre avec le médecin pour effectuer un bilan d'évolution sur son développement psychomoteur et ajuster sa proposition d'orientation si nécessaire.

La psychomotricité par son regard transversal permet d'établir une liaison nouvelle entre les soignants, le patient et son entourage. La discussion avec un ou plusieurs soignants se déroule parfois de manière informelle dans le poste de soin ou le couloir. Sinon, nous avons un rôle important à jouer durant les réunions de synthèses autour du patient. Ces réunions médico-psychologiques (appelées STAFF) ont lieu une fois par semaine. La psychomotricienne, avec sa vision globale de l'enfant, participe au projet de soin du patient. Ces réunions permettent également de légitimer la place de la psychomotricité dans un service comme celui-ci. En effet, l'équipe entière participant au STAFF peut se représenter de manière plus concrète le travail de la psychomotricienne. Cela engendre une meilleure cohérence dans le projet individualisé de l'enfant mais aussi dans le lien entre l'équipe et la psychomotricienne. Les relations à l'intérieur de l'équipe sont plus ajustées et les demandes de prise en charge auprès de la psychomotricienne aussi.

III. Mon rythme intérieur

a. Vécu psychocorporel

Je me souviens de mon premier jour de stage. J'étais impatiente de débiter. Tout d'abord j'ai dû courir aux quatre coins de l'hôpital pour aller chercher mes blouses. J'étais assez surprise de voir que les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes ainsi que les psychomotriciennes devaient tous porter une tenue blanche complète. Il arrive souvent que certains professionnels en dehors du service ou les parents nous confondent avec les infirmières. Au fil du stage, je me suis habituée à la porter et je sentais qu'au moment où j'enfilais la blouse j'entrais dans ma demi-journée de travail en tant que stagiaire psychomotricienne. Cet uniforme prenait d'un coup un rôle plus symbolique et me permettait de me poser un cadre à moi-même. La blouse prenait une fonction d'enveloppe me permettant d'assurer ma fonction.

En ce qui concerne notre distinction professionnelle auprès des parents cela était parfois plus compliqué. Il y avait les badges qui étaient censés nous catégoriser en fonction de nos professions mais certains les personnalisent, d'autres les cachent dans leur poche de blouse. Ainsi j'ai mesuré l'importance de la première rencontre avec les parents. Le but principal était de créer un lien thérapeutique mais avant tout nous devons affirmer notre statut de psychomotricienne. Puisque l'habit ne nous distinguait pas, alors il fallait transmettre aux parents un moyen pour nous reconnaître. Cet outil était notre corps. Notre posture lorsque nous entrons dans la chambre n'est pas dirigée de la même manière par rapport aux autres soignants. Nous essayons de faire sentir aux parents notre disponibilité psychique et corporelle pour leur enfant malade et eux-mêmes. Les parents n'avaient aucun mal à nous reconnaître dès la deuxième séance. Je pense que notre regard porté sur l'enfant était moins médicalisé et peut être un peu plus humanisant. Ces échanges non verbaux permettaient de créer une assise pour la psychomotricité dans le service.

Dans les premières semaines, je recevais beaucoup d'informations de la part de mon maître de stage. Elle me sensibilisait aux différentes nutrition artificielles, à la formation de nutrition parentérale à domicile suivie par les parents, aux multiples « branchements » reliés aux patients. Le rythme m'apparaissait tellement rapide que je n'arrivais pas à tout intégrer.

J'avais la sensation que les séances auprès des patients s'enchaînaient très vite.

Retenir le prénom des différents patients était moins évident pour moi que lors de mes autres stages. Malgré ma volonté de « bien faire », je me sentais débordée par le temps des deux matinées qui se déroulaient à grande vitesse. D'ailleurs, dans les premières semaines, lorsque je finissais ma dernière demi-journée, je me sentais vide d'énergie.

J'ai progressivement trouvé un équilibre grâce à mon maître de stage, sur qui j'ai pu m'appuyer. En me voyant évoluer, elle m'a confié de plus en plus de responsabilités que cela soit auprès du patient dans sa prise en charge, dans mon implication avec les parents ou dans l'organisation des deux demi-journées dans le service. Cela a été moteur pour moi de voir les marches de progression. J'ai pu prendre confiance en ma pratique de future psychomotricienne dans un service où le rythme institutionnel entraîne des remaniements permanents avec les patients que nous rencontrons.

En ce qui concerne, les séances de psychomotricité, elles se déroulent de manière ponctuelle et souvent sur une courte durée dans le service. Or notre formation de psychomotricité, aborde la prise en charge en psychomotricité dans une perspective de durée. Elle doit être relativement continue et évolutive dans le temps. Les séances sont souvent programmées à la même heure afin d'essayer d'instaurer des macrorhythmes entraînant une anticipation et une sécurité affective et émotionnelle pour le patient.

Dans le service de gastro-entérologie, les prises en charge au long terme sont extrêmement rares. Il nous arrive de reprendre un suivi en psychomotricité effectué dans une institution extérieure ou bien nous découvrons l'enfant et l'orientons si cela est nécessaire vers un professionnel de santé répondant à ses besoins. D'autre part, la prise en charge dépend de multiples facteurs tels que l'état de santé de l'enfant, son niveau de vigilance, son emploi du temps médical. Il nous est souvent arrivé de prévoir une prise en charge sans que cela ne puisse aboutir.

En ce qui concerne les trois patients que j'ai présenté au long de ce mémoire, nous n'avons orienté que Thibault en orthophonie et en psychomotricité. Suite à sa greffe, Liam s'est libéré de sa passivité et pu explorer volontairement son environnement en utilisant une motricité harmonieuse. De plus, ses parents nous semblaient très adaptés et attentifs à lui offrir de multiples expériences sensori-motrices. Et malheureusement, Mayssa est décédée dans le service.

Un autre aspect du stage qui m'a beaucoup surpris a été l'interruption des séances de psychomotricité par certains soignants. Il s'agissait d'administrer un médicament au patient ou d'effectuer la visite médicale qui chevauchaient notre temps de séance. J'avais l'impression que le cadre de la psychomotricité était malmené tant pour l'enfant que pour moi-même. Le rythme des soignants envahissait tout l'espace du service et j'avais une sensation d'être « en dehors » du rythme institutionnel.

Il a donc été nécessaire que je trouve mon propre rythme pour m'adapter à celui de l'institution et surtout à celui du patient.

b. Rythme corporel personnel

Fraisse P. (1974) nous rappelle que le rythme est une donnée personnelle mais aussi de l'adaptation humaine. Chaque personne a son propre rythme mais doit savoir s'adapter au rythme collectif. Il faut pouvoir s'accorder aux autres sans se perdre soi-même.

Avant ce stage, je n'avais jamais prêté une grande attention à mon propre rythme, même si je m'étais déjà entendue dire que mon rythme était assez rapide. A l'hôpital, le rythme institutionnel bouleverse les rythmes personnels. En effet, cet espace hospitalier est déjà source de modifications de l'état psychique interne des familles mais aussi des soignants par rapport à l'extérieur.

Au début, j'avais tendance à être assez lente lorsque nous prenions en charge un patient. Ces bébés me paraissaient si fragiles emmaillotés dans leurs nombreux fils et coupés de leur domicile. Mon maître de stage m'a amenée progressivement à ne pas privilégier seulement l'aspect relationnel car nous devons faire bénéficier le patient d'une séance qui lui serait profitable à tous les niveaux, tout en respectant son rythme interne. Par ailleurs, la spécificité du service par rapport à mes autres stages a été l'adaptation perpétuelle aux enfants. Le rythme des enfants varie au fil des journées d'hospitalisation, nous ne savions jamais à l'avance l'axe thérapeutique que nous allions travailler. Il était donc nécessaire de bien avoir le profil psychomoteur de l'enfant à l'esprit pour pouvoir nous ajuster au mieux.

J'ai eu besoin pendant un temps, de mettre cette question sur la temporalité de côté et j'ai pu y penser avec plus de recul. J'observais bien que ces bébés malades se fatiguaient

rapidement ou n'étaient pas toujours disponibles lors de notre passage. La priorisation théorique des enfants semble possible mais en réalité notre emploi du temps est bouleversé par celui du patient. L'adaptation est donc le maître mot.

J'ai déjà évoqué, le fait que certains soignants pénétraient dans la chambre de l'enfant pendant la séance. J'aimerais y revenir car mon mémoire découle d'expériences comme celle-ci. Malgré la prévention effectuée par mon maître de stage auprès de l'équipe soignante lorsque nous sommes en séance de psychomotricité, nous avons dû un bon nombre de fois arrêter une séance pour que l'infirmière ou l'aide soignante effectue son acte. Cela m'interpellait, je me demandais si ces soins étaient nécessairement urgents. Les séances de psychomotricité sont assez courtes car les bébés présentent des états de fatigue dus à leur vécu de l'hospitalisation. Je comprends que certains soins d'urgences doivent être réalisés mais ici, il me semble que le rythme du soignant est inscrit dans une logique bien déterminée de « faire » et moins d'« être ou de savoir être ». Dans les premiers mois de mon stage, un sentiment d'intrusion s'invitait en moi à chacune des coupures. Nous ne prenions pas le temps, de passer par une transition entre l'expérience psychomotrice de l'enfant et le soin administré par le soignant. Le rythme de la séance était bouleversé et confondu à celui des soignants. Le rythme de l'enfant était lui aussi désorganisé. En effet, il ne dissociait pas de l'infirmière ou de la psychomotricienne qui lui octroyait le soin. Les expériences psychomotrices antérieures étaient confondues avec l'acte infirmier. La construction des représentations me semble plus difficile à élaborer pour l'enfant dans ces conditions lorsque le rythme institutionnel prend le dessus sur les rythmes personnels sans trouver un point de rencontre où nous pourrions tous nous adapter à l'autre.

Ces coupures de séance se déroulaient souvent lorsque le soignant venait d'arriver dans le service et ne connaissait pas le rôle du psychomotricien. Nous prenions alors le temps de lui expliquer notre place au niveau de l'équipe.

Pour faire face à ce bouleversement rythmique des uns et des autres, il est important de sensibiliser les nouveaux arrivants (internes, infirmières...) à la psychomotricité. Cette petite formation devrait être programmée avec le nouvel arrivant et pourquoi pas lui proposer s'il le souhaite de nous assister pendant une séance pour que ses représentations se concrétisent. Cela affirmerait d'autant plus la place de la psychomotricité dans le service et permettrait de créer un lien direct avec l'ensemble de l'équipe. D'autre part, certaines pancartes sont installées sur les portes des chambres à l'occasion des soins. Pour limiter les atteintes du cadre, en y associant cette sensibilisation sur la profession, l'installation d'un petit panneau restreindrait

probablement les allées et venues.

Ma vision de la psychomotricité s'est affinée au fur et à mesure de mon stage. Ce métier permet avant tout de créer du lien entre les patients, les soignants et la famille. La complexité des vécus psychocorporels empêche parfois le dialogue et chacun se referme sur lui-même afin de trouver un moyen de se protéger de l'impact que peut avoir l'autre sur soi. La psychomotricité dans un service hospitalier aussi pointu techniquement a toute sa place. Elle permet de créer un espace où le temps est de nouveau à disposition de chacun. Même si les séances avec l'enfant durent peu de temps, il y a toujours un moment dédié aux parents.

Enfants, parents, soignants n'ont peut-être pas conscience de ce qui se joue dans ces dialogues non-verbaux et pourtant ils le reconnaissent pour la plupart d'entre eux. C'est au cours de ces échanges que nous pouvons nous adapter et ajuster notre projet ou notre discours en permanence.

La psychomotricienne a la chance d'avoir un emploi du temps assez libre. Nous sommes peu contraintes par la rigidité des actes à effectuer. Certains médecins nous demandent, parfois de réaliser un bilan psychomoteur « en urgence ». Notre capacité à nous adapter fait partie de nos compétences. Ainsi tout en restant disponibles et flexibles pour ces « urgences médicales », nous réorganisons en permanence nos prises en charge afin de respecter au mieux le rythme de l'enfant.

Grâce aux nombreux patients rencontrés au fil de cette année de stage, j'ai appris à écouter et ajuster mon propre rythme à celui du patient ou de mon interlocuteur. Je me sens beaucoup plus disponible pour accueillir le rythme de l'équipe sans me laisser envahir par ce dernier.

Conclusion

L'hospitalisation de l'enfant est à l'origine d'une multitude de microrhythmes pouvant porter atteinte à sa construction psychique et corporelle. Ces moments inattendus créés par le flux permanent d'intervenants pour l'enfant entraînent des difficultés chez le jeune patient à anticiper et à se sentir dans un environnement assez sûr pour suivre un développement psychomoteur harmonieux. Le rythme des nutriments artificiels engendre la perte de la notion de faim et ne favorise pas non plus l'établissement des macrorhythmes. Ces discontinuités s'associent à des ruptures tant au niveau de l'environnement de l'enfant qu'au niveau de son propre corps, c'est-à-dire de ses enveloppes. Ces notions rythmiques associées à l'élaboration psychocorporelle de l'enfant sont au cœur de la pratique du psychomotricien dans un service comme celui-ci.

La psychomotricité permet de créer un espace intermédiaire assez souple et sécurisant pour accueillir chaque acteur entourant l'enfant. Elle permet de créer du lien entre l'équipe et les familles mais aussi entre l'enfant et l'ensemble des personnes présentes pour son bien-être. Les ruptures engendrées par l'hospitalisation doivent pouvoir être suppléées par un environnement suffisamment contenant et sûr. Les séances de psychomotricité à l'hôpital, ont un rôle thérapeutique pour certains enfants mais aussi de prévention. La construction psychique de l'enfant s'effectue notamment, grâce à l'alternance du rythme faim-satiété et veille-sommeil. Dans le service, les rythmes alimentaires sont bouleversés, notamment lors de la mise au repos du système digestif par la nutrition parentérale qui supprime pendant un temps la sensation de faim. De plus, cela peut avoir un impact sur le lien mère-enfant. Ainsi, c'est dans ce champ extrêmement large, que la psychomotricité dans sa complémentarité avec les autres soignants trouve sa place en tant que discipline thérapeutique et préventive. Elle tente d'amener le jeune enfant à développer une conscience de soi malgré l'environnement très particulier dans lequel il se trouve. De plus le travail avec les parents est d'une grande richesse pour restaurer une harmonie rythmique commune aux interactions parents-enfants.

Les questions que je me pose à présent sont de l'ordre de la post-hospitalisation. Dans quelle mesure, l'hospitalisation chez de si jeunes enfants impacte leur développement psychomoteur ultérieur ? Cette dysrythmie des premiers instants entrave-t-elle les apprentissages ou les comportements lorsque l'enfant grandit ? Par ailleurs, comment l'image du corps construite à partir d'événements bouleversants se transforme-t-elle à partir du moment où l'enfant entre à l'école ? La mise en place d'une consultation en psychomotricité à l'hôpital à certains âges de la vie de l'enfant hospitalisé pendant sa petite enfance me paraît être pertinent.

Bibliographie

- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (2e éd.). Paris : Dunod.
- Bullinger, A., & Delion, P. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Bullinger, A., & l'ABSM (2000). *Les effets de la gravité sur le développement du bébé- l'espace de la pesanteur*. ERES
- Ciccone, A., & Mellier, D. (2007). *Le bébé et le temps*. Paris : Dunod.
- De Ajuriaguerra J., (2010). *Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce*, Paris, Papyrus.
- Enders, G., Enders, J., & Liber, I. (2015). *Le charme discret de l'intestin : Tout sur un organe mal aimé*. Arles: Actes Sud Editions.
- Espasandín, M. C. de. (2010). *L'importance du sonore et la notion d'enveloppe*. ERES.
- Frahan, A. C. et M. R. H. de. (2004). *De la Naissance à la Marche - Les Etapes du Développement Psychomoteur de l'Enfant*. Bruxelles: Ibert Coeman et Marie Raulier H de Frahan.
- Fraisse, P. (1974). *Psychologie du rythme*. Presses universitaires de France.
- Gergely, G. (2010). *Naissance de la capacité de régulation des affects*. ERES.
- Gosselin, J., & Amiel-Tison, C. (s. d.). *Évaluation neurologique de la naissance à 6 ans*. Elsevier Masson.
- J-C Carric, & B. Soufir. (s. d.). *Lexique pour le psychomotricien* (ERA-Editions Robert Atlani). Editions Robert Atlani.
- Marcelli D., (1992), *Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson*, Paris
- Marcelli D., (1999), *Enfance et psychopathologie*, Paris, Masson

- Lamour, M., & Barraco, M. (1998). *Souffrances autour du berceau : des émotions au soin*. Paris : Gaetan Morin.
- Lesage B., (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle, Structures, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Erès
- Lüpke, H. von. (2010). *Respecter le rythme du développement : bien-être corporel et psychique*. ERES.
- Pireyre, E. W. (2015). *Clinique de l'image du corps - 2e éd. - Du vécu au concept* (2e édition). Paris: Dunod.
- Potel, C. (2015). *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Erès.
- Roger, V., & Delion, P. (s. d.). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans - 1001 bb n°112* (érès).
- Robert-Ouvray, S. B. (1997). *Intégration motrice et développement psychique*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Schmitz, J., & Navarro, J. (Éd.). (1986). *Gastro-entérologie pédiatrique*. Paris, France : Flammarion.
- Scialo m, P., Giromini, F., Albaret, J.-M., & Collectif. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité- Tome I*. Paris : Solal Editeurs.
- Stern D., (1995), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF
- Stern, D. (2010). *Une mère soigne son enfant*. ERES.
- Wallon H., (1989), *Les origines de la pensée*, Paris, PUF
- Winnicott, D. W., & Pontalis, J.-B. T. (1975). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. (C. Monod, Trad.). Paris, France: Gallimard, DL 2002. (s. d.).
- Winnicott, D., & Bouillot, F. (2014). *La famille suffisamment bonne*. Paris: Payot.

Articles

- Boige, N. (2008). Dysrythmie digestive du bébé : le rythme à trois temps de la consultation pédiatrique. *Spirale*, (44), 155-164.
- Buchs-Renner, I., & Iacobelli, S. (2009). Regards, paroles, espaces de pensée autour du bébé prématuré, de ses parents et de l'équipe en réanimation néonatale. *Spirale*, (51), 25-33.
- Danesi, N. (2009). La séparation à la naissance ou dans les premiers mois de vie pour une hospitalisation nécessaire : un traumatisme pouvant mettre à mal l'enfant et sa famille. *Spirale*, (51), 83-92.
- Guerra, V. (2008). Le rythme, entre la perte et les retrouvailles. *Spirale*, (44), 139-146.
- Golse, B., & Simas, R. (2008). La question du rythme entre empathie(s) et intersubjectivité(s). *Spirale*, (44), 59-64.
- Haag G., (1986), *Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant*, in Gruppo, bulletin n°2, p.45-54, Bordeaux
- Marcelli, D. (2008). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, (44), 123-129.
- Lauras-Petit, A. (2009). Rythmes et contenants psychiques. *Champ psychosomatique*, (54), 105-126.
- Leblanc, V., & Ruffier-Bourdet, M. (2009). Trouble de l'oralité : tous les sens à l'appel. *Spirale*, (51), 47-54.
- Leersnyder, H. D. (2008). Rythmes fondamentaux du bébé. *Spirale*, (44), 33-38.
- Lemaître, V. (2008). Des rythmes intra-utérins aux rythmes familiaux. *Spirale*, (44), 131-138.
- Mellier, D. (2013). Contenances et transformation des enveloppes psychiques chez le bébé. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 435-467.
- Prat, R. (2008). Le rythme dans la peau. *Spirale*, (44), 79-84.

Rochette, J. (2008). La mélodie des émotions dans le post-partum immédiat : quarante jours pour accorder les violons. *Spirale*, (44), 85-93.

Soussan, P. B. (2009). Introduction. La patate chaude. D'une question brûlante sur les soins au bébé. *Spirale*, (51), 15-23.

Vamos, J., & Schmidt, R. (2008). Un rythme lent pour se lancer. *Spirale*, (44), 73-78.

Sites internet

HAS-SANTE. (2012, octobre). *Guide enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé décembre 2011*. Consulté le décembre, 20, 2016, sur has-santé : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1194329/fr/enfants-et-adolescents

Glossaire

Bronchodysplasie : Anomalie du développement de l'ensemble des tissus composant les poumons.

Corps mamillaire : Amas de substance grise impliqué dans la mémoire épisodique (circuit de Papez). Ils forment la limite caudale de l'hypothalamus.

Décubitus : Position sur un plan horizontal ou voisin de l'horizontale d'un sujet couché sur le dos.

ECUN : Entéroclite ulcéro-nécrosante. Urgence médico-chirurgicale digestive la plus commune de la période néonatale.

Hernie inguinale étranglée : Grosseur sous la peau dû à la sortie d'un bout d'intestin.

Iléostomie : Coupure chirurgicale de l'iléon.

Iléus méconial : Occlusion de l'intestin dû à l'arrêt du méconium dans le jéjunum. C'est la manifestation la plus précoce de la mucoviscidose.

Nissen gastrostomie : Intervention consistant à réaliser, au niveau de l'abdomen, un orifice faisant communiquer l'estomac avec l'extérieur. Cette intervention doit permettre d'installer une nutrition entérale.

Noyaux suprachiasmatiques : Structures cérébrales situées au-dessus du chiasma optique, recevant les afférences lumineuses. Ils régulent les rythmes circadiens.

Procubitus : Position couché sur le ventre

Rétinopathie : Affection de la rétine entraînant des troubles de la vision.

Stomie : Abouchement d'un organe sur la peau de l'abdomen.

Volvulus : Torsion d'une anse intestinale qui coupe la vascularisation de l'intestin et peut entraîner une occlusion.

Annexes

Annexe 1 : L'impact de la greffe sur l'enveloppe psychocorporelle de Liam



Première séance de psychomotricité à l'unité de soins continus, au tapis avec Liam, quelques jours après la greffe.



Temps post-greffe du retour de Liam dans le service de gastro-entérologie.

Annexe 2 : Travail sur l'oralité et la contenance avec Thibault



Hypertonie,
crispations et pleurs
suite à une sollicitation
péri-orale avec Thibault.



Temps d'installation de Thibault
dans son lit. Le matelas est en
proclive et Thibault est maintenu au
niveau du bassin pour éviter de
glisser.

Résumé

Ce mémoire de fin d'étude découle de mes rencontres cliniques dans un service d'hépatogastro-entérologie d'un hôpital parisien. Face aux ruptures brutales engendrées par l'hospitalisation chez le jeune enfant, mon questionnement autour du rythme naît.

L'entrée à l'hôpital bouleverse le rythme du bébé et celui de sa famille. Ainsi, j'expose les impacts sur les enveloppes corporelles et psychiques dus aux dysrythmies de l'hospitalisation.

La psychomotricité, dans son approche globale du corps, permet de créer un espace inscrit dans une temporalité particulière, où les vécus corporels de la triade, patient, parents et soignants s'expriment. Ce cadre spécifique tente d'harmoniser les relations dans un contexte de début de vie si particulier.

Mots clés : Psychomotricité - Rythme – Hôpital – Enveloppes corporelles – Sensorialité

Abstract

This report results from my meeting with young patients and a multidisciplinary team from an hepato-gastro-enterology service of a parisien hospital.

My questioning on rythm of life emerged in front of the sudden vreakup of hospitalization. Admission to hospital upset the young child and its parents' rythm.

So I tried to expose the impact of dysrythmias due to hospitalization on the psychological and physical dimension of the child. Psychomotricity, in its global approach of the body, allows to create a propitious environment where young patients, parents and caregivers can wave links inside this specific rhythm.

Key words : Psychomotricity – Rythm – Hospital – Earthly body - Sensoriality