

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, boulevard de l'Hôpital
75 364 Paris Cedex 14



Maladie grave et hospitalisation précoce : Soutenir la construction psychocorporelle du tout-petit en psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Session de juin 2017

Mathilde Strassel

Référente de mémoire : Stéphanie Detrez

Remerciements

A mes maîtres de stage de ces trois années d'étude, qui m'ont formée à ce beau métier,

A Stéphanie Detrez, ma maître de mémoire, pour ses conseils avisés et sa grande disponibilité,

A Virginie M., Virginie D. et Karin pour leur relecture constructive,

A Laure, Élise et Lucile pour leur écoute et leurs encouragements,

A Stéphan pour sa patience et sa constance,

A ma famille pour son soutien, et particulièrement à ma grand-mère pour ses relectures,

Et bien sûr aux enfants et leurs familles,

Un grand merci !

Sommaire

Remerciements	2
INTRODUCTION	6
PARTIE CLINIQUE.....	8
I) Alice et l'émergence d'une idée	9
II) Présentation de l'hôpital pédiatrique	11
III) Demba	13
A) Anamnèse	14
B) Bilan de début de prise en charge	15
C) Objectifs thérapeutiques.....	16
D) Déroulement des séances	16
1) <i>De mi-septembre à mi-octobre</i>	16
2) <i>De mi-octobre à fin novembre</i>	18
3) <i>De fin novembre à fin janvier</i>	19
1) Bilan de sortie	21
IV) Gabriel.....	23
A) Anamnèse	23
B) Bilan de début de prise en charge	24
C) Objectifs thérapeutiques.....	25
D) Cadre de vie	25
1) <i>Rythmes de vie</i>	26
2) <i>L'environnement de Gabriel</i>	26
3) <i>Les soins médicaux</i>	27
E) Déroulement de la prise en charge	28
PARTIE THEORIQUE.....	33
I) Une co-construction du corps et du psychisme.....	34
A) L'équipement neurologique et sensoriel au début de la vie	34
1) <i>Les compétences sensorielles du nouveau-né</i>	34
2) <i>La maturation neurologique</i>	36
B) Les débuts de la construction psychocorporelle	39
1) <i>Le vécu du nouveau-né</i>	39
2) <i>La théorie de l'étayage psychomoteur</i>	40
3) <i>La mise en place de l'appareil psychique</i>	41

4) <i>Faire de l'organisme son corps propre</i>	44
5) <i>La construction de l'axe corporel</i>	47
II) Un environnement « suffisamment bon »	48
A) L'équilibre sensori-tonique et la distinction de trois milieux	48
B) Le rôle fondamental de l'environnement humain dans la construction de l'enfant	50
1) <i>Une dépendance totale au milieu humain</i>	50
2) <i>Un premier langage : le dialogue tonico-émotionnel</i>	51
3) <i>Le rôle de la parole</i>	52
4) <i>L'attachement</i>	53
5) <i>Le rôle du père</i>	53
6) <i>Une dynamique de séparation progressive</i>	54
C) La notion d'environnement « suffisamment bon ».....	54
D) Les environnements délétères	55
1) <i>L'environnement sous-stimulant</i>	56
2) <i>L'environnement sur-stimulant</i>	56
3) <i>L'environnement dystimulant</i>	57
PARTIE DISCUSSION	58
I) Impacts de l'environnement hospitalier sur la construction psychocorporelle du tout-petit	59
A) L'environnement hospitalier	59
1) <i>Le milieu biologique</i>	59
2) <i>Le milieu humain</i>	59
3) <i>Le milieu physique</i>	61
Conclusion.....	64
B) Le vécu du bébé hospitalisé et sa construction psychocorporelle	64
1) <i>L'axe corporel</i>	64
2) <i>Les expériences sensorimotrices</i>	64
3) <i>Enroulement, détente et appuis</i>	65
4) <i>Un vécu corporel archaïque et un besoin de contenance accru</i>	66
5) <i>Des conséquences aux soins douloureux et intrusifs</i>	67
6) <i>La relation aux autres mise à mal</i>	68
7) <i>Des difficultés de gestion des informations sensorielles</i>	68
8) <i>Pour conclure</i>	68
II) Les apports du psychomotricien en séance de psychomotricité, avec l'enfant seul	69
A) Objectifs thérapeutiques et médiations utilisées.....	69
1) <i>Le cadre des séances</i>	69
2) <i>La fonction contenante du psychomotricien</i>	71

3) <i>Objectifs principaux et médiations</i>	72
B) Intérêt et limites de l'apport du psychomotricien en séances individuelles	73
III) L'accompagnement pouvant être proposé aux parents en psychomotricité	75
A) Le vécu des parents d'un bébé hospitalisé.....	75
B) L'accompagnement d'une dyade en psychomotricité	77
1) <i>Accompagner une dyade mère-enfant en séance de psychomotricité</i>	77
2) <i>Proposer ou non des séances conjointes parents-bébé</i>	81
CONCLUSION	83
Bibliographie	84
Annexes.....	89
Annexe 1 – Canule de trachéotomie.....	89
Annexe 2 – Ventilation mécanique	90
Annexe 3 – Gastrostomie	91
Annexe 4 – Figure de l'équilibre sensori-tonique d'A. Bullinger.....	92
Annexe 5 – Baignoire shantala.....	93

INTRODUCTION

L'hospitalisation d'un tout-petit peut être nécessaire en cas de naissance prématurée ou de maladie grave. En plus d'une pathologie somatique lourde et de soins parfois douloureux ou intrusifs, le nourrisson se retrouve alors séparé de ses parents. Les enfants¹ rencontrés au cours d'un stage en hôpital pédiatrique de soins de suite m'ont interpellée par leur retard de développement psychomoteur, mais aussi et surtout par les différents symptômes qu'ils présentent et qui expriment leur mal-être : des positions en hyperextension, des angoisses majeures, des mouvements stéréotypés, une difficulté à se détendre et à s'apaiser, sont des signes de leur désarroi face à ce que la maladie et l'hospitalisation leur demande de supporter.

Cela m'a amenée à m'interroger sur le développement psychomoteur de ces enfants, non pas en terme d'étapes successives à atteindre, mais en le considérant comme une construction à la fois posturo-motrice, psychique et cognitive, identitaire et affective. Afin de mettre en évidence cette représentation globale du développement de l'enfant, j'ai choisi de parler de construction psychocorporelle ; elle serait la construction d'un sujet dont le corps devient à la fois sa possession et le lieu de son identité profonde².

Je me suis questionnée en parallèle sur la manière dont grandissent les enfants hospitalisés et sur celle dont se développent des enfants qui ne le sont pas. Quels facteurs permettent ordinairement la construction psychocorporelle ? Lesquels sont absents ou en surplus à l'hôpital et entravent cette construction chez le nourrisson malade ?

Si le développement dépend de facteurs biologiques, il m'est rapidement apparu que le rôle de l'environnement, matériel et humain, est fondamental pour la construction du tout-petit. Celui-ci en est en effet très dépendant, dans les premiers temps de sa vie mais aussi lors d'expériences difficiles à surmonter pour lui.

À partir de ce cheminement de pensée s'est construite la problématique suivante :

Penser un environnement suffisamment bon pour soutenir la construction psychocorporelle du bébé hospitalisé : que peut apporter le psychomotricien ?

Je vais dans un premier temps présenter Alice, une enfant de dix ans née prématurée, et exposer les questions qu'elle soulève dans ma réflexion. Puis, je présenterai l'hôpital pédiatrique ainsi que Demba et Gabriel, deux des enfants que j'y ai rencontrés.

¹Pour préserver l'anonymat des enfants dont je vais présenter la situation ensuite, leurs dates de naissance ainsi que leurs prénoms ont été modifiés.

² C. Potel (2010) p. 74

Afin d'apporter des éléments de réponse à mes interrogations, je décrirai ensuite les prémices de la construction psychocorporelle chez le tout-petit qui va bien. Le rôle de l'environnement y sera abordé.

Enfin, je discuterai de la construction psychocorporelle des tout-petits hospitalisés en lien avec les particularités de l'environnement hospitalier. Je présenterai l'intérêt de la psychomotricité auprès de ces enfants, que ce soit en séances individuelles ou en séances conjointes avec les parents. Ces deux types d'intervention sont en effet des manières de penser et d'aménager l'espace matériel et humain autour de l'enfant hospitalisé.

PARTIE CLINIQUE

I) Alice et l'émergence d'une idée

Alice³ est une fillette de 10 ans que je rencontre en séances de psychomotricité dans le cadre de mon stage en libéral. Elle est ancienne grande prématurée : née à 28 SA⁴, dans un contexte de pré-éclampsie⁵ et de retard de croissance intra-utérin⁶, elle reste hospitalisée durant les trois premiers mois de sa vie, avant de rentrer chez elle. Son développement sera alors surveillé à l'occasion de consultations régulières, jusqu'à ses deux ans. Alice et ses parents n'iront pas aux rendez-vous suivants.

En raison d'un retard d'apparition du langage (Alice dit ses premiers mots à trois ans et demi) un suivi orthophonique est mis en place. Il est toujours d'actualité.

Un trouble déficitaire de l'attention est diagnostiqué chez Alice vers ses 6 ans. Il est traité par médicaments pendant environ deux ans. Elle poursuit des consultations espacées mais régulières chez un neuro-pédiatre.

Alice porte des lunettes, avec une très grosse correction, car elle est née avec une cataracte qui n'est pas opérée à ce jour.

Concernant sa scolarité, Alice est accompagnée par une AVS⁷ depuis son entrée en grande section à cinq ans. Elle est aujourd'hui scolarisée en ULIS⁸. Cette année, elle commence à lire et apprend à écrire. Elle sait tracer les lettres cursives mais elle les dessine sans donner de sens à ces simulacres d'écriture.

Lorsqu'Alice a cinq ans, le pédiatre qui la suit demande un bilan psychomoteur, qui met en évidence des difficultés de coordinations dynamiques générales, de motricité fine et d'organisation spatio-temporelle. Alice est d'abord prise en charge en psychomotricité en Centre Médico-Psychologique pendant trois ans, puis en libéral (de ses huit ans à ses dix ans).

Au cours de l'été 2016, la maman d'Alice, qui est par ailleurs dans le déni des difficultés de sa fille, décide de changer d'école, d'orthophoniste et de psychomotricienne. Ma maître de stage et moi-même rencontrons Alice à ce moment, en septembre 2016. La demande de prise en charge en psychomotricité porte alors sur un retard des apprentissages associé à un trouble déficitaire de

³ Son dossier est peu complet, car la mère est en difficulté pour nous expliquer l'histoire médicale de sa fille ainsi que pour nous fournir les comptes rendus des différents professionnels qui la suivent.

⁴ SA : semaines d'aménorrhée. La naissance à terme a lieu à 40 SA. On parle de prématurité lorsque le nourrisson naît avant 37 SA.

⁵ Pré-éclampsie : dérèglement métabolique chez la femme enceinte. Elle est caractérisée par la présence, chez la femme enceinte, d'une hypertension artérielle, d'œdèmes importants et d'une perte de protéines dans les urines. (<http://www.vulgaris-medical.com>)

⁶ Retard de croissance intra-utérin : Retard de croissance du fœtus pendant la grossesse aboutissant à un poids de naissance très bas (inférieur au dixième percentile d'une courbe de référence).

(<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/>)

⁷ AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

⁸ ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

l'attention, des troubles instrumentaux, des difficultés visuospatiales ainsi qu'à un manque de repères temporo-spatiaux.

Lorsque je rencontre Alice, qui physiquement est très fine et paraît plus jeune que son âge, elle me laisse une impression d'étrangeté : elle ne regarde que peu dans les yeux, ne se regarde pas dans le miroir. Elle donne également l'image d'une petite fille régressée, avec un aspect déficitaire évident.

Durant les premières semaines de prise en charge, nous travaillons principalement sur les troubles instrumentaux, sans noter de progression significative, et cette prise en charge nous pose question : Alice a un contact particulier, semble complètement éparpillée, et perdue tant dans le monde qui l'entoure que dans son corps.

À la fin du mois de novembre, lors d'une séance que je mène seule avec Alice pendant que la psychomotricienne reçoit sa mère en entretien dans une autre salle, je la laisse proposer les jeux, lui laisse un cadre plus libre que ce que la psychomotricienne fait d'habitude. Alice se perd alors, elle déroule des idées, sans pouvoir garder elle-même un fil conducteur à ce qu'elle fait, à ce qu'elle pense et à ce qu'elle dit. Elle a des rires immotivés, un regard étrange, pénétrant, elle qui d'habitude regarde peu dans les yeux. Elle est également très en demande d'appuis au niveau de ses pieds, en les calant de tous les moyens possibles, voire en me demandant « d'appuyer dessus ». Elle montre une incapacité à se poser corporellement, papillonnant d'une chaise à l'autre, d'une activité à l'autre.

La semaine suivante, la psychomotricienne est à nouveau présente en séance. Nous retrouvons Alice dans ce même état. En voyant combien elle est éparpillée, nous lui proposons des enveloppements dans des tissus, accompagnés de pressions et d'empaumements pour qu'elle sente tout son corps. Cela ne lui permet pas de se rassembler, au contraire : le contact du tissu et le toucher semblent l'intruser, ils provoquent des rires et une agitation motrice.

Nous lui proposons alors un temps dans un cocon suspendu au plafond, dans lequel elle s'installe en position fœtale. Elle demande à être bercée, et nous accompagnons le mouvement en chantonnant doucement. À la fin de la séance, Alice garde les yeux fermés très fort et nous dit : « Je ne veux pas sortir, je veux rester dedans... » Elle demande également à la psychomotricienne : « Porte-moi ! Serre-moi fort ! »

Cette séance a été particulièrement marquante. Le temps dans le cocon a-t-il favorisé un vécu régressif pour Alice ? Ses verbalisations étaient-elles liées à son histoire, de petit bébé prématuré, sorti trop tôt du cocon utérin ?

Cela m'a beaucoup questionnée car, dans mon autre stage, que j'effectue en hôpital pédiatrique, je côtoie des petits enfants entrés trop tôt dans la vie, restant hospitalisés plusieurs semaines voire plusieurs mois. Le comportement d'Alice a fait écho à ma découverte du monde hospitalier, et la

mise en lien de ces deux expériences (ma rencontre avec Alice et avec les enfants de l'hôpital) m'a amenée à m'interroger sur le vécu du bébé hospitalisé précocement mais aussi sur sa construction future.

Quels facteurs permettent la construction psychocorporelle du nourrisson, et parmi eux lesquels sont impactés par les pathologies somatiques graves et l'environnement hospitalier ? Quelles traces garde un enfant d'un début de vie marqué par la prématurité, une pathologie grave, ou une hospitalisation ? Enfin, comment permettre aux tout-petits hospitalisés d'intégrer au mieux cette histoire précoce à leur construction en tant que sujet ?

II) Présentation de l'hôpital pédiatrique

L'hôpital pédiatrique accueille des enfants de 0 à 17 ans pour des soins de suite très médicalisés. Les petits patients y sont adressés par leurs hôpitaux de référence – qui eux s'occupent des soins aigus – afin d'y poursuivre leur traitement avant leur retour à domicile.

Il existe plusieurs services dans l'hôpital, qui, ensemble, totalisent une centaine de lits : trois services de pédiatrie spécialisée, trois services d'onco-hématologie. L'hôpital compte également deux services transversaux : celui de rééducation et celui des diététiciennes.

Les services de pédiatrie spécialisée accueillent des enfants qui ont des pathologies somatiques diverses : digestives, respiratoires, rénales, métaboliques, constitutionnelles, immunitaires, etc... Souvent, ces enfants ont besoin d'appareillages⁹ pour respirer ou s'alimenter, en plus de traitements médicamenteux. Tout cela nécessite des soins souvent douloureux ou intrusifs.

Les services d'onco-hématologie pédiatrique accueillent des enfants souffrant de cancers : les plus jeunes sont souvent atteints d'une leucémie ou d'une tumeur maligne. Les adolescents eux sont plus souvent porteurs de tumeurs osseuses. La chimiothérapie, la surveillance des périodes d'aplasie, la prise en charge après une greffe de moelle osseuse, mais aussi la rééducation notamment des conséquences orthopédiques des tumeurs osseuses sont effectués dans cet hôpital de soins de suite et de réadaptation.

Chaque service comprend des pédiatres, des infirmières, des aides soignantes, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture qui assurent les soins quotidiens des enfants. Dans chaque service se trouve également une équipe éducative, constituée d'éducateurs spécialisés et d'éducateurs de jeunes enfants. Elle a pour rôle d'accompagner l'enfant et de l'encadrer pour lui permettre de s'adapter à sa pathologie tout en (ré)apprenant les règles de la vie quotidienne. L'équipe éducative propose quotidiennement à des groupes d'enfants des temps en salle de jeux et organise des

⁹ Appareillages : toutes les aides mécaniques qui remplacent une fonction que l'organisme de l'enfant ne peut assurer seul.

activités et des sorties. Enfin, chaque service comprend des psychologues, qui accompagnent les enfants et veillent à leur santé psychique au cours de leur séjour à l'hôpital. Ils ont également un rôle d'écoute auprès des parents comme des équipes. Les psychologues peuvent évaluer un besoin de suivi psychologique (pour l'enfant ou ses parents) afin d'orienter la personne vers un collègue extérieur ; ils ne proposent pas de thérapie à l'hôpital.

Chaque service est organisé d'une manière similaire. Un grand couloir dessert de part et d'autre les chambres des enfants. Celles-ci peuvent être simples, mais sont plus souvent doubles. Au milieu du service se trouve le poste de soin, en face duquel est située une salle de jeu. Cet endroit est nommé « carré central » par l'équipe.

Entre les soins et les siestes, les enfants passent leur temps libre soit dans ce carré central, soit avec les éducateurs en salle de jeux. Lorsqu'un enfant contracte une maladie contagieuse, il est par contre isolé dans sa chambre toute la journée afin de ne pas contaminer les autres enfants du service. Il reste alors dans son lit ou dans un petit parc, et ses expériences de jeux ainsi que ses contacts humains sont limités.

Les diététiciennes sont regroupées dans un service qui leur est propre, mais chacune d'elle s'occupe spécifiquement d'un service d'onco-hématologie ou de pédiatrie spécialisée. Elles surveillent la croissance staturo-pondérale des enfants et s'assurent qu'ils aient les apports nutritionnels nécessaires en fonction de leur âge mais aussi de leur pathologie, que ce soit artificiellement ou par voie orale.

Le service de rééducation réunit les kinésithérapeutes, les psychomotriciens et une neuro-pédiatre. Il comporte plusieurs salles de prise en charge ainsi qu'une salle Snoezelen. Les séances de psychomotricité et de kinésithérapie y sont organisées, si l'âge, la pathologie et l'état du patient le permettent. Sinon, les professionnels proposent des séances directement dans le service du patient (dans l'une des salles de jeu ou directement dans la chambre de l'enfant).

À partir de trois ans, les enfants sont scolarisés dans une école située dans l'enceinte de l'établissement mais extérieure au bâtiment dans lequel ils sont soignés. Pour les patients atteints de cancer, qui ne peuvent parfois pas sortir, il existe une salle de classe à l'intérieur de leur service. Les enfants peuvent ainsi bénéficier de cours dispensés par une équipe d'enseignants spécialisés de l'éducation nationale.

L'hôpital comprend également un bâtiment dédié à l'hébergement des proches des enfants malades. Beaucoup de parents habitent loin, voire viennent des DOM-TOM ou de l'étranger, et cela leur permet d'être présents auprès de leur enfant le temps de son hospitalisation.

Il n'y a pas de limites d'horaires pour les visites. Les parents peuvent à tout moment retrouver leur enfant hospitalisé.

Il existe également des « salles des parents » qui permettent à ceux-ci d'être avec leur enfant dans un espace séparé du reste du service.

Les mineurs de moins de quinze ans n'ont pas le droit d'entrer dans les services, pour éviter les contaminations, par contre ils ont accès aux salles des parents. Ils peuvent ainsi y rejoindre leur frère ou sœur malade.

Lorsque l'enfant est suffisamment stable sur le plan somatique, et si les parents ont été formés aux soins médicaux vitaux pour leur enfant (par exemple, pour un enfant trachéotomisé, être formé au changement de canule de trachéotomie est nécessaire pour assurer la sécurité de l'enfant), celui-ci peut passer du temps en « permission » hors de l'hôpital. Il retrouve alors, ou apprend à connaître, sa maison, sa fratrie, sa famille. Le nombre de permission augmente au fur et à mesure que la sortie définitive de l'enfant approche.

III) Demba

Demba est un petit garçon âgé de dix mois au début de mon stage. Il est le troisième enfant d'un couple consanguin originaire du Mali.

Avant d'explicitier l'anamnèse et la problématique médicale de Demba, je vais rapidement présenter les impressions issues de ma rencontre avec cet enfant.

Je le vois pour la première fois lors d'un temps de sieste, durant lequel la psychomotricienne le positionne sur le côté alors qu'il dort, afin de faciliter son regroupement, mais aussi pour limiter la plagiocéphalie¹⁰ qui s'est formée à l'arrière de son crâne. Il rassemble alors spontanément les mains devant sa bouche, contre le masque de ventilation qu'il porte pour l'aider à respirer pendant son sommeil.

Lorsque je rencontre Demba éveillé, en séance de psychomotricité la fois suivante, il m'interpelle par son hypertonie et sa posture en hyperextension, qui contrastent avec le rassemblement en position fœtale qu'il présentait durant son sommeil.

Il ne supporte pas d'être touché et n'apprécie pas d'être porté. Il manifeste son mécontentement dans ces situations par des cris et un grand recrutement tonique qui l'amène en opisthotonos. Cela me déconcerte, car ce que je ferai spontanément pour l'apaiser l'énervé et le désorganise plus encore. Il donne à la fois envie de le soulager, et renvoie à l'adulte un sentiment de « ne pas savoir s'y prendre ».

¹⁰ La plagiocéphalie est une déformation crânienne apparaissant chez le bébé. Elle peut être causée, comme dans le cas de Demba, par un allitement prolongé : la tête, toujours en appui dans la même position sur le plan du lit, finit par s'aplatir.

De plus, l'appareil mesurant sa saturation en oxygène¹¹ sonne énormément. L'environnement sonore est donc fort, et je ressens les bips répétitifs comme agressifs et énervants. Cet environnement est fatigant pour l'adulte et cela m'interroge sur ce que Demba, lui, en perçoit. S'il ne semble pas réagir aux déclenchements de cette alarme, il est par contre dans une hypertonie permanente, qui pourrait être liée notamment à ce contexte sonore, fort et imprévisible.

A) Anamnèse

Demba vient au monde le 7 novembre 2015. Il est né par césarienne pour souffrance fœtale, à 36 SA. Il est alors hospitalisé en service de néonatalogie à cause d'un retard de croissance intra-utérin. Après un mois d'hospitalisation, il rentre à la maison. Il est rapidement ré-hospitalisé, à deux reprises, pour des épisodes de détresse respiratoire aigüe, en conséquence desquels se développe une insuffisance respiratoire chronique, nécessitant une VNI¹² pour les siestes et les nuits.

En plus de ses difficultés respiratoires, il présente un syndrome polymalformatif avec une cardiopathie congénitale, des malformations du rein et de l'urètre, une macroglossie¹³, une glossoptose¹⁴, une laryngomalacie¹⁵, un strabisme divergent et des PEA¹⁶ anormaux avec hypoacousie bilatérale à 80 dB. Il existe également des anomalies endocriniennes.

Ces pathologies ont nécessité un traitement médicamenteux, ainsi que la mise en place d'un cathéter cardiaque, et une nutrition entérale¹⁷.

Demba est transféré à l'hôpital de soins de suite dans lequel j'effectue mon stage à la fin du mois de juin 2016. Il est suffisamment stable pour sortir d'un service médical haute technicité mais trop fragile pour que le traitement puisse se poursuivre à domicile. Le projet pour cet enfant est donc la poursuite et la diminution progressive des traitements jusqu'à ce qu'il puisse retourner dans sa famille.

À l'hôpital, Demba partage sa chambre avec un autre enfant, qui a à peu près le même âge que lui. Demba n'est très vite plus nourri par sonde et des biberons rythment ses journées. Le matin, il est baigné, et c'est un temps qu'il apprécie. Il est ensuite placé au « carré », assez systématiquement sous un portique, et sans jouets qu'il peut attraper et manipuler.

¹¹ Cet appareil, allumé en permanence, mesure à la fois la saturation du sang en oxygène et le rythme cardiaque. Il sonne dès que l'une de ces valeurs est anormalement basse ou élevée. Chez Demba, c'est le taux d'oxygène sanguin qui est fréquemment trop bas.

¹² VNI : Ventilation Non Invasive, c'est-à-dire grâce à un masque

¹³ Macroglossie : hypertrophie de la langue.

¹⁴ Glossoptose : Mauvais positionnement de la langue, qui se retrouve à la verticale à l'arrière de la bouche obstruant ainsi les voies respiratoires. (<http://www.vulgaris-medical.com/>)

¹⁵ Laryngomalacie : Malformation laryngée congénitale. Elle entraîne une respiration bruyante (stridor) ainsi que des difficultés d'alimentation. (http://www.chuv.ch/voies-aeriennes/orva_home/orva-patients-families/orva-glossary-2/orva-laryngomalacia-3.htm)

¹⁶ PEA : Potentiels Évoqués Auditifs

¹⁷ Nutrition entérale : apport des nutriments directement dans l'estomac, par une sonde naso-gastrique. Cette technique est utilisée lorsque l'alimentation par voie orale est insuffisante ou impossible.

Plusieurs fois par semaine, Demba est accueilli pour la matinée par l'équipe éducative, parmi un petit groupe d'enfants d'âges variés, dans une salle de jeu du service.

L'après-midi, Demba fait la sieste, avant de retourner dans le carré central ou en salle éducative.

B) Bilan de début de prise en charge

Lorsqu'un bébé entre à l'hôpital, une neuro-pédiatre réalise son bilan neuromoteur, en présence d'un psychomotricien. C'est ce bilan, réalisé peu avant le début de mon stage, que je relate ici. Demba a alors onze mois d'âge réel et dix mois d'âge corrigé.

Sur le plan du comportement et de la communication, Demba est un enfant qui s'intéresse aux visages et aux objets. Il peut marquer une différence entre une personne qui lui est familière et une personne qu'il ne connaît pas. Il est capable de sourires réponses et essaie de communiquer. Il vocalise mais les sons qu'il produit sont peu harmonieux. Souvent, les signaux qu'émet Demba sont difficilement compréhensibles par l'adulte ; il passe d'une émotion à l'autre, sans qu'un changement dans l'environnement ou dans les stimulations qui lui sont proposées soit perceptible. Il est également noté une impossibilité pour cet enfant de gérer une sensation désagréable : il se désorganise et a du mal à s'apaiser, même avec l'aide de l'adulte.

Au niveau du tonus, de la motricité globale et de sa relation à l'environnement : Demba présente une hypertonie passive du tronc. Son axe est tendu en permanence et cela empêche cet enfant d'expérimenter la posture d'enroulement. Ses membres sont également hypertoniques, avec une réduction du ballant ainsi que de l'extensibilité. Demba ne croise pas son axe pour attraper un objet : il s'arrête au niveau du sternum, avant de changer de main pour attraper le jouet convoité. À plat ventre, il redresse légèrement la tête et cherche un peu un appui sur ses avant-bras. Lors du tiré assis, Demba participe activement mais arrivé en position assise, il ne tient pas sa tête qui vacille. Lorsqu'il est mis debout, il présente la réaction du sauteur.

Il est noté également une plagiocéphalie, avec un torticolis gauche important.

Concernant la motricité fine et la relation aux objets, Demba présente une bonne poursuite oculaire et peut tourner la tête pour continuer à suivre l'objet du regard. Il montre une bonne coordination oculo-manuelle, qui semble meilleure à gauche. Cet enfant porte les objets à la bouche, unit les mains sur la ligne médiane et est capable de prendre un deuxième objet.

D'une manière générale, Demba s'intéresse donc aux jouets proposés, les regarde et les manipule avec une régulation tonique adaptée. Il peut se détendre légèrement lors de ces explorations. Cependant, ces manipulations sont de courte durée, et dès qu'il perd l'objet, il se désorganise.

D'un point de vue sensoriel, cet enfant réagit aux stimuli sonores en s'orientant vers leur source. Ces observations, confrontées au déficit auditif important qui lui avait été diagnostiqué, laissent supposer un retard de maturation auditive, ce qui expliquerait que son audition ait évolué.

Demba n'aime pas être touché, mobilisé ou porté. Lors des portages, il manifeste son déplaisir par des postures en opisthotonos et des cris.

Au niveau des manipulations d'objet, il préfère les jouets mous et doux aux objets durs, qu'il lâche très rapidement.

Enfin, comme cet enfant a été alimenté par nutrition entérale, une attention particulière a été prêtée à son investissement de la sphère orale durant le bilan ; aucuns troubles de la déglutition ni de l'oralité ne sont observés. Il prend bien ses biberons.

Pour conclure, Demba présente un retard psychomoteur important et homogène. Une prise en charge en psychomotricité est mise en place rapidement, à raison de trois fois 45 minutes par semaine en individuel.

L'une de ces trois séances est un bain psychomoteur, proposé dans une baignoire « shantala »¹⁸ dans laquelle l'enfant est placé à la verticale en position fœtale.

C) Objectifs thérapeutiques

Au regard de ce bilan, différents objectifs sont élaborés : en premier lieu, il paraît important de favoriser les schémas d'enroulement ainsi que la détente chez cet enfant pour qu'il puisse se rassembler, tant physiquement que psychiquement, et qu'il puisse intégrer une sécurité de base plus solide.

Les explorations sensori-motrices, ainsi que les premiers niveaux d'évolution motrice (retournements et rampe) seront également abordés en séance. Il est à noter que Demba bénéficie sur le plan moteur d'un suivi en kinésithérapie motrice à raison d'une séance par jour.

D) Déroulement des séances

1) De mi-septembre à mi-octobre

Les séances durent quarante-cinq minutes et sont réalisées par la psychomotricienne référente de Demba. Les temps de séance se déroulent dans la chambre car il n'y a pas de salle de psychomotricité disponible. Nous amenons un petit tapis ainsi que les jouets nécessaires à la prise en charge. C'est un cadre un peu particulier car le voisin de chambre de Demba est présent, dans son lit, et des infirmières ou auxiliaires traversent parfois la chambre durant le temps de séance.

Les parents sont invités à participer aux rencontres. Le père de Demba y assiste, mais la mère, qui s'occupe de ses deux enfants aînés à la maison, est moins présente que son mari. Lorsqu'elle vient à l'hôpital, c'est en effet souvent plus tard dans la soirée ou le week-end. Elle ne participera à aucune séance de psychomotricité.

Lors des premières séances avec Demba, je reste en posture d'observation. La psychomotricienne lui propose des jouets à manipuler mais également à aller chercher sur le côté, dans le but de

¹⁸ Cf annexe 5

l'amener à se retourner. Elle l'invite doucement à quelques expériences sensori-motrices, dans un environnement calme et contenant. Demba manipule les objets proposés et cela lui permet de se détendre un peu. Il est dans la relation avec nous, notamment au travers d'échanges de regard, mais les signaux qu'il renvoie semblent incohérents : il oscille entre les pleurs et les rires et nous ne savons pas si cet enfant éprouve du plaisir ou un déplaisir. Il montre une labilité émotionnelle importante en parallèle d'une motricité sous forme de décharges. Le vécu émotionnel de cet enfant serait-il, de la même manière, en décharges émotionnelles qu'il ne peut ni comprendre, ni intégrer, ni réguler ?

Lorsque nous essayons d'amener Demba à se retourner sur le côté, ou simplement lorsque nous le touchons, cet enfant manifeste par contre un net déplaisir. Il se tend, prend une posture en opisthotonos et pleure. Ses réactions sont encore plus vives lorsque nous essayons de le prendre dans nos bras. Nous ne lui proposons donc pas de temps de portage.

Lors de ces premières séances, le père est présent mais se place spontanément et activement en retrait ; il semble s'ennuyer. Il ne comprend pas l'intérêt de ce que nous faisons, malgré nos explications. Nous lui suggérons quand même de prendre part aux jeux que nous proposons à son fils. Il se place alors près de Demba et agite des jouets devant ses yeux, en parlant fort, surstimulant son fils, qui ne peut gérer toutes ces informations et se tend. De plus, ses propositions apparaissent en décalage avec le niveau de développement de Demba, qui est d'autant plus en difficulté pour répondre aux sollicitations de son papa.

Le portage du père est tonique et brusque, et n'offre que peu d'appui à Demba qui donne alors l'impression d'être suspendu. Parfois, il le lance en l'air avant de le rattraper, ce qui provoque chez cet enfant des réactions de sursaut et d'hyperextension semblables à un réflexe de Moro.

Lorsque la psychomotricienne ou moi-même portons Demba pour l'emmener en séance, nous observons qu'il s'agrippe à nous : il serre ses jambes autour de notre taille, serre notre blouse dans sa main, comme s'il allait être lâché d'un instant à l'autre. Je peux mettre cela en lien avec ce qu'il vit dans les portages proposés par son papa mais aussi sa maman (une soignante a pu me faire part de ses observations quant au portage de cette maman, inadapté et pas du tout contenant) ne lui offrent que peu d'appui et de sécurité. Est-ce pour cette raison qu'il s'agrippe à ce point-là ? Qu'il n'apprécie pas être porté ? Il y a certainement une dimension culturelle à cette manière commune qu'ont ces parents de tenir leur enfant "à l'Africaine".

Au bout de trois semaines de prise en charge (au cours desquelles j'assiste à deux séances avec le père et une sans lui) la psychomotricienne décide de proposer à Demba des séances sans ses parents. L'horaire de sa prise en charge est donc modifié, pour ne pas prendre sur le temps de visite du père.

Cette solution n'est pas optimale, mais lorsque le père est présent, soit il va à l'encontre du projet que nous avons pensé pour Demba en proposant des stimulations qui désorganisent son fils, soit il se place totalement en retrait sans prêter attention à la prise en charge. Cette prise de décision fait également suite à une réunion entre collègues psychomotriciens sur les apports théoriques d'A. Bullinger, qui nous amène à repenser l'organisation des séances, pour mieux nous ajuster à la problématique manifestée par l'enfant.

2) *De mi-octobre à fin novembre*

La psychomotricienne et moi-même décidons de mettre en place un plan de séance qui se base sur les différents espaces qu'explore l'enfant dans son développement selon A. Bullinger.

Nous proposons d'abord des expériences en lien avec l'espace de pesanteur, en instaurant un temps de portage en hamac. Celui-ci est très apprécié par Demba. Il lui permet d'expérimenter une position en enroulement et de se relâcher un peu, notamment au niveau de l'axe. Ses vocalises changent durant ces temps de portage et deviennent plus harmonieuses.

Après le moment de portage, nous cherchons à stimuler l'espace oral en proposant à Demba des objets de textures et de qualités sensorielles différentes. Il peut alors les manipuler, rassembler ses mains autour de l'objet et le porter à la bouche. Parfois, nous lui présentons l'objet en commençant par caresser son visage avec, avant qu'il ne le prenne en main. Demba garde une nette préférence pour les objets mous et doux ; il manipule moins longtemps ce qui est dur.

Nous proposons également des objets à Demba sur les côtés, afin de l'inciter à croiser son axe pour attraper le jouet et se retourner sur le côté. Cela est très compliqué pour lui. Il n'utilise que la main située dans le même héli-champ que l'objet et s'énervé si nous essayons de l'aider à passer sur le côté.

Nous essayons enfin de favoriser l'exploration du bas du corps car Demba n'attrape jamais ses jambes, ne joue pas avec ses pieds, du fait de sa posture en hyperextension. Le bas de son corps apparaît désinvesti par l'impossibilité d'enrouler son bassin.

En fin de séance, nous proposons de courts temps de portage dans nos bras à Demba. Il peut peu à peu les accepter, à la condition d'avoir en même temps un objet à manipuler ou une comptine à écouter. S'il ne se montre pas détendu dans nos bras, il ne manifeste pas immédiatement de réactions d'hyperextension et de pleurs comme lors des premières séances. Ces réactions se déclenchent après un court temps de portage, généralement quand son attention n'est plus fixée sur un jouet ou une comptine ou lorsqu'une sensation interne le désorganise.

Lorsque cela est possible, nous emmenons Demba dans le service de rééducation pour faire la séance en salle de psychomotricité et non dans sa chambre. Afin de permettre une continuité, nous gardons cette même trame de séance, en proposant d'abord un temps de hamac, pendant lequel

nous chantons de plus en plus souvent, ce qui semble aider Demba à s'apaiser, puis des stimulations sensori-motrices.

3) De fin novembre à fin janvier

À la fin du mois de novembre, je commence la prise en charge seule de Demba, la psychomotricienne étant occasionnellement absente.

Lors de la première séance que j'ai menée sans la psychomotricienne, l'une des deux auxiliaires de puériculture référentes de Demba m'a demandé si elle pouvait assister à la séance, ce que j'ai accepté.

J'avais prévu beaucoup de matériel, ne sachant pas comment cela allait se passer. D'autre part, comme je devais proposer cette séance seule, je n'ai pas emmené le hamac, qui nécessite d'être à deux pour porter l'enfant. La structure de la séance était donc différente de ce que nous lui propositions avec la psychomotricienne.

Nous amenons Demba dans sa chambre pour la séance. Il est particulièrement tendu et agité. Je suis plutôt stressée et lui propose plein d'objets, qu'il ne manipule pas et lâche rapidement tant il est désorganisé.

Je prends alors le temps de m'installer correctement, de respirer calmement, et je positionne Demba dans mes bras. Son bassin est calé entre mes jambes en tailleur, je soutiens son dos et rassemble ses bras avec le mien. Il a d'abord des réactions d'agrippement et d'hyperextension, mais elles se font de plus en plus rares.

Ce portage, très contenant, va ainsi lui permettre de se calmer un peu et de pouvoir manipuler les jouets. Son dos se détend progressivement, ce qui lui permet de jouer un court instant avec ses chevilles, alors qu'il n'a presque jamais le bassin suffisamment enroulé pour explorer ses jambes. Cependant, cette manière de le porter le place de trois quarts dos à moi, et nous avons peu d'échanges de regards. Il observe par contre son auxiliaire, qui est face à lui.

Je parle beaucoup pendant cette séance, notamment des modifications du cadre : je raconte à Demba l'absence de la psychomotricienne, mais aussi tous les changements par rapport à ce que nous lui propositions auparavant. Je mets en mots son hypertonie, ainsi que mon désir qu'il puisse se détendre, se regrouper et s'apaiser.

Je chante également, en reprenant les comptines que nous avons pu lui chanter les séances précédentes. Cela crée une véritable enveloppe sonore, à laquelle Demba semble sensible. Les mots et les chansons l'apaisent.

L'auxiliaire de puériculture reste observatrice, et me pose parfois quelques questions. Elle comprend très vite mon objectif avec cet enfant et l'intérêt du portage que je lui propose.

Vers le milieu de la séance, Demba est plus calme. Je le dépose au tapis, où il se retourne du dos sur le ventre. C'est lui qui initie ce mouvement, mais il a besoin d'un peu d'aide pour se retourner complètement, et notamment pour dégager son bras. L'auxiliaire se montre très fière de lui et le félicite vivement. Lui semble apprécier la position sur le ventre, où il reste entièrement allongé en ne relevant que rarement la tête. Il la laisse en effet posée sur ses mains, comme pour se reposer. Il finit par râler et je l'aide à se retourner, puis le porte à nouveau car il s'agite et s'énerve. Lorsque la séance se termine, Demba se désorganise, prend brusquement une posture en opisthotonos, et pleure. Son auxiliaire pense qu'il a peut-être faim et part directement préparer son biberon pour le lui donner rapidement.

Je sors de cette séance en tremblant. C'est la première que je mène seule avec un bébé, et elle m'a demandé énormément d'énergie pour m'ajuster à Demba et essayer de mettre du sens sur son vécu corporel.

La semaine suivante, l'auxiliaire demande à assister à nouveau à la séance. Elle me fait tout un retour détaillé de la semaine de Demba, pendant laquelle il était apparemment très tendu. Elle a essayé de prendre du temps avec lui, notamment pendant le bain, pour l'aider à s'apaiser, mais aussi au tapis en essayant de favoriser des retournements.

Pour cette séance, je reprends les portages, bercements et chansons, ainsi que les objets de caractéristiques différentes à manipuler. Je propose à nouveau un temps au tapis, sur lequel j'ai mis la couverture douce qu'il a pour dormir. Il la prend des deux mains contre lui, elle semble le rassurer.

J'observe des nouveautés dans le comportement de Demba au cours de cette rencontre : d'une part, au niveau du langage, il émet des syllabes redoublées en plus de ses vocalises. Les sons qu'il produit semblent cohérents avec son état et ne sont plus totalement indifférenciés.

D'autre part, je remarque à quel point il est vite destabilisé par ses sensations internes et celles provoquées par son environnement. Lorsqu'il a du mal à digérer, il se désorganise complètement. Quand une soignante entre dans la chambre pendant la séance, j'observe chez Demba un grand recrutement tonique. Il ne se calme qu'avec comme appui soit l'adulte qui lui parle et lui propose des jouets à manipuler, soit une sorte de stéréotypie de type balancement, qui devient de plus en plus présente lorsqu'il est seul.

Pendant le mois qui suit, je ne verrai pas Demba : il est en consultation, dort sur le créneau de séance, puis je suis en vacances pour la période des fêtes. La psychomotricienne me dira qu'il a été très irritable et très tendu durant toute cette période. Elle me propose de ne garder pour seul axe de travail le portage et la contenance, et de laisser de côté pour un temps le plan moteur.

Elle a utilisé l'écharpe de portage avec Demba pendant les vacances. Il a beaucoup investi ces temps avec elle. Elle me propose de tenter cette médiation et vient avec moi pour la séance afin de m'aider à installer Demba correctement dans l'écharpe. Dans le service, elle est interpellée par l'équipe. Je commence donc la séance seule. Je porte Demba pour l'amener dans sa chambre et le garde dans mes bras, en position allongée comme un bébé, car il semble apprécier cela. Il est calme, joue avec mes cheveux pendant que je lui parle du long temps pendant lequel nous ne nous sommes pas vus.

La psychomotricienne arrive alors et il se met à pleurer. L'installation dans l'écharpe ne l'apaise pas. Nous nous disons que la situation à trois est peut-être compliquée pour lui, qu'il a encore besoin d'une relation duelle. La psychomotricienne me laisse alors avec Demba.

Il se calme lorsque je le sors de l'écharpe et que je reprends le portage du début de séance mais garde un air triste toute la rencontre.

Le fait que Demba réagisse lorsque j'utilise la médiation dont il a l'habitude avec la psychomotricienne et se calme lorsque je le porte à nouveau « à ma façon » montrerait-il que cet enfant nous a différenciées et a établi une relation différente avec chacune de nous ? Le corps à corps et le portage de l'une ne semblent pas pouvoir se substituer à ceux de l'autre.

Durant cette séance, Demba me regarde énormément. Je ne lui propose pas de jouets à manipuler ni de temps au sol. Il passe toute la séance dans mes bras. Il est dans la relation au travers de nombreux contacts œil à œil et d'un dialogue tonique plutôt ajusté. Il fait varier son tonus pour se balancer rythmiquement dans mes bras. Je reprends ces bercements, et un jeu de tour de rôle s'instaure. La relation passe également par le langage. Il babille de nouvelles syllabes : « mamamam », avec une mimique triste. Je lui parle alors de sa maman, de ses parents. Ceux-ci semblent de moins en moins présents à l'hôpital. Demba rentre par contre ponctuellement en permission chez lui, pour préparer la sortie de l'hôpital envisagée pour la fin du mois de janvier.

Les deux dernières séances resteront très axées sur la contenance et la détente, au travers de portages, comme celle-ci.

1) Bilan de sortie

Au niveau du comportement et de la communication, Demba s'inscrit dans la relation au travers de l'accroche visuelle et de sourires. Il est présent dans les interactions et y prend plaisir. Cet enfant différencie les personnes étrangères et familières et est également capable de distinguer les personnes entre elles. Il pleure ou réagit négativement lorsque la personne qui s'occupe de lui s'éloigne.

S'il reste réticent aux mobilisations, Demba peut désormais apprécier les temps de portage et se détendre un peu dans les bras de l'adulte. Il est particulièrement sensible aux situations dans

lesquelles il est très contenu (baignoire shantala, portage contenant dans les bras, ou en écharpe...). En effet, il est plus calme durant ces temps et le dialogue tonico-émotionnel s'en trouve de meilleure qualité.

Les sensations désagréables désorganisent toujours Demba, qui ne peut les gérer seul. Une ressource qu'a trouvée cet enfant pour s'apaiser consiste en des auto-balancements, qu'il utilise majoritairement lorsqu'il est seul. Celle-ci est cependant une entrave à ses explorations sensorimotrices et donc complique son développement psychomoteur.

Concernant le langage, Demba émet désormais plusieurs sortes de syllabes redoublées, sur des tons variés. Les signaux qu'il renvoie sont bien moins indifférenciés qu'au début de mon stage, ce qui rend ses mimiques et vocalises plus compréhensibles par l'adulte. Demba s'inscrit également dans un échange vocal : il écoute quand je lui parle, et reprend son babillage lorsque j'arrête de parler.

Au total, son âge développemental est évalué à 5 mois au Brunet Lézine Révisé pour les items langage et sociabilité.

Sur le plan du tonus, de la motricité globale et de la relation à l'environnement, Demba conserve une hypertonie axiale et périphérique. Sa motricité spontanée s'en ressent avec des mouvements anarchiques et en décharge. Demba présente une posture spontanée en « grenouille écrasée », avec les bras en chandelier et les jambes en rotation externe de hanche. Ses réactions en opisthotonos existent toujours mais sont bien moins fréquentes, notamment lors des propositions contenant au cours desquelles il peut se relâcher au niveau de son axe, avoir une meilleure régulation tonique et trouver une posture plus enroulée.

En décubitus dorsal, Demba peut se retourner sur le côté ainsi que sur le ventre, même s'il le fait rarement. Ses ceintures scapulaire et pelvienne restent peu dissociées et son tronc fonctionne en monobloc. Il ne croise pas son axe avec ses mains pour chercher un jouet.

En décubitus ventral, cet enfant pousse sur les mains pour se redresser, et amorce des mouvements de déplacement, en poussant sur ses deux pieds simultanément si nous lui offrons les appuis nécessaires. Être allongé sur le ventre peut aussi être une position de détente pour Demba : elle lui permet de relâcher son dos et de se reposer.

Demba participe activement lors du tiré assis mais ne maintient pas seul cette posture pour le moment. Le soutien de l'adulte lui permet de tenir assis quelques instants, et il peut alors retirer une serviette déposée sur sa tête.

Ses acquisitions posturo-motrices sont évaluées à quatre mois au Brunet Lézine.

Concernant la motricité fine et la relation aux objets, Demba peut saisir un jouet volontairement, le tenir des deux mains, le passer d'une main à l'autre, le ramener au niveau de son axe et le porter à la bouche. Les manipulations, mains réunies devant lui, permettent à Demba de s'apaiser voire de se relâcher. Lorsque l'objet lui est retiré, cela provoque une angoisse qui le désorganise.

La préhension se fait entre le pouce et le majeur bien que les autres doigts soient ramenés vers le pouce en même temps que le majeur. La régulation tonique des prises est très adaptée et contraste avec l'hypertonie et la motricité globale anarchique de Demba.

Cet enfant n'a pas encore acquis la notion de permanence de l'objet.

Les coordinations oculomotrices et les conduites d'adaptation par rapport aux objets sont estimées à sept mois et demi au Brunet Lézine.

Sur un plan sensoriel, cet enfant s'oriente vers les bruits et apprécie les jouets sonores. Il accepte de plus en plus le toucher. Il garde une nette préférence pour les objets de textures molles, qui sont peut-être plus agréables à mettre en bouche, et lâche rapidement les objets durs.

Pour conclure, Demba est un petit garçon de quinze mois d'âge réel, et de quatorze mois d'âge corrigé, chez qui persiste un retard de développement psychomoteur global et hétérogène. L'âge développemental obtenu au Brunet Lézine Révisé est en effet de cinq mois et demi. Cet enfant présente une hypertonie globale le gênant dans ses interactions avec autrui, dans le déploiement de ses capacités d'auto-apaisement ainsi que dans l'exploration des niveaux d'évolution motrice. Bien que son hypertonie axiale et que ses réactions en opisthotonos se soient atténuées, un travail reste nécessaire autour du relâchement. Une orientation en Centre d'Action Socio-Médicale Précoce (CAMSP) est envisagée pour la poursuite de la prise en charge, à la sortie de l'hôpital.

Pendant les dernières semaines d'hospitalisation de Demba, ses parents sont moins venus à l'hôpital. Nous n'avons pas pu leur faire un retour du bilan psychomoteur de leur fils. Nous avons alors décidé de les informer par téléphone de la réalisation de ce bilan afin de leur expliquer notre conclusion et de nous tenir à leur disposition pour d'éventuelles questions. La poursuite de la prise en charge psychomotrice, envisagée en CAMSP, leur a été expliquée par le médecin référent. Si cette famille ne se montrait pas inquiète pour le développement de son enfant, elle avait cependant besoin d'être très soutenue dans les démarches à réaliser pour la demande de prise en charge au CAMSP. L'entretien téléphonique a pu être un moyen de leur réexpliquer ces démarches et de mieux les guider dans celles-ci.

IV) Gabriel

Gabriel est un petit garçon de treize mois lorsque je le rencontre pour la première fois en octobre. Il a de grands yeux bruns et un regard attentif et expressif. Il est très instable sur le plan respiratoire, a beaucoup de reflux gastriques et est douloureux. Il est également très maigre, ce qui me renvoie une image de grande fragilité.

A) Anamnèse

Gabriel est né à terme, le 9 octobre 2015. Il est le premier enfant du couple.

Après avoir vécu deux mois à la maison, il contracte une rhinite qui engendre un syndrome de détresse respiratoire aigüe (SDRA) et nécessite alors une hospitalisation en réanimation. Lors de celle-ci, des radiographies sont effectuées ; elles permettent de découvrir qu'il a un gros cœur ainsi qu'un retour veineux pulmonaire anormal (RVPA)¹⁹. Gabriel est opéré de son RVPA dans les jours qui suivent. En janvier, il développe une pneumopathie qui entraîne un deuxième SDRA, duquel découlera une insuffisance respiratoire chronique. En juillet 2016, au vu de sa dépendance à la VNI, il est trachéotomisé et ventilé en permanence sur la trachéotomie²⁰. Son état nécessite pendant plusieurs semaines une sédation ainsi qu'une curarisation ; toutes ces mesures sont progressivement arrêtées au cours du mois de septembre.

Gabriel souffre également d'un reflux gastro-œsophagien et de dénutrition. Il est alimenté artificiellement sur une gastrostomie²¹. Le fait de ne plus manger normalement a entraîné chez cet enfant des troubles de l'oralité.

Gabriel est admis à l'hôpital de soin de suite et de réadaptation au début du mois de novembre, au vu de sa dépendance à la ventilation mécanique (VM) et de la lourdeur de ses soins. Son projet est un sevrage ventilatoire lent, une re-nutrition associée à un travail sur l'oralité, un soutien du développement psychomoteur, mais également une formation de la maman aux soins médicaux (liés notamment à la trachéotomie de Gabriel) afin qu'un retour à domicile puisse être envisagé.

B) Bilan de début de prise en charge

Lors de son arrivée à l'hôpital, un bilan neuromoteur est réalisé pour Gabriel ; c'est sur ce bilan que je vais m'appuyer ici.

Au niveau du comportement et de la communication, Gabriel est un enfant très présent dans la relation. Il est intéressé par les personnes (plus que par les jouets) et regarde beaucoup les visages. Il a établi une relation privilégiée avec sa maman et différencie les personnes familières de celles qui lui sont inconnues.

Il est capable d'un petit échange de ballon.

Gabriel peut manifester son plaisir et son déplaisir par des réactions motrices. Il peut également, malgré sa trachéotomie, émettre quelques sons.

Sur le plan du tonus, de la motricité globale et de la relation à l'environnement, Gabriel ne peut pas participer au tiré assis, ni tenir sa tête en position assise. Par contre, son tronc est en bloc, sans possibilité d'enroulement et avec des incurvations latérales très limitées. Il présente donc une hypotonie active axiale importante, associée à une hypertonie passive du tronc. Au niveau des membres, une hypotonie majeure accompagnée d'une hypotrophie musculaire et d'une hyperlaxité

¹⁹ RVPA : Anomalie de connexion des veines pulmonaires à l'oreillette gauche du cœur.

²⁰ Cf infra annexe 1 et 2

²¹ Cf infra annexe 3

ligamentaire est observée. En lien avec cette hypotonie/hypotrophie et son grand retard staturo-pondéral, la motricité de Gabriel est plutôt limitée. Il peut bouger ses quatre membres de manière spontanée et se retourner du dos sur le côté ainsi que du côté sur le dos.

Concernant la motricité fine et la relation aux objets, Gabriel utilise une pince qui oppose le pouce aux autres doigts. Il peut saisir deux objets, les passer d'une main dans l'autre, en lâcher un pour prendre le troisième. L'exploration des objets est relativement superficielle. Cet enfant est très gêné par son hypotonie/hypotrophie dans ses manipulations.

La notion d'outil est en cours d'acquisition, notamment avec les instruments de musique, cependant cet enfant ne présente pas encore de jeu opérationnel.

Il a acquis la permanence de l'objet.

À propos de l'oralité, Gabriel porte très peu les doigts à la bouche. Son investissement de la zone orale est appauvri par la nutrition entérale et les vomissements fréquents. S'il va bien, il peut manger un peu sans soucis de déglutition et sans fausse route. Par contre, lorsqu'il va moins bien sur le plan somatique, il vomit à la simple vue de l'aliment.

Il est à noter que l'état de cet enfant varie énormément et rapidement. Le bilan a été effectué sur une période pendant laquelle Gabriel n'était pas douloureux et était stabilisé sur le plan respiratoire. Son état somatique se dégradant régulièrement, le bilan de cet enfant est peu représentatif des difficultés rencontrées en séance, et des objectifs qui seront alors mis en place. En effet, Gabriel est un enfant souvent inconfortable et extrêmement anxieux, notamment en présence de nouvelles personnes.

C) Objectifs thérapeutiques

Suite à ce bilan mais également aux premières séances qu'elle réalise avec Gabriel, les objectifs de la psychomotricienne pour cet enfant se sont répartis en deux catégories :

- d'une part, des objectifs à court terme : offrir à Gabriel des expériences dans lesquelles il prend du plaisir, et soutenir un vécu psychocorporel agréable et sécurisant pour cet enfant. Cela passe en premier lieu par la construction d'une relation contenantante et de confiance entre Gabriel et la psychomotricienne.

Le soutien de la relation mère-bébé est également important, car la dyade n'est pas toujours accordée.

- d'autre part, des objectifs à moyen et long terme : la création d'une relation contenantante et de confiance permettra d'apaiser cet enfant très angoissé. Un soutien du développement psychomoteur ainsi que de l'oralité sont également envisagés.

D) Cadre de vie

Avant de détailler le déroulement de la prise en charge de Gabriel, je souhaite revenir sur le cadre de vie de cet enfant à l'hôpital de soins de suite et réadaptation.

Il est toutefois à noter que, du fait d'une grande instabilité respiratoire, Gabriel retourne régulièrement en service de réanimation dans son hôpital de référence. Il alterne donc entre ces deux lieux médicaux.

1) Rythmes de vie

La maman de Gabriel est présente presque tous les jours à l'hôpital, du matin à la fin de l'après-midi. Le père par contre ne vient que très rarement.

Gabriel est baigné tous les matins. Souvent, ce soin est réalisé par la maman. Lorsqu'il n'est pas trop gêné sur le plan respiratoire, c'est un temps apprécié par Gabriel. Chaque matin, il a également un traitement par aérosol, qui passe directement dans la VM. Il est relié en permanence à cette machine qui l'aide à respirer, mais lorsque cela est possible pour lui, il est dé-ventilé sur de courtes plages horaires. Cette machine²² est contraignante car elle est constituée de tuyaux de ventilation plutôt courts, ce qui oblige Gabriel à rester proche de la machine. De plus, ces tuyaux comprennent des pièges à eau qui doivent toujours être totalement vides ou positionnés plus bas que l'enfant. Si cela n'est pas respecté, ils ne jouent pas leur rôle et de l'eau peut arriver dans les poumons de l'enfant, ce qui est dangereux.

Concernant l'alimentation, Gabriel est nourri de manière artificielle sur son bouton de gastrostomie. Cette nutrition se fait de manière continue, la journée comme la nuit. Des repas lui sont cependant proposés en plus, pour soutenir l'oralité et la déglutition, bien qu'il ne les prenne que rarement. Ces repas sont composés de biberons, de compotes ou de bouillies.

Gabriel fait des siestes tous les après-midis.

Sa tension est prise cinq fois par jour et il est également pesé très régulièrement.

Enfin, cet enfant passe la plus grande partie de la journée dans sa chambre. Il reste alors dans son lit, sauf lorsque sa maman est présente et qu'elle le place au tapis avec elle. Elle le porte souvent également, et lorsqu'il est dé-ventilé, elle le promène dans le couloir soit dans ses bras, soit en poussette. Lorsque Gabriel est ventilé, les soignants prennent parfois le temps d'emmener Gabriel et tous ses appareillages au « carré central », afin qu'il puisse jouer au tapis. En raison de la fragilité de cet enfant, une décision médicale impose qu'il n'aille pas en salle de jeux avec l'équipe éducative.

2) L'environnement de Gabriel

À l'hôpital de soins de suite, Gabriel est dans une chambre double. Son voisin a le même type d'appareillages et de soins que lui. Aussi, il y a beaucoup de machines dans cette chambre. Elles font du bruit, notamment en raison de leurs alarmes qui sonnent fort et de manière soudaine et répétitive.

²² Cf infra annexe 2

À certains moments de la journée, principalement lors des soins médicaux de ces enfants, beaucoup de soignants entrent et sortent de la chambre. Ces nombreuses allées et venues sont perturbantes pour Gabriel, qui observe chacune des personnes et semble de plus en plus anxieux et tendu, en état d'hypervigilance.

3) Les soins médicaux

L'état de santé de Gabriel a nécessité la pose d'une trachéotomie et d'une gastrostomie. Celles-ci imposent des soins particuliers, importants sur le plan de l'hygiène pour éviter les irritations et les infections.

Les soins liés à la gastrostomie :

- Le pourtour du bouton de gastrostomie est nettoyé tous les matins. Durant le bain, les soignants vérifient également que le bouton puisse tourner sur lui-même. Cela ne fait pas mal à Gabriel, qui est distrait par le bain.
- Si un bourgeon de peau se forme au niveau du bouton, de la pommade est appliquée après le bain.
- Enfin, le ballonnet qui maintient le bouton de gastrostomie en place²³ est vérifié et éventuellement regonflé une fois par mois.

Les soins liés à la trachéotomie de Gabriel sont multiples. En plus des séances de kinésithérapie respiratoire qu'a cet enfant tous les matins, des gestes médicaux sont nécessaires :

- L'aspiration endotrachéale est le plus fréquent. Elle nécessite l'utilisation d'une sonde, qui est introduite dans la canule de trachéotomie afin d'aspirer les sécrétions directement dans la trachée. Cela permet de dégager les voies respiratoires pour faciliter la respiration de l'enfant. Si la sonde est introduite trop loin, elle peut faire tousser l'enfant. Ce soin est effectué plusieurs fois par jour en fonction de la quantité de sécrétions.
- Le soin de canule de trachéotomie est le nettoyage du pourtour de l'orifice de trachéotomie. Il a lieu une fois par jour en même temps que les changements de cordons.
- Le changement de canule est un soin très invasif. Sa fréquence est variable pour chaque enfant ; il est réalisé chaque semaine pour Gabriel. Ce soin peut aussi être effectué en urgence si la canule se bouche ou s'il y a décanulation.
- Le changement de cordon enfin correspond au nettoyage du cou de l'enfant et à la mise de cordons propres. Les cordons de Gabriel sont changés tous les matins après son bain.

À part l'aspiration endotrachéale, les soins concernant la canule et les cordons demandent d'être deux pour les effectuer. Un soignant s'occupe alors de maintenir l'enfant et la canule bien en place afin que ce dernier puisse continuer de respirer pendant le soin. L'autre soignant peut ainsi se focaliser sur le geste médical à réaliser.

²³ Cf annexe 3

Lorsque son état respiratoire le permet, Gabriel est dé-ventilé sur de courtes durées. Les tuyaux de ventilation sont alors détachés de la canule, et il doit respirer seul.

Lors des soins liés à la trachéotomie, qui sont très intrusifs et peuvent ou ont pu être douloureux, Gabriel manifeste sa gêne et son appréhension dès qu'on s'approche de sa canule par des mouvements d'hyperextension, en grimaçant, et parfois en pleurant. Il donne l'impression de se débattre, mais il est contraint de subir ces soins nécessaires. Même rebrancher les tuyaux sur sa canule afin de faciliter sa respiration est compliqué pour lui. Cet enfant a-t-il développé une mémoire de la douleur, qu'il anticipe dès qu'un soignant s'approche de lui ?

Cet enfant n'est que rarement accompagné par la parole lors de ces soins compliqués. Les soins effectués et son vécu ne lui sont pas parlés et les seules paroles que sa maman (formée aux soins médicaux) ou les soignants lui adressent semblent décalées avec ce qu'il renvoie : « Arrête de faire ton coquin ! Tu vas passer de M. Sourire à M. Grognon fait attention ! » sont des phrases que j'ai pu entendre. Les diversions, grâce à des jouets ou des comptines, sont rares également. Les quelques fois où un soignant en propose, Gabriel a du mal à se focaliser sur le jeu car il est pris dans l'angoisse du soin. Ces diversions ne sont pas toujours cohérentes pour l'enfant : par exemple il arrive que le soignant agite un jouet sans laisser la possibilité à l'enfant, qui tend les bras, de l'attraper.

À la fin du soin, l'équipe et la maman applaudissent, disent « bravo » et invitent Gabriel à applaudir lui aussi. Il a alors une expression particulière, les yeux dans le vague mais un sourire apparaissant tout de même sur son visage.

Je m'interroge sur le vécu de Gabriel lors de ces soins, sur la manière dont il serait possible de les accompagner pour qu'ils soient plus supportables et plus représentables pour lui.

E) Déroulement de la prise en charge

Gabriel est très instable sur le plan respiratoire et à plusieurs reprises, bien qu'il soit sous oxygène et qu'une machine l'aide à respirer, le taux d'oxygène dans son sang diminue dangereusement (décompensations respiratoires). Cela entraîne des hospitalisations de plusieurs jours en réanimation. La prise en charge de Gabriel est donc très discontinue.

Je rencontre Gabriel pour la première fois au début du mois de novembre. Sa maman, qui visite son fils tous les jours, vient de rentrer chez elle. Lorsque la psychomotricienne et moi-même entrons dans la chambre, il est dans son lit, couché sur le côté, avec les membres plutôt regroupés mais le haut de la colonne en hyperextension. Il a le teint gris, signe d'un état de santé très fragile.

La psychomotricienne redresse doucement Gabriel pour qu'il me voie bien, afin de me présenter à lui. Cependant, le changement de position entraîne immédiatement un reflux. Gabriel se met alors

à pleurer, mais sans bruit, car sa trachéotomie empêche l'air de passer dans ses cordes vocales. Il a le dos arqué en arrière et les bras en chandelier.

Une auxiliaire de puériculture entre à ce moment dans la chambre. Gabriel lui sourit, puis grimace à nouveau lorsqu'elle part ; il ne me connaît pas et n'a rencontré la psychomotricienne que récemment, tandis que l'auxiliaire, présente chaque jour dans le service, est une personne qui lui est peut-être plus familière.

La psychomotricienne essaie d'apaiser Gabriel, met en mots sa difficulté à le soulager. Je reste quant à moi en retrait, dans une posture d'observation. Lorsque Gabriel semble plus calme, nous repartons sans faire la séance, afin de le laisser se reposer.

Son état se dégradera cependant rapidement, notamment sur le plan respiratoire. Dès la semaine suivante, il est hospitalisé en réanimation pour un mois.

Gabriel revient à l'hôpital de soins de suite et de réadaptation en décembre.

La psychomotricienne me propose alors de me laisser progressivement mener les séances, en restant elle-même présente durant ces temps mais en intervenant de moins en moins. Elle en informe la maman de Gabriel, qui donne son accord. Par ailleurs, elle verra Gabriel et sa mère pour deux autres séances chaque semaine.

Les séances sont proposées dans la chambre de Gabriel, car sa dépendance à l'oxygène et à la ventilation mécanique rend difficile le fait d'en sortir. Les séances sont d'abord très courtes (de 20 à 30 minutes) car cet enfant est très fatigable. Cela inquiète la maman qui aimerait que son fils progresse plus vite. Son inquiétude par rapport au développement moteur de Gabriel est notamment perceptible dans son souhait qu'il tienne assis.

Lors de la première séance à laquelle je suis présente après l'hospitalisation, Gabriel et sa maman sont au tapis lorsque nous entrons dans sa chambre. Cette dernière pose beaucoup de questions concernant son fils et mentionne le fait qu'il est très anxieux, qu'il a peur des personnes qu'il n'a jamais rencontrées. C'est la psychomotricienne qui lui répond, et elle prend pendant toute la séance le rôle d'interlocutrice de la maman. Cela me permet de ne m'occuper que de Gabriel et de le rencontrer tranquillement. Celui-ci me regarde beaucoup, mais tourne régulièrement la tête vers sa mère, comme pour se rassurer. Il me sourit un peu et joue avec ma main, ce que la mère remarque : elle est contente qu'il "m'apprivoise", et explique qu'il met habituellement plus de temps à accorder sa confiance à une nouvelle personne. Peut-être que cet enfant a repéré que je n'étais pas soignante, que je n'allais pas lui faire des soins intrusifs/douloureux ? Peut-être que lui laisser le temps de s'habituer à ma présence lui permet de se sentir plus rassuré ?

Après ce long temps de rencontre pendant lequel Gabriel est allongé sur le dos, nous proposons à la maman de le porter contre elle, en position assise. Gabriel appréciant particulièrement les jouets sonores, ce moment est l'occasion pour la dyade de découvrir un petit livre qui émet une musique

différente à chaque page. Sa maman danse à chaque morceau, et la psychomotricienne et moi-même l'imitons. Gabriel nous observe, s'accroche particulièrement à nos yeux, avec un regard mi-intrigué, mi-inquiet de ce jeu nouveau pour lui.

Nous terminons la séance sur ce moment. Gabriel reste à jouer au tapis avec sa maman.

L'angoisse de Gabriel – face à de nouvelles personnes, mais aussi à un nouvel environnement – qu'a pu remarquer sa mère, a nécessité la mise en place d'un traitement anxiolytique. Ce dernier a un effet positif, mais ne suffit cependant pas à apaiser complètement cet enfant.

Gabriel est de nouveau hospitalisé un mois, en raison de son état respiratoire qui se détériore.

Je retrouve Gabriel et sa maman en février. Lorsque la psychomotricienne et moi arrivons pour sa séance, Gabriel est sous oxygène mais n'est pas relié à la machine qui l'aide à respirer. De courts temps sans sa machine lui sont proposés régulièrement lorsque cela est possible pour lui, afin qu'il parvienne peu à peu à respirer sans appareillage. Sa maman l'aspire avant de débiter la séance ; Gabriel se débat et grimace, mais sa mère ne semble pas le voir, elle sourit comme si son enfant ne manifestait aucun inconfort. Est-ce trop dur, pour elle, de prendre en compte la gêne de son fils ?

Après avoir démêlé tous les tuyaux et câbles de la barrière du lit, la mère de Gabriel le sort de son lit et le dépose au tapis. Elle s'assoit alors spontanément sur une chaise, tandis que la psychomotricienne et moi-même restons au sol avec Gabriel. Cette situation me met mal à l'aise, car elle met la mère à l'écart, en la rendant observatrice d'une relation bébé-thérapeutes.

La psychomotricienne reprend le rôle d'interlocutrice de la mère, ce qui me soulage : prêter attention à ce que fait l'enfant, jouer avec lui, et en même temps prêter attention à sa maman, et lui parler, est encore difficile pour moi.

Gabriel est intéressé par le panier que nous avons utilisé pour amener le matériel nécessaire à la séance. Il le manipule longuement, dans une exploration sensori-motrice, en passant les mains dessus, le tapotant, regardant dedans... Les jouets, restés à l'intérieur, ne semblent pas l'intéresser. Assez vite, Gabriel gigote, se tord, se tend et grimace. Je ne remarque pas d'éléments dans l'environnement à l'origine de cette gêne. Je me demande si c'est sa respiration qui lui demande un effort trop important.

Une infirmière arrive pour le remettre sous ventilation mécanique. L'installation des tuyaux sur sa canule de trachéotomie et l'aspiration endotrachéale sont très désagréables pour lui et il pleure. J'ai du mal à assister à ces soins intrusifs : je n'arrive pas à prendre suffisamment de recul et j'ai l'impression de ressentir la gêne et la douleur de l'enfant. Ces soins ne sont pas parlés à Gabriel par l'infirmière et je ne le fais pas non plus sur le moment, de peur que cela déstabilise ou énerve la soignante.

Une fois re-ventilé, Gabriel se sent mieux. Il tire la langue, ce que nous reprenons et qui devient un jeu : il nous regarde tour à tour et attend nos réactions.

Il joue avec ses tuyaux de ventilation, et la psychomotricienne lui dit qu'il n'en a pas le droit. Il s'arrête alors et lâche les tuyaux, montrant qu'il est attentif à ce qu'on lui dit et qu'il peut comprendre une défense.

La maman nous tend alors un livre sonore de Gabriel sur les instruments de musique. Gabriel tourne les pages et choisit celle du violon, pour lequel il marque une nette préférence. Il retourne systématiquement à cet instrument et lorsque la musique commence, il sourit et nous regarde comme s'il voulait partager son enthousiasme.

La psychomotricienne me propose ensuite d'asseoir Gabriel. Je me positionne dans son dos pour le soutenir s'il en a besoin. L'hyperextension au niveau de sa nuque, liée certainement à la présence de la trachéotomie et des gros tuyaux qui y sont rattachés, oriente son regard vers le haut et il ne voit plus ses mains ni les objets qu'il manipule. Rapidement, il se laisse glisser en arrière contre moi. Je perçois cela comme un signe de fatigue : être assis lui demande beaucoup d'efforts. Sa mère paraît déçue de ce temps plutôt court. La psychomotricienne revalorise auprès d'elle les efforts qu'a déployés son fils pour maintenir cette posture. Comment s'accorder lorsque l'état de l'enfant malade trouble le fort désir d'une mère de le voir grandir et se développer comme les autres ?

Une fois allongé, Gabriel se retourne sur le côté et joue à faire rouler une petite balle à picots, que je lui renvoie, et qu'il fait s'éloigner à nouveau.

Pendant ce temps, la maman explique à la psychomotricienne que son enfant se désintéresse très vite d'un même jeu. Pourtant, sur cette séance, il a pu jouer longtemps avec le panier, puis son livre et enfin avec la petite balle. Peut-être que Gabriel est très dépendant d'un environnement et d'une relation sereins pour pouvoir jouer tranquillement et longtemps ?

Alors que nous rangeons les jouets à la fin de la séance, Gabriel se retourne sur le ventre pour attraper la balle à picots que je ne lui renvoie plus. Nous le félicitons vivement, et la mère est très fière de son fils. Lui est un peu perdu par ce changement rapide de position, mais finalement semble apprécier cette posture car il pose sa tête et se détend, comme pour se reposer. Nous quittons Gabriel et sa maman sur cette jolie fin.

La semaine suivante, Gabriel voit à nouveau son état respiratoire se dégrader. Il retourne en réanimation.

C'est au début du mois de mars que je retrouve Gabriel et sa maman. Nous arrivons dans sa chambre au moment des soins de trachéotomie, que la mère effectue avec une infirmière. Lorsque nous commençons la séance, Gabriel reste quasiment immobile au tapis, comme s'il se reposait

après ces soins éprouvants. La psychomotricienne s'assoit sur la chaise, et la maman et moi nous asseyons au tapis avec Gabriel.

Je dépose les jouets que j'ai amenés au sol. Gabriel saisit la cloche, qu'il va agiter toute la séance. Les autres jouets l'intéressent peu. Il secoue la cloche de manière répétitive, et si parfois il s'arrête pour observer et manipuler le battant, il recommence à l'agiter ensuite.

Le temps de ce jeu, Gabriel nous regarde beaucoup, dans les yeux, mais il n'utilise pas ce regard pour interagir. Il me donne la sensation de s'agripper. Plusieurs fois, après avoir accroché mon regard, il secoue la tête, ce que la mère et l'équipe soignante prennent pour un « non », mais ses mouvements, brefs, saccadés et répétitifs, m'apparaissent stéréotypés. Cela me fait penser à un agrippement sensoriel. Je l'imité et essaie de lui proposer des « oui », dans l'idée de transformer cette stéréotypie en un jeu. Il ne m'imité cependant pas en retour.

Lors de cette séance, plusieurs soignantes entrent et sortent de la chambre, car elles s'occupent du voisin de Gabriel. À chaque passage, Gabriel stoppe ce qu'il fait et regarde autour de lui ; il est en hypervigilance, obnubilé par tout ce qui l'entoure. Peut-être que les agrippements sensoriels décrits plus haut sont un moyen pour lui de se rassurer malgré un environnement toujours en mouvement ?

Comme Gabriel reste figé en décubitus dorsal, j'essaie de le mobiliser pour l'amener sur le côté pour lui permettre de mieux appréhender les autres objets mis à sa disposition. Mais il a peur dès que je le touche. J'arrête immédiatement en essayant de le rassurer verbalement.

Nous lui proposons alors un temps assis, au cours duquel il tient en trépied, sa mère restant dans son dos pour assurer sa sécurité. Parfois, il porte attention à un jouet ou un mouvement et lâche la main qui lui sert d'appui, ce qui le fait basculer sur le côté. Ses réactions d'équilibrations sont alors minimales, et il ne déplace pas sa main pour se rattraper.

À la fin de la séance, Gabriel râle ou pleure sans que j'y trouve de raison dans l'environnement extérieur. Les bras de sa maman ne suffisent pas à l'apaiser. Je lui chante quelques comptines, qui le calment un peu au début, puis n'y suffisent plus. Nous terminons la séance pour le laisser se reposer.

Gabriel est transféré le lendemain en réanimation, où il est sédaté et curarisé en raison de complications respiratoires sévères et des lourds soins qu'elles lui demandent de supporter.

À la suite de cet épisode, l'hôpital pédiatrique a demandé qu'il reste plus longtemps en réanimation. Son état est jugé trop instable.

À l'heure actuelle, Gabriel est donc toujours en réanimation, où il est progressivement sevré de la curarisation et de la sédation.

PARTIE THEORIQUE

Je vais m'intéresser dans cette partie aux toutes premières étapes du développement psychomoteur de l'enfant (envisagé comme une construction à la fois posturo-motrice, psychique et cognitive, affective et identitaire) ainsi qu'aux facteurs de l'environnement qui le permettent.

J'ai choisi de raconter les débuts de la construction psychocorporelle du sujet comme un continuum, sans préciser systématiquement les âges auxquels se font "normalement" les différentes acquisitions. La période que couvre mon écrit correspond globalement au premier semestre de vie, période durant laquelle le tout-petit est particulièrement dépendant de son environnement et sensible à ses variations.

Au terme de cette période, l'enfant fait de grands progrès dans l'activité instrumentale²⁴ qui lui permettent d'agir sur le monde et d'accéder aux premiers déplacements. Il devient capable d'anticipations et peut prévoir certaines variations de son environnement, qu'il ne subit alors plus totalement. La relation se triangule, l'enfant progresse vers son autonomie.

Avant d'en revenir aux premiers temps de la vie d'un nourrisson, je souhaite encore préciser que lorsque j'emploie le terme de "mère", je parle de la (ou des) personnes endossant la fonction maternante (maman de l'enfant ou substitut maternel).

I) Une co-construction du corps et du psychisme

A) L'équipement neurologique et sensoriel au début de la vie

1) Les compétences sensorielles du nouveau-né²⁵

Le petit d'homme naît très immature : les structures neurologiques et sensorielles ne sont pas tout à fait mises en place, ce qui amène des spécificités dans la perception qu'a l'enfant du monde et de soi. La perception correspond au traitement des informations captées par les récepteurs sensoriels, en les mettant en relation entre elles et avec la mémoire.

La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher, mais aussi le sens vestibulaire se mettent en place très tôt in utero, fournissant déjà au fœtus de nombreuses informations sensorielles.

Le **tact** est le premier sens à se développer chez le fœtus. Baigné dans le liquide amniotique, appuyé contre la paroi utérine, ce dernier a des sensations tactiles globales. Sa peau, encore très fine, favorise le vécu de ne faire qu'un avec sa future maman. La matrice utérine contient le fœtus, lui offre des sensations sur tout son corps et le maintient en position enroulée. À la naissance, cette matrice utérine disparaît, et ce sera à l'environnement de prendre le relai, tant pour garder le tout petit en position enroulée que pour lui offrir des stimulations corporelles globales.

²⁴ H. Wallon (1963) p. 134

²⁵ S. Békier et M. Guinot (2014) p. 91-93 ; M. Bruchon (2004) p. 10-12

La **nociception**, ou sensibilité à la douleur, se développerait au cours du deuxième trimestre de grossesse. On peut alors observer des réactions de protection du fœtus contre des lésions tissulaires²⁶, comme un retrait de l'autre côté de la matrice utérine lorsqu'une aiguille d'amniocentèse y est introduite. À la naissance, le nourrisson distingue clairement les signaux agréables des signaux douloureux et il utilise ces deux catégories pour classer ses expériences. Cela contribue à une organisation du monde en clivage²⁷. Les récepteurs à la douleur ne sont cependant pas mis en place de manière définitive à la naissance : en effet, chez l'adulte, une zone lésée qui cicatrise est le lieu de réimplantation persistante et exagérée de nocicepteurs ; cela laisse penser que la répartition des récepteurs à la douleur est en partie liée à l'histoire personnelle de chacun²⁸.

Le **système vestibulaire** (canaux semi-circulaires et labyrinthe) se met également en place tôt chez le fœtus. Ce sens va être très stimulé durant le temps de gestation par tous les mouvements de la future mère, mais également par les mouvements propres du fœtus. Au terme de la grossesse, le système vestibulaire est entièrement mature et les fibres du nerf vestibulaires sont déjà myélinisées. Les bercements que proposés au nouveau-né pour l'apaiser font écho à ces sensations vécues pendant la période intra-utérine.

Au niveau du **goût** et de l'**odorat**, qui vont de pair dans le milieu amniotique, ce que mange la mère modifie la saveur du liquide amniotique et le fœtus détecte ces variations. Après la naissance, le lait maternel voit lui aussi sa saveur modifiée par ce que mange la mère, et le tout petit y est sensible. Le bébé va également pouvoir reconnaître l'odeur maternelle pour laquelle il va marquer une préférence.

L'**ouïe** est le sens qui se développe le plus tard. Dès la seconde moitié de la grossesse, le fœtus peut entendre et réagir aux sons. Il est alors plongé dans une enveloppe sonore constituée des bruits du cœur, de la respiration de son enceinte, mais également des bruits de l'environnement extérieur. L'audition établit ainsi l'un des premiers contacts entre le monde extérieur et l'environnement utérin. À la naissance, le bébé différencie tous les phonèmes, y compris ceux qui ne font pas partie de sa langue maternelle, bien qu'il montre rapidement une préférence pour celle-ci. Il est attentif à la prosodie du langage. Dès quelques jours de vie, il sait reconnaître la voix de sa mère.

La **vue** est le sens qui met le plus de temps à se former. Le système visuel ne finira sa maturation que vers le 4^{ème} mois de vie. Le fœtus ayant les yeux fermés, la vision n'est pas stimulée in utero, bien que des mouvements des globes oculaires soient déjà présents. Lorsqu'il naît, le tout petit peut orienter son regard, mais ne peut pas accommoder. Il a d'autre part une très faible acuité visuelle. Le bébé va d'abord être attentif aux contrastes. Il peut suivre un objet des yeux mais d'une manière

²⁶ Site des Journées des Techniques Avancées en gynécologie obstétrique, consulté le 18/04/2017 : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1137

²⁷ Cf infra p. 40

²⁸ Pireyre (2011) p. 161

saccadée. Lorsque sa tête arrive au niveau de l'axe médian, le tout-petit décroche la cible du regard avant de la suivre à nouveau de l'autre côté de son axe.

La vue est importante dans la relation entre le bébé et ses partenaires, en particulier avec ses parents, car elle a une valeur d'accroche relationnelle. Le bébé regardé par sa maman se sent soutenu ; et le regard du bébé en retour permet à la mère de se sentir mère.

La **proprioception** peut être envisagée selon deux perspectives.

- D'une part elle correspond à toutes les informations collectées par les muscles et les articulations²⁹. Selon cette perspective, ce sens est vraisemblablement stimulé dès la période fœtale, lorsque les récepteurs musculaires et articulaires sont mis en place, par les mouvements que fait le fœtus dans le ventre de sa future mère.

- D'autre part, la proprioception est envisagée par plusieurs auteurs comme la coordination des informations vestibulaires, visuelles et musculaires. Elle serait alors la coordination entre différents sens, et mettrait du temps à s'affiner. S. Robert-Ouvray³⁰ envisage la proprioception dans son sens étymologique : elle est un sens à soi, un sens de soi, qui permet à l'enfant de sentir l'ensemble de son corps. Elle serait ainsi une base organique de la construction du sentiment d'identité. Dans cette perspective, si la proprioception est trop ou trop peu stimulée, cela sera dommageable pour l'enfant. A. Bullinger considère lui la proprioception comme la coordination entre sensibilité profonde, c'est-à-dire du corps propre, et signaux issus des flux sensoriels, informations issues de l'environnement. Pour lui, « la proprioception n'est pas un fait biologique, c'est une coordination susceptible de se modifier en fonction des interactions entre l'organisme et son milieu. »³¹ Elle se rapproche en cela de la notion de coordination intermodale qui est la capacité du tout-petit à mettre en relation différentes modalités sensorielles³².

Le nourrisson a donc une grande maturité sensorielle, qui lui permet de percevoir de nombreuses informations. Cependant, les **systèmes inhibiteurs**, freins de la sensibilité, ne sont pas achevés à la naissance³³. L'enfant peut donc être rapidement débordé par les informations qu'il perçoit, et n'a pas les capacités de les gérer seul. Le soutien de l'environnement sera ici fondamental.

2) La maturation neurologique

Si le petit d'homme a de nombreuses capacités sensorielles, il a également des compétences posturales et motrices. D'ailleurs, dès le cinquième mois de grossesse, la future mère peut sentir bouger son futur bébé. Si elle touche son ventre, le fœtus vient se coller à cet endroit ; cela permet

²⁹ Dictionnaire Larousse, consulté le 23/04/2017 :

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/proprioceptif_proprioceptive/64424

³⁰ S. Robert-Ouvray (2003) p. 24-25

³¹ A. Bullinger (2004) p. 26

³² S. Bekier et M. Guinot (2011) p. 91

³³ S. Robert-Ouvray (2003) p. 22

la création d'une première dynamique d'échange, qui participe à la mise en place d'un attachement précoce³⁴.

La motricité du nouveau-né dépend de son tonus, qui est la force de contraction des muscles résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur³⁵. Le tonus, influencé par des messages nerveux, est donc lié à la maturation neurologique de l'enfant. Cette dernière correspond au processus de myélinisation des fibres nerveuses. Une fibre nerveuse myélinisée conduit l'information plus rapidement, ce qui a des conséquences sur les modulations toniques dont est capable le nourrisson. La myélinisation se fait de manière progressive et, si elle débute in utero, elle ne sera achevée que vers les douze ans de l'enfant.

Durant la période de gestation, la myélinisation débute par le système sous-cortico-spinal (ou extrapyramidal), issu du tronc cérébral. Elle se fait dans le sens ascendant, ou caudo-céphalique, entre 26 et 36 SA. Le système extrapyramidal « a un rôle essentiel dans le maintien de la posture et de la fonction antigravitaire, c'est-à-dire le tonus des muscles extenseurs des membres inférieurs et de l'axe corporel. »³⁶ Il organise la motricité inconsciente et involontaire.

À partir de 34 SA débute la myélinisation du système cortico-spinal (ou pyramidal), issu du cortex hémisphérique. Celle-ci va être rapide jusqu'à deux ans et continue plus lentement jusqu'à l'âge de douze ans. Elle se fait dans un sens descendant, ou céphalo-caudal. Le système pyramidal va permettre le contrôle du tonus postural, notamment en modérant les réactions posturales en hyperextension, et le développement de la motricité fine³⁷.

Lorsqu'il naît, le nourrisson est organisé toniquement d'une manière particulière : les muscles de la colonne vertébrale sont hypotoniques, ce qui entraîne une position arrondie du dos³⁸, ce qui est nommé hypotonie axiale. En plus de celle-ci, le nouveau-né présente une hypertonie des muscles fléchisseurs des membres, qui est nommée hypertonie périphérique. Le bébé dispose d'une motricité encore principalement organisée par des réflexes, induits par le système extrapyramidal.

En lien avec ces réflexes et l'organisation tonique, le nouveau-né dispose d'un répertoire de quelques postures de base, qui peuvent être observées dès la naissance. A. Bullinger distingue dans ce répertoire des postures symétriques, de défense, et des postures asymétriques, d'orientation vers le milieu³⁹. « Ces postures peuvent être considérées comme des états d'équilibres autour desquels le bébé s'organise. »⁴⁰ Outre certaines postures réflexes qui sont retrouvées chez tous les nouveau-

³⁴ S. Békier et M. Guinot (2014) p. 84

³⁵ M. Jover (2000) p. 49

³⁶ *Ibid*, p. 84

³⁷ Site de l'IFP Pitié Salpêtrière, visité le 1^{er} avril:

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/POLY.Chp.2.html>

³⁸ A. Coeman et M. Raulier H De Frahan (2004) p. 45

³⁹ A. Bullinger (2004) p. 72-73

⁴⁰ *Ibid*. p. 138

nés, A. Danis a pu mettre en évidence l'existence d'un style postural dès la naissance⁴¹. Ce style postural est en quelque sorte une identité tonico-posturale qu'aurait le tout-petit. Il possède une certaine répartition tonique qui lui est propre. Celle-ci va évoluer au fur et à mesure des expériences, notamment affectives et relationnelles, du bébé. Pour C. Potel, « le tonus est la toile de fond historique du corps, le tissu où s'est imprimée la préhistoire du sujet. »⁴² Le tonus est ainsi une trace physique de l'histoire relationnelle du sujet.

L'organisation tonique et le répertoire postural de l'enfant s'enrichissent également grâce à la maturation du système pyramidal. Celle-ci dépend de trois grandes lois :

- La loi de différenciation décrit le passage qu'entraîne cette maturation neurologique d'une motricité généralisée et involontaire à une motricité plus fine et volontaire.

- Les lois de succession – céphalo-caudale et proximo-distale – déterminent l'ordre dans lequel l'enfant prend contrôle des muscles de son corps. La loi céphalo-caudale correspond au fait que la maturation se fait de la tête vers les pieds, entraînant des progrès dans la coordination statique. La loi proximo-distale énonce que la maturation neurologique progresse des épaules et des hanches vers les mains et les pieds, ce qui permet le développement des coordinations fines⁴³. Ses muscles répondant de mieux en mieux à une commande volontaire, l'enfant va pouvoir développer des schémas moteurs programmés génétiquement, qui correspondent aux mouvements « d'enroulement, de redressement et de torsion, de marche, de préhension » selon S. Robert Ouvray⁴⁴. Ils comprennent les Niveaux d'Évolution Motrice (NEM) décrits par M. Le Métayer en 1963⁴⁵ pour montrer les différentes étapes de déplacement au sol, et de relevé du sol jusqu'à la marche.

- La dernière grande loi de l'évolution motrice est dite de variabilité. Elle met en avant le fait que le développement moteur n'est pas continu et uniforme : il comprend des périodes de progression rapide mais aussi des temps de stagnation, voire de régression⁴⁶.

Maturation neurologique, motricité et tonus sont donc étroitement liés et évoluent de concert lorsque l'enfant grandit. Cependant, ce développement physiologique n'a pas pour seule finalité

⁴¹ A. Danis (1989) p. 55

⁴² C. Potel (2012) p. 118

⁴³ C. Benois-Marouani, M. Jover et A. Miermon (2014) p. 32 et 42 et Site de l'IFP Pitié Salpêtrière, visité le 01/04/2017 : <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/POLY.Chp.2.html>

⁴⁴ S. Robert-Ouvray, L'importance du tonus dans le développement de l'enfant, consulté le 03/02/2017 : <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/limportance-du-tonus-dans-le-developpement-psychique-de-lenfant/>

⁴⁵ Description du film « Pratique des niveaux d'évolution motrice » de M. Le Métayer, consulté le 03/04/2017 : <http://www.em-consulte.com/en/article/676727>

⁴⁶ Site de l'IFP Pitié Salpêtrière, visité le 01/04/2017 : <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/POLY.Chp.2.html>

des acquisitions posturo-motrices de plus en plus variées : conjointement à celles-ci, l'enfant se développe également sur les plans psychique, cognitif, affectif et identitaire.

B) Les débuts de la construction psychocorporelle

1) Le vécu du nouveau-né

a)angoisses et immaturité neurophysiologique

Le nourrisson dispose de nombreuses compétences sensorielles et toniques à la naissance, mais il reste cependant immature. Cette immaturité peut expliquer des particularités dans le vécu psychocorporel de l'enfant et peut notamment être mise en correspondance avec certaines angoisses archaïques. Nombre d'entre elles ont en effet été décrites chez le tout-petit, telles que celles de morcellement, de chute, de dévoration, de liquéfaction... Elles sont toujours décrites comme terribles ; Winnicott les considère comme des menaces d'annihilation. Elles privent en effet le nouveau-né du sentiment de continuité d'existence⁴⁷.

Les angoisses de morcellement et de chute en sont deux exemples.

L'immaturité du système nerveux périphérique et central pourrait expliquer un vécu du corps non globalisé chez le nouveau-né. H. Wallon considère que le nourrisson perçoit le monde de manière morcelée, les sensations n'étant pas associées entre elles en raison de l'immaturité neurologique. Cela a pour corrélat un morcellement psychique. Lorsque les structures neurologiques sont suffisamment développées pour associer les sensations entre elles, ces dernières sont unifiées dans le champ de la perception et une continuité mentale peut alors se mettre en place⁴⁸. Pour E. Pireyre, le morcellement serait ainsi d'abord physiologique, puis pourrait se revivre sous forme d'angoisse dans « une réminiscence plus ou moins consciente et plus ou moins “affectée” des expériences corporelles et psychoaffectives des premiers temps de la vie. »⁴⁹

Les angoisses de chute pourraient elles s'expliquer, du moins en partie, par l'absence de maintien de la tête, qui empêche les capteurs sensoriels (œil, vestibule, etc) de réguler la posture⁵⁰. De même que pour les angoisses de morcellement, si elles sont liées à des éléments neurophysiologiques au début de la vie, elles peuvent réapparaître indépendamment de cette immaturité de l'organisme.

b) Les débuts de la construction de l'image du corps

« L'organisme et le psychisme se “co-construisent”, le deuxième à partir du premier au début de la vie et les deux en parallèle très rapidement ensuite. »⁵¹ Ces premiers temps de la vie sont considérés comme la période de l'archaïque, pendant laquelle le psychisme ne peut fonctionner

⁴⁷ D. Winnicott (1961) p. 130

⁴⁸ H. Wallon (1963) p. 133

⁴⁹ E. Pireyre (2011) p. 167

⁵⁰ P. Delion et R. Vasseur (2010) p. 36

⁵¹ E. Pireyre (2011) p. 211

qu'en appui sur les caractéristiques de l'organisme⁵². Cette part archaïque de l'histoire du sujet est considérée par E. Pireyre comme faisant partie de l'image composite du corps.

M. Gauberti définit l'image du corps comme la part non maîtrisable du corps, qui caractérise l'originalité du sujet et sa manière d'être au monde. Pour elle, l'image du corps se structure « parce que le nourrisson humain est, dès sa naissance, saisi dans des réseaux de désir et de langage, que son corps ne peut pas être réduit à une entité isolable du corps dont il est issu, lui-même pris dans une lignée généalogique symbolique. »⁵³

Les premiers mois de vie, si nous ne nous en souvenons pas de manière consciente, restent cependant inscrits en nous au travers de notre image du corps.

2) *La théorie de l'étayage psychomoteur*

S. Robert-Ouvray va même plus loin : pour elle, non seulement l'immaturation neuromotrice est à mettre en lien avec le vécu psychocorporel de l'enfant, mais en plus cette organisation serait « la condition fondamentale et nécessaire pour que s'établissent les articulations précoces corps-psyché. »⁵⁴

Il existe en effet des liens d'étayage entre le corps et l'appareil psychique⁵⁵. Pour l'auteure, « notre corps s'organise et prend un sens pour nous, en même temps que notre psyché s'organise et prend un sens. »⁵⁶ L'organisation tonique du bébé associe hypotonie axiale et hypertonie périphérique. De plus, le tout petit oscille entre des états d'hypertonie, signant un inconfort ou un besoin, et des états d'hypotonie de satisfaction. Il va organiser son monde selon ces deux pôles ; sur le niveau tonique s'étayent un niveau sensoriel, un niveau affectif et enfin un niveau représentatif. Ainsi, au pôle hypertonique s'associent des sensations désagréables, mais aussi le déplaisir au niveau affectif et enfin une représentation de mauvaise mère. *A contrario*, à l'hypotonie correspondent des sensations agréables, un affect de plaisir et des représentations de bonne mère. Cette bipolarité psychomotrice va permettre à l'enfant de classer ses expériences en deux catégories ; bonnes ou mauvaises. En cela, l'organisation tonique du début de la vie est un organisateur moteur et psychique fondamental⁵⁷.

Toujours selon S. Robert-Ouvray, les premiers mécanismes de défense sont liés à la bipolarité tonique. Les deux pôles hypo- et hypertonique du début de la vie, associés aux expériences soit bonnes soit mauvaises, sont le support du clivage. Ce dernier correspond à la « coexistence, à

⁵² *Ibid.* p. 208

⁵³ M. Gauberti (1993) p. 2

⁵⁴ S. Robert-Ouvray, Le corps étai de la psyché, consulté le 03/02/2017 : <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-corps-etai-de-la-psyche/>

⁵⁵ S. Robert-Ouvray, L'importance du tonus dans le développement de l'enfant, consulté le 03/02/2017 : <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/limportance-du-tonus-dans-le-developpement-psychique-de-lenfant/>

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ *Ibid.*

l'intérieur du moi, de positions contradictoires. »⁵⁸ La coexistence de l'hypo- et de l'hypertonie permet au Moi de l'enfant de supporter les contradictions.

L'hypotonie primaire est de plus liée à l'introjection des bons éléments, importante pour le développement narcissique et la confiance en soi. L'hypertonie, elle, est reliée à la projection, « mécanisme de défense archaïque qui permet au sujet d'expulser de soi et de localiser dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, que le sujet méconnaît ou refuse en lui »⁵⁹.

Avec la maturation neurologique, le tonus du nourrisson s'équilibre, jusqu'à ce que des modulations toniques soient permises par le jeu agonistes-antagonistes. C'est ce que S. Robert-Ouvray appelle l'ambivalence : les mécanismes de clivage entre les deux pôles s'atténuent. L'ambivalence va concerner tous les niveaux d'organisation (tonique, sensoriel, affectif et représentatif). Le bébé crée des intermédiaires entre les deux pôles extrêmes du début de la vie. Au niveau représentatif, cela a pour conséquence la prise de conscience que la bonne mère et la mauvaise mère sont en réalité une seule et même personne. Le tout petit construit ainsi les notions d'objet total et de Moi total. « Grâce à cet étayage psychomoteur, l'enfant se construit comme un tout cohérent, comme une unité psychosomatique »⁶⁰. Il développe peu à peu une autonomie et une identité psychocorporelle.⁶¹

3) La mise en place de l'appareil psychique

Si la vie psychique préexiste à la venue au monde du bébé⁶², son appareil psychique n'est pas celui d'un adulte et le bébé puis l'enfant vont progressivement développer leur vie psychique ainsi que leur activité de pensée.

S. Robert-Ouvray, en lien avec sa théorie de l'étayage psychomoteur, nomme un « besoin tonique de penser » parmi les besoins primitifs psychocorporels du nourrisson⁶³. Au début de la vie, le bébé pense avec son corps, dans la mesure où il sait sensoriellement ce qui se passe pour lui. Par contre, il a besoin d'être confirmé dans ce savoir par les mots : le bavardage maternel, langage affectif, donne du sens à sa vie⁶⁴.

S'appuyant sur S. Freud, pour qui « le moi est avant tout un moi corporel »⁶⁵, D. Anzieu, donne également au corps une grande place dans la construction du psychisme. En effet, pour lui, « toute

⁵⁸ A. Lefèvre (2012) p. 173

⁵⁹ S. Robert-Ouvray (1993) p. 155

⁶⁰ S. Robert-Ouvray, L'importance du tonus dans le développement de l'enfant, consulté le 03/02/2017 : <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/limportance-du-tonus-dans-le-developpement-psychique-de-lenfant/>

⁶¹ S. Robert-Ouvray, Le corps étai de la psyché, consulté le 03/02/2017 : <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-corps-etai-de-la-psyche/>

⁶² A. Ciccone (1997) p. 11

⁶³ S. Robert-Ouvray (2003) p. 28

⁶⁴ *Ibid.* p. 30

⁶⁵ S. Freud (1981) p. 264

activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. »⁶⁶ Il développe alors **le concept du Moi-peau**, qui est 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. »⁶⁷ Le Moi-peau est une structure virtuelle, présente dès la naissance et influencée par la relation du nourrisson à son environnement, principalement à sa mère⁶⁸.

D. Anzieu⁶⁹ décrit huit fonctions de la peau, auxquelles correspondent huit fonctions du Moi-peau :

- La peau a une fonction de soutènement du squelette et des muscles, et, de même, le Moi-peau a une fonction de maintenance : il maintient le psychisme en état de fonctionner. Cette fonction du Moi-peau se développe par intériorisation du *holding*⁷⁰ maternel.
- Si la peau contient le corps comme un sac, le Moi-peau, lui, enveloppe tout l'appareil psychique. C'est la fonction de contenance, qui s'acquiert grâce au *handling*⁷¹ maternel permettant au bébé de ressentir au cours des soins toute la surface de la peau recouvrant son corps. Le Moi-peau constitue ainsi à la fois une limite et une interface entre dedans et dehors.
- Le tout petit va également trouver sur sa peau l'étayage nécessaire pour se construire sa propre fonction de pare-excitation psychique. C'est la mère qui assure ce rôle de pare-excitation tant que le nourrisson n'en a pas les ressources.
- De la même façon que les caractéristiques de la peau sont spécifiques à chacun, le Moi-peau apporte le sentiment d'être un individu unique. C'est la fonction d'individuation du soi.
- Comme la peau rattache tous les organes sensoriels, le Moi-peau relie entre elles des sensations de diverse nature, réalisant ainsi une fonction d'intersensorialité.
- Le Moi-peau a également une fonction de soutien de l'excitation sexuelle,
- ainsi qu'une fonction de recharge libidinale.
- Sa dernière fonction est celle d'inscription des traces : le Moi-peau conserve les traces d'une écriture originaire préverbale faite de traces cutanées.

Dans la théorie du Moi-peau, la peau procure donc un vécu d'enveloppe, de contenance, et d'unité, ce qui soutient le sentiment d'identité.

D. Anzieu considère le Moi-peau comme une enveloppe à deux feuillets : l'un tourné vers le monde extérieur, assurant la fonction de pare-excitation, et l'autre tourné vers le monde interne, recevant les excitations endogènes⁷². D. Houzel, qui s'appuie sur la théorie de D. Anzieu pour

⁶⁶ D. Anzieu (1985) p. 61

⁶⁷ *Ibid.* p. 61

⁶⁸ *Ibid.* p. 125

⁶⁹ *Ibid.* p. 121-128

⁷⁰ Cf infra p. 50-51

⁷¹ Cf infra p. 50-51

⁷² Houzel (2010), p. 103

élaborer celle de **l'enveloppe psychique**, considère cette dernière comme ayant 3 feuillets : la pellicule, la membrane et l'habitat.

Il définit la pellicule comme « l'effet de tension superficielle de la dynamique pulsionnelle elle-même. »⁷³ Elle est le feuillet des expériences pulsionnelles et émotionnelles. Pour D. Houzel, la pulsion est une force en quête de forme, une énergie qui cherche une rencontre avec un objet capable de la satisfaire. Lorsque la pulsion trouve une réponse appropriée dans un délai satisfaisant, elle se transforme en une forme psychique stable et organisée. La stabilité de la pellicule dépend donc de la réalisation des pulsions ; si elles ne trouvent pas satisfaction en temps voulu, la pellicule se déchire, ce qui entraîne une brusque perte de stabilité, un vécu chaotique. La pellicule a donc un rôle de contenance de la vie pulsionnelle : « la fonction contenant, qui est celle de l'enveloppe psychique, répond à une exigence de stabilisation des émergences pulsionnelles du bébé »⁷⁴.

La membrane, elle, est le feuillet des représentations. Elle stabilise la pellicule. Il existe plusieurs niveaux de stabilité dans la membrane, qui correspondent aux capacités de représentation de l'enfant. Le tout-petit, après un temps où la réponse à ses besoins doit être immédiate, apprend peu à peu à supporter des temps d'attente. Durant ces temps, la frustration est gérable pour lui et elle devient alors une pensée au-dedans de lui. Il peut penser l'absence du bon objet. Se développe alors un appareil à penser, pour penser cette pensée. Ensuite, avec l'apparition du langage, les pensées qui peuvent être nommées par l'enfant deviennent des concepts. On passe ainsi d'une représentation de chose à une représentation de mot. Les concepts correspondent au plus grand niveau de stabilité de l'enveloppe psychique.

L'habitat est le troisième feuillet de l'enveloppe psychique, et il correspond à une autre facette de celle-ci (et non à un niveau supérieur de stabilisation). « L'habitat répond à un principe de stabilité simple dans lequel c'est le lieu même que l'on habite dans l'espace qui doit être stable et pas seulement la forme et le déroulement des processus psychiques à l'œuvre dans le sujet. »⁷⁵ D'une part le monde extérieur a un rôle de réponse aux exigences pulsionnelles de l'enfant. D'autre part, le psychisme des autres personnes présentes dans l'environnement interagit inévitablement avec celui de l'enfant.

L'enveloppe psychique, enfin, a quatre propriétés⁷⁶ :

- l'orientabilité, qui permet une distinction entre sa face interne et sa face externe.
- la connexité, ou aspect de continuité de l'enveloppe.
- la compacité, qui est la propriété de recouvrir une surface (ici, celle de l'enveloppe psychique) par un nombre fini d'éléments consécutifs.

⁷³ *Ibid.* p. 24

⁷⁴ *Ibid.* p. 27

⁷⁵ *Ibid.* p. 31

⁷⁶ *Ibid.* p. 36-38

– l'élasticité, car l'enveloppe doit être à la fois suffisamment déformable pour pouvoir subir les influences des rencontres avec l'extérieur, et suffisamment consistante pour garder une cohérence qui lui est propre.

Toutes ces propriétés permettent à l'enveloppe psychique d'être à la fois une limite entre monde interne et monde externe, et suffisamment perméable pour assurer une communication entre ces deux mondes.

La construction d'une enveloppe psychique à soi renvoie aux processus de différenciation de la mère, ainsi qu'à la question de l'identité et de la subjectivation⁷⁷.

4) *Faire de l'organisme son corps propre*

En parallèle à la construction de l'esprit, l'enfant s'approprie son corps : de même que le psychisme du tout petit n'est pas construit et a à se développer, le sentiment d'avoir un corps à soi est loin d'être inné⁷⁸.

Pour A. Bullinger, qui considère que le corps est la représentation de l'organisme, « habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importantes à laquelle est confronté le bébé dans son développement. »⁷⁹

Habiter son corps demande, d'après A. Bullinger, de gérer les flux sensoriels qui stimulent l'organisme⁸⁰. Le moyen de gestion dont dispose le bébé est de libérer, par des décharges motrices, la tension accumulée lors des stimulations des flux. « Cette activité crée un état de l'organisme qui peut s'auto-entretenir et produire des émotions, source du sentiment d'unicité. »⁸¹

H. Wallon⁸² donne également une grande importance à la gestion des informations sensorielles dans le développement de la **notion de corps propre**. En effet, la confrontation des sensations du corps avec celles issues de l'extérieur permettent peu à peu à l'enfant de percevoir une différence entre un dedans et un dehors, qu'il peut commencer à se représenter simultanément. Deux autres types d'expériences sont nécessaires à l'élaboration de la notion de corps propre : les réactions de l'enfant envers son propre corps et la capacité de se reconnaître dans le miroir.

L'appropriation subjective de son corps – avoir un corps qui devient de plus en plus autonome et au service du désir, de la découverte, des expériences et de la curiosité – permet à l'enfant de prendre possession de lui-même⁸³.

⁷⁷ C. Potel (2012) p. 77

⁷⁸ *Ibid.* p. 75

⁷⁹ A. Bullinger (2004) p. 151

⁸⁰ *Ibid.* p. 152

⁸¹ N. Galifret-Granjon, citée par A. Bullinger (2004) p. 154

⁸² H. Wallon (1963) p. 121-150

⁸³ C. Potel (2012) p.78

Les **expériences sensori-motrices** ont un grand rôle à jouer dans cette appropriation, car elles permettent au tout petit de se sentir, mais aussi de se représenter : au début de la vie, les représentations sont constituées par les interactions entre l'organisme et son milieu. Ensuite seulement, des anticipations deviendront possibles au cours de l'action, ce qui montre que le bébé a une certaine représentation de ce qui va se passer. Les représentations stables, indépendantes de l'action, arriveront plus tard dans le développement de l'enfant⁸⁴.

La mise en place progressive des représentations caractérise la **période sensorimotrice** de J. Piaget. Pour lui, cette période est marquée par une « intelligence sans pensée ou sans représentation, sans langage, sans concept. »⁸⁵ L'intelligence sensori-motrice se détermine en présence de l'objet, des personnes, des situations, et son instrument est la perception. L'intelligence sensori-motrice est essentiellement pratique et fait intervenir la perception, le tonus, les postures, les mouvements, sans évocation symbolique. Elle est enfin constituée de schèmes qui sont des instruments de compréhension, mais sans pensées ni représentations. L'enfant exerce ses réflexes qui se consolident et continuent de s'organiser. Parfois, une action effectuée par hasard provoque un résultat intéressant. L'enfant va chercher à le répéter, et cette répétition permet la conservation de ce comportement. C'est ce que J. Piaget nomme la réaction circulaire primaire. Celle-ci ne concerne dans les premiers temps de la vie que les activités portant sur le corps propre⁸⁶. Elle permet par exemple au petit enfant qui met son pouce à la bouche par hasard de répéter cette expérience et finalement de l'utiliser comme moyen de réassurance.

Durant la période sensori-motrice, le bébé est très centré sur lui-même et il découvre son corps propre en même temps qu'il constitue son environnement. Aussi, la construction du Moi et de l'objet se font de manière conjointe. La période sensori-motrice correspond à la naissance de la conscience de soi-même et du monde⁸⁷. L'enfant n'a pas conscience des objets, mais perçoit simplement des tableaux sensoriels dans les premiers mois de sa vie. Le temps est alors une simple durée ressentie au cours de l'action, et les espaces sont perçus comme séparés avant de progressivement s'assembler entre eux⁸⁸.

Pour C. Potel, « la sensorimotricité du bébé constitue la trame même de l'émergence du sujet, la toile de fond sensible du sentiment d'existence, le tissu de la permanence et du sentiment de continuité de soi. »⁸⁹

Parmi les expériences sensori-motrices, la **posture en enroulement** est fondamentale dans le développement de l'enfant, à plusieurs égards.

⁸⁴ A. Bullinger (2004) p. 145-146

⁸⁵ H. Bidault et M-C. Tréca (2015) p. 155

⁸⁶ *Ibid.* p. 155-156

⁸⁷ *Ibid.* p. 158

⁸⁸ *Ibid.* p. 159

⁸⁹ C. Potel (2015) p. 32

Sur le plan musculaire, «la position enroulée favorise l'activation des chaînes musculaires antérieures droite et croisées en harmonie avec les chaînes postérieures. L'enfant peut ainsi refabriquer fonctionnellement et réinvestir libidinalement le plan antérieur.»⁹⁰ L'activation des chaînes antérieures, plutôt que la sur-sollicitation des chaînes musculaires postérieures, rend possible la jonction du pouce à la bouche ainsi que l'organisation d'une triangulation œil-main-bouche⁹¹.

Au niveau moteur, l'enroulement est également essentiel. «C'est sur cette posture regroupée [que le bébé] construit ses schémas moteurs de base, ses coordinations sensori-motrices, en particulier la coordination main-bouche, ses interactions avec le milieu humain, et qu'il réalisera plus tard une première unification de ses sensations corporelles.»⁹² Elle favorise également la motricité spontanée. Par le biais de l'expérience de l'enroulement, il apprend à maîtriser son corps et à se ressourcer face à un trop plein de l'environnement. C'est un retour sur soi essentiel pour se sécuriser et partir à la découverte d'un milieu autre que son corps

L'enroulement est une première structure motrice qui apparaît comme une base pour assurer le déploiement des autres⁹³. Associé à un certain relâchement, il favorise la disponibilité sensorielle⁹⁴. Il est lié à l'expérience de poids – se reposer sur, s'ancrer dans – et «le poids vécu est un organisateur affectif particulièrement important»⁹⁵. Accéder à cette expérience de poids, d'appui, nécessite une certaine sécurité de base (pour avoir confiance en celui sur qui ou en ce sur quoi on prend appui), mais sera également garante d'une sécurité future.

Enfin, la posture enroulée est définie par S. Robert-Ouvray comme l'un des besoins primitifs psychocorporels⁹⁶. C'est une posture autocentrée de réassurance narcissique qui assure la contention des sensations et des sentiments. L'enfant doit toujours pouvoir la retrouver pour se recentrer sur lui dès qu'il en a besoin.

Cependant, nous avons vu que le nouveau-né présente une hypotonie axiale. Dans les tout premiers mois de sa vie, il n'a pas encore les capacités toniques nécessaires pour maintenir cette position enroulée de lui-même. Le rôle de l'environnement sera alors précieux pour lui permettre d'accéder à cette posture.

⁹⁰ P. Delion et R. Vasseur (2010) p. 61

⁹¹ B. Lesage (1997) p. 101

⁹² P. Delion et R. Vasseur (2010) p. 61

⁹³ B. Lesage (1997) p. 102

⁹⁴ *Ibid.* p. 100

⁹⁵ *Ibid.* p. 100

⁹⁶ S. Robert-Ouvray (2003) p. 32

5) *La construction de l'axe corporel*

A. Bullinger⁹⁷ décrit le développement de l'enfant à travers l'expérimentation de différents espaces, correspondant chacun à des coordinations sensori-motrices et l'acquisition de fonctions instrumentales particulières. Cela permet « une progressive appropriation de propriétés des interactions entre organisme et milieu »⁹⁸, mais également la construction progressive de l'axe corporel. Cet auteur distingue cinq espaces dans les premières étapes du développement de l'enfant : les espaces utérin, oral, du buste, du torse et du corps.

L'espace utérin est caractérisé par la paroi utérine qui maintient le fœtus en position enroulée et contient ses réactions en extension. Un premier dialogue tonique se met en place entre le fœtus et la future maman. Tout le dos du fœtus est en contact avec la paroi utérine, et cette sensation d'appui-dos sera un élément de réassurance et de contenance pour le nourrisson après la naissance⁹⁹.

Lorsqu'il naît, le bébé a une motricité en réflexes et en mouvements généraux et spontanés, sans intentionnalité fonctionnelle : il bouge pour le plaisir de bouger. Ces mouvements sont fluides, complexes et très variés.¹⁰⁰ L. Meunier décrit également de petits mouvements d'oscillations et d'ondulations – d'abord involontaires – qui sécurisent le tout-petit et lui permettent d'investir ensuite d'autres mouvements, volontaires¹⁰¹. La préhension du nourrisson est d'abord réflexe (grasping) et elle devient progressivement préhension au contact, qui reste involontaire.

Le premier espace que le bébé va investir dans son corps est l'espace oral, lié à l'alimentation. Sa maîtrise dépend d'une coordination complexe entre des phénomènes de capture et d'exploration. Elle a pour finalité instrumentale le déclenchement d'une conduite de succion. Le déroulement du repas suit un certain nombre d'étapes qui permettent au nourrisson de se représenter peu à peu la séquence du repas. Leur rythme, mais aussi l'alternance de faim et de satiété, permet l'élaboration d'une contenance. En plus de la fonction d'alimentation, la zone orale est un outil d'exploration privilégié pour le tout-petit. Elle est également, en tant que premier espace investi par le bébé, le premier espace de l'image du corps¹⁰².

L'équilibre entre flexion et extension du buste n'est plus assuré par la paroi utérine. Le milieu humain a alors un rôle essentiel de suppléance au défaut d'enroulement du nouveau-né. Avec la maturation neurologique, le nourrisson acquiert de nouvelles compétences toniques et posturales qu'il peut utiliser pour trouver lui-même un équilibre entre flexion et extension du buste (espace du buste). Il expérimente ainsi le passage de l'enroulement au redressement essentiel à l'apprentissage

⁹⁷ A. Bullinger (2007) p. 134-135

⁹⁸ *Ibid.* p. 134

⁹⁹ G. Haag (1988) p. 3-4

¹⁰⁰ P. Delion et R. Vasseur (2010) p. 92-93

¹⁰¹ L. Meunier (2015) p. 15-16

¹⁰² P. Delion et R. Vasseur (2010) p.64

de la verticalité, ce qui lui servira plus tard à se maintenir droit sans sur-solliciter sa respiration en position assise.

L'apport du milieu humain, puis ses capacités propres, permettent au tout-petit de se créer un arrière fond, et donc de dépasser les conduites d'agrippement visuel. Il peut alors accéder à la fonction instrumentale de la vision, c'est-à-dire l'engager dans une conduite d'exploration.

L'espace du torse correspond à la coordination progressive entre les espaces droit et gauche du corps, aboutissant à la création d'un espace de préhension unifié. L'espace oral sert dans un premier temps de relais entre espaces droit et gauche, et lorsque ce relais n'est plus nécessaire, la zone orale peut s'investir dans des productions sonores à visée communicatives. « De manière simultanée à cette constitution de l'espace de préhension, l'axe corporel se constitue, associant l'équilibre flexion-extension et les possibilités de rotation. »¹⁰³

Dans le temps de l'espace du corps enfin se coordonnent le haut et le bas du corps, avec la conception du corps comme un véhicule, ce qui permet à l'enfant d'expérimenter les premiers déplacements : retournements, rampé, quatre pattes, et enfin la position debout et la marche autonome seront développées.

L'axe corporel relie alors les espaces avant/arrière, droite/gauche et haut/bas du corps. Il devient « *ligne rassembleuse et organisatrice d'une structure, sans laquelle tout mouvement serait dispersion et dislocation* »¹⁰⁴. De plus, « l'axialité apparaît [...] comme le signe et l'agent de cette différenciation et polarisation permanente qui conditionne l'identité et la relation en tant que fonctions indissociables et structurantes. »¹⁰⁵ L'acquisition de l'axe corporel sur le plan moteur et fonctionnel est corrélée à son intériorisation sur le plan psychique. Il permet alors au tout-petit d'exercer dans son corps la fonction de soutien que sa mère assurait¹⁰⁶. Il rend ainsi possible l'acquisition d'une certaine autonomie physique et psychique¹⁰⁷. L'enfant peut maintenant accéder aux différents modes de déplacements, s'éloigner ou se rapprocher de sa mère à son gré.

II) Un environnement « suffisamment bon »

A) L'équilibre sensori-tonique et la distinction de trois milieux

C'est tout d'abord H. Wallon qui utilise l'expression d'équilibre sensori-tonique pour définir « l'état interne de l'organisme qui permet de recevoir, sans désorganisation, les signaux issus de

¹⁰³ A. Bullinger (2007) p. 135

¹⁰⁴ B. Lesage (2006) p. 149

¹⁰⁵ *Ibid.* p.167

¹⁰⁶ M. Gauberti (1994) p. 13

¹⁰⁷ A. Maquin (2016) p. 34

l'extérieur »¹⁰⁸. A. Bullinger reprend cette notion : pour lui, cet équilibre permet de se sentir « exister de manière stable et [de disposer] de quelques moyens pour regarder et agir sur le monde. »¹⁰⁹ Il le représente schématiquement comme une surface d'équilibre¹¹⁰, sur laquelle agissent trois facteurs : le milieu biologique, le milieu physique et le milieu humain.

Le milieu biologique¹¹¹ est ce qui constitue l'organisme. Il comprend l'intégrité des systèmes sensori-moteurs, nécessaire à la perception des différents flux sensoriels, et l'intégrité du système nerveux central, permettant le traitement de ces informations et la constitution d'habituations, d'anticipations et de représentations. Le système nerveux est également nécessaire pour soutenir le mouvement en réponse aux flux sensoriels.

Le milieu physique¹¹² correspond aux conditions matérielles de l'environnement, à la cohérence du milieu et des flux sensoriels qu'il émet. Un milieu cohérent permet la création d'habituations, d'anticipations, et finalement de représentations.

Enfin, le milieu humain¹¹³, avec ses attentes et sa culture, est essentiel à la survie du bébé. L'environnement humain implique qu'il y ait une communication entre les individus. Le bébé dispose de capacités d'interaction au travers du tonus et du mouvement. Le dialogue tonico-émotionnel¹¹⁴ constitue le premier mode de régulation du nourrisson car ses structures représentatives ne sont pas encore en place. Cette forme de communication est immédiate, c'est-à-dire non médiatisée, et crée un espace de fusion entre le nourrisson et son partenaire. Un jeu de synchronie et d'échanges en différé rend possible l'ouverture progressive de cet espace de fusion, ce qui permet au tout petit de forger sa propre image, de se construire une identité propre.

Ces trois milieux, s'ils sont intègres et adaptés, potentialisent le développement de l'enfant, qui va alors pouvoir étendre sa surface d'équilibre sensori-tonique. L'étendue de cette surface augmente avec l'opérativité, capacité de penser et de se représenter le monde qui l'entoure. Plus la surface d'équilibre est grande, plus l'opérativité et la capacité de l'enfant à agir sur le monde sont importantes¹¹⁵.

¹⁰⁸ H. Wallon (1925) cité par S. Moray Fontanille (2016) p. 30

¹⁰⁹ A. Bullinger (2004) p. 158

¹¹⁰ Cf infra annexe 4

¹¹¹ A. Bullinger (2004) p. 155-156

¹¹² *Ibid.* p. 155

¹¹³ *Ibid.* p. 156-157

¹¹⁴ Cf infra p. 51

¹¹⁵ S. Moray Fontanille (2006) p. 31

B) Le rôle fondamental de l'environnement humain dans la construction de l'enfant

« Je suis (*I am*) n'a pas de sens si on ne dit pas d'abord je suis accompagné d'un autre être humain qui n'est pas encore différencié de moi. »¹¹⁶

1) Une dépendance totale au milieu humain

Lors de la naissance, le bébé et sa mère vivent une première séparation : ils quittent un espace de vie unique. Cependant, durant les premiers temps de la vie, une communauté spatiale et émotionnelle entre la mère et le nourrisson s'instaure, étayée par les relations de corps à corps. Leurs rythmes battent en synchronie. Ce type de relation est essentiel pour le tout petit qui est dans un état de dépendance absolue.¹¹⁷ L'adaptation particulièrement fine de la mère à ses besoins « préserve le narcissisme du nourrisson et joue un rôle de support au Moi naissant. »¹¹⁸ Cette relation est également nécessaire à la mère : l'état fusionnel de la grossesse qui se prolonge illusoirement est nécessaire pour que son bébé « la fasse mère »¹¹⁹.

L'état de la mère au cours des premiers temps de vie de son enfant a été nommé préoccupation maternelle primaire par D. Winnicott. Cet état débute peu avant la naissance du bébé et correspond à une grande capacité d'identification de la mère au nourrisson, lui permettant de comprendre et donc de répondre de manière ajustée à ses besoins¹²⁰.

Par la préoccupation maternelle, en tant que prolongement de la grossesse, la mère inscrit « l'enfant dans l'ordre du désir, car elle le dote d'une valeur de manque »¹²¹. Le désir de la mère envers son bébé, désir qu'il vive séparé d'elle, est fondamental dans la construction de l'enfant. « L'harmonisation corporelle dépend en grande partie des expérimentations motrices que l'enfant peut faire si et seulement s'il est accompagné par le désir porté dans le regard de ceux qui s'occupent de lui. »¹²²

Les soins purement fonctionnels ne suffisent pas à son développement, ni même à sa survie. Le tout-petit a besoin de relation, il « ne s'épanouit que dans l'échange. Caresses, sourires, regards, gestes, paroles sont autant de briques qu'il peut assembler pour construire l'image et l'estime de soi. »¹²³

D. Winnicott met en évidence l'importance de cette implication de la mère dans les soins qu'elle apporte à son enfant au travers des notions de holding et de handling.

¹¹⁶ D. Winnicott cité par A. Lefèbre (2012) p. 178

¹¹⁷ M. Gauberti (1994) p. 5-6

¹¹⁸ M. Bruchon (2004) p. 14

¹¹⁹ M. Gauberti (1994) p. 5-6

¹²⁰ I. Funck-Brentano (2015) p. 67

¹²¹ M. Gauberti (1994) p. 7

¹²² C. Potel (2011) p. 247

¹²³ A. Pinelli (2004) p. 29

Le handling correspond à la façon de soigner, de manipuler le tout petit. Il rend possible, selon l'auteur, le processus de personnalisation, c'est-à-dire « l'installation de la psyché dans le soma et le développement du fonctionnement mental »¹²⁴.

Le holding est la qualité du portage, tant physique que psychique, que la mère offre à son nourrisson. Il joue un grand rôle de protection contre toutes les angoisses que peut ressentir le bébé. En effet, les angoisses archaïques sont des menaces d'annihilation, de désintégration pour le tout-petit. « On peut dire que la mère qui apporte une protection du moi suffisamment bonne (quant aux angoisses inimaginables) permet à l'être humain nouvellement créé d'édifier une personnalité sur le mode de continuité de l'existence. »¹²⁵ Celle-ci correspond à « une sorte de sécurité intérieure, qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours "le même". »¹²⁶

Par son holding, mais aussi par la constance et la cohérence de ses réponses, la mère permet donc au nourrisson de se sentir vivant, d'avoir l'intuition de sa continuité d'existence¹²⁷, bien avant que ce sentiment soit solidement construit.

2) Un premier langage : le dialogue tonico-émotionnel

Le nourrisson ne peut pas encore parler mais il communique avec les personnes qui l'entourent par des cris, des pleurs, des sourires, des mimiques, des vocalises, mais aussi au travers de son tonus. Ce dernier étant lié à l'état affectif, il est un riche indicateur du vécu de l'autre. Le phénomène qui comprend le tonus comme mode de communication a été nommé dialogue tonique ou dialogue tonico-émotionnel par les auteurs.

H. Wallon met en évidence le lien entre tonus et émotions¹²⁸ ; il parle d'une relation tonico-affective entre la mère et son nourrisson¹²⁹. Celle-ci permet à la mère et au bébé d'être dans une fusion affective au début de la vie. J. de Ajuriaguerra reprend ensuite les travaux de H. Wallon et développe la notion de dialogue tonique, ensemble de phénomènes moteurs, prélude au dialogue verbal ultérieur¹³⁰. Pour lui, ce qu'exprime le tout-petit via son tonus pourra prendre sens pour lui grâce aux réactions de la mère qui les interprète, les comprend¹³¹.

M-F. Livoir-Petersen émet l'hypothèse que les émotions sont des représentations d'un état affectif vécu. Pour elle, le nourrisson n'a donc pas d'émotions, et c'est le milieu humain dans lequel il est baigné qui lui permet de passer d'un état tonique à un état émotionnel. Elle précise que « le bébé

¹²⁴ I. Funck Brentano (2015) p. 69

¹²⁵ D. Winnicott (1965) p. 14

¹²⁶ E. Pireyre (2011) p. 55

¹²⁷ M. Gauberti (1994) p. 7

¹²⁸ H. Wallon (1949)

¹²⁹ Site de l'IFP Pitié Slpétrièrre visité le 12/04/2017 :

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation2/POLY.Chp.4.html>

¹³⁰ J. de Ajuriaguerra (1962) p. 171

¹³¹ J. de Ajuriaguerra (1960) cité sur le site de l'IFP Pitié Slpétrièrre visité le 12/04/2017 :

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation2/POLY.Chp.4.html>

représente ses états toniques sous forme d'émotions [...] grâce à la perception simultanée de sa réaction et de celle d'autrui, dans ces moments qu'Ajuriaguerra a nommé "le dialogue tonique". »¹³²

3) Le rôle de la parole

Grâce au dialogue tonique, les personnes qui s'occupent du nourrisson sont pour lui un miroir sensoriel : il peut en percevoir les ajustements tonico-émotionnels face à ses propres variations toniques et états émotionnels¹³³. Ces dernières vont également mettre en mots ce qu'elles voient et ce qu'elles ressentent de l'état de l'enfant. C'est la combinaison de ces deux façons de traduire le vécu émotionnel du bébé qui lui permet progressivement de se représenter et de comprendre lui-même ses émotions. En effet, la mise en mots est inutile tant qu'elle n'est pas couplée à un accordage tonico-émotionnel de la part de l'adulte, tant que l'adulte n'est pas en empathie avec l'enfant.

Le langage, par sa prosodie, correspond à l'aspect sonore de l'ajustement parental¹³⁴. Au début de sa vie, le bébé est sensible à cette prosodie, à l'intonation de la voix et à l'intention de la personne qui lui parle. Il ne comprend pas encore les mots utilisés par l'adulte, mais le sens que ceux-ci mettent sur son vécu est fondamental pour son développement affectif. D'une part, la parole l'entoure d'une enveloppe sonore. D'autre part, ce bain de langage affecté lui permet d'intégrer peu à peu le sens des mots, et de les utiliser à son tour pour exprimer ses états émotionnels¹³⁵.

W. Bion met lui aussi l'accent sur l'importance du sens pour le nourrisson. Le tout-petit ne peut pas penser par lui-même et c'est sa mère qui lui prête son appareil à penser. Elle appréhende pour lui les données sensorielles et émotionnelles avant de les lui renvoyer sous forme d'éléments alpha¹³⁶. Elle joue ainsi le rôle de fonction alpha, qui rend les informations assimilables par l'enfant¹³⁷.

La fonction alpha est une fonction symbolique primordiale, indispensable à la pensée¹³⁸. La symbolisation est en effet ce qui caractérise l'activité de penser ; c'est elle qui permet de construire les objets de notre monde intérieur¹³⁹. Deux types de symbolisation sont distingués : la symbolisation primaire, « liaison de la trace perceptive à la représentation de chose »¹⁴⁰ et la symbolisation secondaire, « liaison entre représentation de chose et représentation de mots »¹⁴¹.

¹³² M-F. Livoir Petersen (2009) p. 104

¹³³ *Ibid.* p. 105

¹³⁴ *Ibid.* p. 106

¹³⁵ S. Robert-Ouvray (2003) p. 30

¹³⁶ Éléments alpha : ils sont « formés par les impressions des sens et les "vivances" émotionnelles transformées en éléments mnésiques » (A. Bizot, 2015, p. 95)

¹³⁷ A. Bizot (2015) p. 95

¹³⁸ *Ibid.* p. 95

¹³⁹ A. Ciccone (1997) p. 28-31

¹⁴⁰ *Ibid.* p. 29

¹⁴¹ *Ibid.* p. 29

Pour A. Ciccone, la symbolisation est un besoin du bébé car elle permet la mise en place des représentations¹⁴², et selon C. Potel, le processus de symbolisation primaire est à la base de toute construction psychosomatique.¹⁴³

Enfin, parler à un nourrisson, c'est déjà le considérer comme une personne, comme un sujet, et cela est déterminant pour sa construction et son estime de lui.

4) L'attachement

L'attachement est un besoin fondamental dans le développement de la personnalité¹⁴⁴ : « La recherche du contact corporel entre la mère et le petit est un facteur essentiel du développement affectif, cognitif et social de ce dernier. »¹⁴⁵ D'un point de vue éthologique, cette recherche de contact est un facteur indépendant du nourrissage, et la privation de la mère entraîne des perturbations qui peuvent devenir irréversibles¹⁴⁶.

Pour Bowlby, les conduites de l'enfant, d'abord réflexes (suction, fousissement, etc) puis plus volontaires (sourires, appel, locomotion, etc) « s'adressent progressivement à une figure de plus en plus discriminée »¹⁴⁷ ; cette figure d'attachement est généralement, dans notre société, la mère, dispensatrice des soins. Le plaisir du contact avec le corps maternel et l'agrippement sont à la base de l'attachement. Celui-ci a une double fonction :

- d'une part il protège l'enfant : l'adulte lui apporte une sécurité, contre un danger qui peut être réel ou non. Les comportements d'attachement sont de ce fait une ressource qu'a le nourrisson pour faire face aux angoisses archaïques qu'il peut vivre¹⁴⁸.

- d'autre part il a un rôle de socialisation, car l'attachement va plus tard se déplacer de la première figure (la mère) vers les proches, puis les étrangers, permettant à l'enfant d'investir des groupes dans la société¹⁴⁹.

Les comportements d'attachement sont enfin à la base de la séparation, dans le sens où ils permettent à l'enfant de construire la confiance dans le monde environnant, ce qui rendra possible, bien plus tard, la séparation d'avec la mère¹⁵⁰.

5) Le rôle du père

Durant ces premiers temps de vie, le rôle du père est notamment celui de soutien de la mère, et par extension de la dyade mère-bébé. « Bowlby soulignait dès 1951 que les pères, en “apportant amour et amitié [à leurs conjointes], la soutiennent émotionnellement et l'aident à maintenir un

¹⁴² *Ibid.* p. 28-29

¹⁴³ C. Potel (2012) p. 314

¹⁴⁴ M. Renault et E. Viterbo (2015) p. 123

¹⁴⁵ D. Anzieu (1985) p. 49

¹⁴⁶ *Ibid.* p. 49

¹⁴⁷ M. Renault et E. Viterbo (2015) p. 124

¹⁴⁸ P. Delion et R. Vasseur (2010) p. 37

¹⁴⁹ M. Renault et E. Viterbo (2015) p. 124-125

¹⁵⁰ D. Anzieu (1985) p. 49

climat harmonieux satisfaisant qui permet à l'enfant de se développer pleinement". »¹⁵¹ C'est parce que la mère est soutenue par le père qu'elle peut se laisser aller à la fusion avec son nourrisson dans les premiers temps de vie¹⁵².

Mais le père n'a pas que le rôle de soutien de la mère : il interagit également avec le tout-petit. Chaque personne ayant sa propre personnalité, sa propre signature tonique et sa propre façon d'être en relation, les modes d'interaction du père et de la mère sont forcément différents. De plus, le père a souvent un mode de relation plus tonique et stimulant, et la mère une façon plus apaisante et contenant d'interagir avec le tout-petit. Le nourrisson fait ainsi rapidement la distinction entre la relation à sa mère, plus contenant, et les interactions avec son père, qui l'ouvre plus sur le monde extérieur¹⁵³.

Enfin, dans la perspective psychanalytique, le père a un rôle de tiers et met symboliquement de la distance entre la mère et l'enfant, permettant l'ouverture de la dyade.

6) Une dynamique de séparation progressive

Progressivement, l'enfant se construit et devient moins dépendant du milieu humain. D. Winnicott parle de dépendance relative : l'enfant prend conscience de son état de dépendance en même temps qu'il se reconnaît comme séparé de la mère¹⁵⁴.

L'espace commun mère-nourrisson s'ouvre, et chacun (ré)investi un espace propre. Le corps à corps n'est plus l'unique et vital mode relationnel et de véritables jeux corporels se mettent en place. Les mouvements du nourrisson prennent un sens relationnel. L'enfant développe un babillage qui accompagne la construction du dedans et du dehors du corps, par la différence entre les sons émis et perçus. Conjointement à l'ouverture des espaces, l'attachement du nourrisson aux figures parentales se renforce et il devient capable de diriger ses manifestations affectives, telles que des sourires, vers les personnes de son choix. Le père, par sa fonction de tiers, donne sens à cette dé-fusion mère-bébé. Le nourrisson se percevant désormais comme un individu, séparé des autres, des jeux d'échange mais aussi d'imitation peuvent se mettre en place. Le bébé a développé une capacité à agir sur le monde et à se déplacer, premiers pas vers son autonomie.

C) La notion d'environnement « suffisamment bon »

D. Winnicott a utilisé le terme de "mère suffisamment bonne" pour décrire la mère qui sait s'ajuster de manière suffisante à son enfant pour lui permettre de se développer, de se construire.

Les qualités de la mère suffisamment bonne sont l'adaptation progressive, mais aussi la continuité et la fiabilité. Elle n'est ni trop changeante et imprévisible – car cela empêcherait le nourrisson de

¹⁵¹ M. Dollander et R. Lotz (2004) p. 286

¹⁵² C. Potel (2011) p. 246

¹⁵³ A. Delarocque (2013) p. 27-28

¹⁵⁴ D. Winnicott (1965) p. 48-50

percevoir une unicité et une continuité chez elle – ni trop adaptée à tous les besoins de l’enfant – car cela l’empêcherait de développer son autonomie¹⁵⁵.

D. Winnicott décrit également une autre notion importante dans sa théorie, celle de l’environnement facilitant. Il le définit comme un « environnement dans lequel les processus de croissance naturelle du nourrisson et les interactions avec l’environnement évoluent selon le modèle dont il a hérité. [...] L’environnement facilitant va dans le sens de ce dont l’enfant est potentiellement porteur. »¹⁵⁶

De même que la mère, l’environnement doit être suffisamment bon pour permettre un développement harmonieux de l’enfant. Il a les mêmes caractéristiques que la mère suffisamment bonne : l’adaptation au niveau de développement de l’enfant, la continuité, la fiabilité. L’enfant a besoin de s’appuyer sur un environnement humain et matériel stable pour développer toutes ses potentialités.

L’état de dépendance du tout-petit le rend particulièrement sensible à cet environnement. La dépendance est d’abord absolue, et dans cet état le tout-petit « ne peut pas acquérir la maîtrise de ce qui est bien et de ce qui est mal fait ; il est seulement à même d’en tirer profit ou de souffrir de la perturbation »¹⁵⁷. Le nourrisson arrive ensuite dans une phase de dépendance relative, où il est capable de se rendre compte de son besoin de soins maternels ; il progresse vers une capacité toujours plus grande de répondre lui-même à ses propres besoins¹⁵⁸. Par contre, dans les moments difficiles, l’enfant régresse et a besoin d’un retour à une adaptation presque parfaite de la mère et de l’environnement à son vécu¹⁵⁹.

Au-delà des réponses affectives et corporelles de la mère, l’environnement suffisamment bon concerne le respect des besoins physiologiques du tout-petit et l’aménagement d’un espace de vie qui concorde avec le niveau de développement de l’enfant. Ce dernier a besoin de vivre dans un monde cohérent en informations et de retrouver des lieux connus : cela lui permet de prendre des repères et de construire des invariants, qui sont nécessaires au développement du sentiment de sécurité. C’est à partir d’un environnement stable et soutenant que le nourrisson pourra se construire solidement et harmonieusement.

D) Les environnements délétères

Pour chaque enfant, il existe un seuil de stimulation adéquat. Il a été nommé « zone proximale de développement » par L. Vygotsky¹⁶⁰. Si l’enfant est stimulé en deçà de la zone proximale de

¹⁵⁵ A. Lefèvre (2012) p. 39-46

¹⁵⁶ *Ibid.* p. 176

¹⁵⁷ D. Winnicott (1961) p. 126

¹⁵⁸ *Ibid.* p. 126

¹⁵⁹ A. Lefèvre (2012) p. 46

¹⁶⁰ L. Vygotsky, cité par D. Melletier (1999) p. 30

développement, c'est une sous-stimulation car elle ne lui permettra pas de développer de nouvelles capacités ; au-delà de ce seuil, on parlera de sur-stimulation car l'enfant ne pourra pas intégrer cette expérience. La dystimulation enfin correspond à un manque de cohérence dans ce qui est proposé au nourrisson.

1) L'environnement sous-stimulant

Les sous-stimulations équivalent à toutes les carences de stimulations, qu'elles soient d'ordre affectif, comportemental, verbal ou cognitif¹⁶¹. J. de Ajuriaguerra parle de « *désafférentation en affects ou en afférences sociales ou sensorimotrices* »¹⁶², les afférences correspondant à tous les signaux venant de l'extérieur. L'environnement peut donc être sous-stimulant en raison de problématiques somatiques (la cécité ou la surdité par exemple empêchent l'enfant d'accéder à certains types de stimulations), matérielles ou humaines.

Le milieu matériel est sous-stimulant par exemple lorsque l'enfant n'a pas ou peu de jouets à sa disposition, ce qui limite ses expériences sensorimotrices. La sous-stimulation active l'assimilation sans solliciter l'accommodation¹⁶³ ; l'enfant utilise les schèmes sensori-moteurs qu'il a acquis mais ses expériences limitées ne lui permettent pas de modifier ces schèmes pour en acquérir de nouveaux. De plus, les sous-stimulations « sont insuffisantes pour maintenir présente une image corporelle »¹⁶⁴ et le risque est alors que l'enfant développe une activité stéréotypée pour préserver cette image.

Le milieu humain peut également être sous-stimulant : si le tout-petit manque de contacts humains, il sera en état de carence affective, ce qui peut le conduire vers les états de dépression anaclitique ou d'hospitalisme décrits par R. Spitz¹⁶⁵. Une carence en soins maternels, ceux qui apportent la sécurité, la détente et le bien-être nécessaires à l'enfant, provoque à la fois des troubles somatiques – l'enfant exprime sa douleur par son corps – un retard de développement psychomoteur et des perturbations sur les plans relationnel et affectif, l'enfant n'ayant alors plus d'intérêt pour ce qui l'entoure et désinvestissant progressivement son corps¹⁶⁶.

2) L'environnement sur-stimulant

Une sur-stimulation est une stimulation qui dépasse le seuil de tolérance de l'enfant. Il ne peut alors pas l'intégrer. L'exposition de l'enfant à des sources sonores, visuelles, olfactives ou encore tactiles excessives sont des exemples de sur-stimulation sensorielle¹⁶⁷. Pour S. Robert-Ouvray, ne pas aider l'enfant à gérer une surcharge sensorielle, mais aussi le non respect de son rythme

¹⁶¹ A. Delarocque (2013) p. 31

¹⁶² J. de Ajuriaguerra (1970) p. 515

¹⁶³ D. Melletier (1999) p. 30

¹⁶⁴ A. Bullinger (2004) p. 73

¹⁶⁵ R. Spitz cité par J. de Ajuriaguerra (1970) p. 520

¹⁶⁶ M-P. Desservettaz (1992) p. 33

¹⁶⁷ S. Robert-Ouvray, Les sur-stimulations sensorielles chez l'enfant, consulté le 21/04/2017 : <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/les-sur-stimulations-sensorielles-chez-lenfant/>

développemental, sont d'autres formes de sur-stimulation. Dans tous les cas, « l'enfant sur-stimulé est un enfant qui souffre. Il est débordé par les événements. Ses besoins de détente physique et psychologique sont lourdement carencés. L'accompagnement nécessaire et l'empathie dont l'adulte le prive porte atteinte à ses capacités de se construire dans la confiance. »¹⁶⁸

3) *L'environnement dystimulant*

« La dystimulation concerne l'absence de synchronisation entre différents événements sensoriels ou plus largement entre le comportement de l'enfant et son environnement. »¹⁶⁹ Elle peut être liée au milieu matériel (stimulations sensorielles inattendues et incohérentes) ou à l'environnement humain de l'enfant (les réponses apportées à l'enfant ne correspondent pas à ses besoins du moment).

Un environnement dystimulant est donc un milieu incohérent. Il rend difficiles les habituations, les anticipations et la construction de représentations. Les situations de dystimulation sont génératrices de stress. Elles sont propices à une hausse du tonus et au développement de stéréotypies, ce qui permet à l'enfant de garder une sensation continue de son corps¹⁷⁰.

L'hôpital, comme nous allons le voir, fait partie des environnements pouvant être définis comme délétères, à la fois sur-, sous- et dystimulant.

¹⁶⁸ *Ibid.*

¹⁶⁹ A. Canonica (2009) p. 10

¹⁷⁰ A. Bullinger (2004) p. 155

PARTIE

DISCUSSION

I) Impacts de l'environnement hospitalier sur la construction psychocorporelle du tout-petit

A) L'environnement hospitalier

« L'enfant hospitalisé est confronté à la double situation d'être malade et d'être malade à l'hôpital. »¹⁷¹ La maladie, mais aussi l'hospitalisation bouleversent les trois milieux qui permettent l'équilibre sensori-tonique.

1) Le milieu biologique

Le milieu biologique est touché par la pathologie somatique de l'enfant. Gabriel a de grosses difficultés respiratoires, ne mange pas normalement et doit être nourri par sonde ; Demba présente lui aussi des complications respiratoires, ainsi qu'une immaturité auditive et plusieurs malformations. Immaturité de l'organisme notamment liée à la prématurité, atteinte des systèmes perceptivo-moteurs, troubles sensoriels, sont des atteintes du milieu biologique fréquemment retrouvées à l'hôpital.

Ces perturbations somatiques peuvent limiter la perception qu'a l'enfant de son environnement, ce qui impacte l'équilibre sensori-tonique.

Elles peuvent aussi modifier la perception de soi : Gabriel est un enfant très douloureux, et ces expériences désagréables bouleversent la perception qu'il a de son corps. L'absence de sensations normalement présentes (par exemple digestives si la pathologie nécessite une nutrition parentérale) est un autre type de perturbation somatique qui impacte la perception qu'a l'enfant de son corps propre.

D'autre part, la problématique somatique de l'enfant nécessite une hospitalisation et des appareillages pour pallier les fonctions de l'organe déficient. Gabriel est ainsi nourri de manière artificielle, et une machine l'aide à respirer. Cela impacte les milieux humains et physiques.

2) Le milieu humain

L'environnement hospitalier bouleverse l'intimité du cocon familial dans lequel se retrouve généralement l'enfant dans le début de sa vie. Au lieu d'avoir ses parents pour principaux partenaires de relation, le nourrisson hospitalisé est séparé du milieu familial. Si l'enfant a déjà vécu un temps à domicile, la maladie et l'hospitalisation constituent une rupture brutale du système interactif et de l'environnement dans lequel il a vécu jusqu'alors.

La présence des parents – bien que ces derniers puissent rencontrer des difficultés à investir la relation avec leur enfant hospitalisé¹⁷² – se révèle souvent être un réel appui pour l'enfant, qui peut alors construire ou maintenir une relation avec eux. Certains d'entre eux, comme c'est le cas pour

¹⁷¹ D-A. Decelle, 1996, p. 37

¹⁷² Cf infra p. 75-77

Gabriel, peuvent passer beaucoup de temps à l'hôpital. Dans d'autres circonstances, et pour des raisons multiples (travail, distance, barrière de la langue, attachement perturbé, etc), les parents sont parfois moins présents auprès de leur bébé, comme c'est le cas pour la maman de Demba qui vient peu ou tard, notamment en raison de ses autres enfants dont elle s'occupe à domicile.

À l'hôpital, les enfants établissent des relations avec les différents intervenants qui les prennent en charge. Ceux-ci sont nombreux et varient au cours de la journée et de la semaine en fonction de leurs horaires de travail ce qui complique la mise en place de relations privilégiées. Demba voit ainsi six soignants différents être ses référents durant une même journée ; en plus de cela, ce ne sont pas toujours les soignants référents de l'enfant qui s'occupent de lui. De plus, les soignants ont un rythme de travail qui ne leur permet pas de prendre autant de temps avec chaque enfant qu'une maman en aurait avec son tout-petit. Le temps d'interaction de l'enfant avec les soignants qui s'occupent de lui est donc réduit. De plus la qualité de ces interactions peut être affectée par la nature des soins à effectuer (par exemple, les soins médicaux douloureux ou intrusifs).

Le milieu humain est ainsi impacté à deux niveaux. L'entrée dans la parentalité est mise à mal et vient affecter le parent dans son rôle de parent et d'appui pour son enfant ; cela sera abordé plus bas. D'autre part, le milieu humain de l'hôpital est constitué de soignants, qui changent et qui s'occupent de l'enfant d'une manière différente de son parent. Le holding et le handling dont bénéficie l'enfant sont alors modifiés.

Le holding est restreint à l'hôpital, tant sur les plans physique que psychique. Lorsque j'assiste aux soins de Demba, l'auxiliaire le soulève de son lit sans le prévenir pour l'emmener dans la salle de bain et le changer. Cet enfant montre alors un recrutement tonique et un agrippement. Il est surpris par ce qui lui arrive. Le portage est ici utilisé dans son aspect fonctionnel de déplacement de l'enfant, sans que puissent être pris en compte les aspects de maintien, de soutien nécessaires à son développement. Le portage physique, dans un but d'interaction ou d'apaisement de l'enfant est rendu difficile par le manque de temps de l'équipe soignante.

De plus, le portage psychique que peuvent offrir les soignants à l'enfant est forcément différent de celui des parents. Alors que les parents aiment leur enfant ce qui les amènent à prendre soin de lui, le soignant a pour rôle de prendre soin de l'enfant, ce qui l'amène à l'investir avec le temps¹⁷³. Le holding de toute l'équipe soignante se matérialise cependant au travers du projet de soins global qui est élaboré pour lui.

Le handling dépend de la disponibilité, de la qualité de présence de l'adulte durant les soins maternels. Si l'adulte a du temps à prendre avec l'enfant, ces soins n'ont pas seulement une finalité fonctionnelle mais peuvent au contraire être le prétexte à des expériences relationnelles et corporelles de plaisir. Souvent, le travail à l'hôpital limite la disponibilité des soignants à prendre le

¹⁷³ C. Vaquier Norguet (2010) p. 11

temps avec l'enfant, à se consacrer à ces jeux corporels. Par exemple, lorsqu'une auxiliaire effectue le bain d'un enfant, elle ne lui propose pas un temps de jeu ou de détente mais souvent elle réalise une chronologie de soins. Le handling, correspondant à la manière dont l'enfant est soigné et manipulé, englobe toutes les expériences que l'enfant fait de la surface de son corps en relation à l'autre. Nous avons parlé des expériences agréables qui peuvent être limitées, mais les soins médicaux, intrusifs ou douloureux peuvent également impacter le vécu de l'enfant ; nous verrons plus bas l'impact que peut avoir ce type de soins.

Le milieu hospitalier réduit les expériences relationnelles et interactionnelles. Les enfants sont peu portés. Les occasions de vivre des expériences affectives et plaisantes sont certainement plus rares qu'à domicile. Moins de paroles leur sont adressées, et par conséquent moins de sens est mis sur ce qu'ils peuvent vivre. Les enveloppes tactiles, sonores, la fonction contenante de la mise en sens, sont altérées.

L'hôpital, en appauvrissant le milieu humain, est susceptible d'engendrer des carences notamment affectives chez l'enfant. Or, « toutes les carences (qui pourraient engendrer une angoisse inimaginable) produisent chez le nourrisson une réaction qui entaille son continuum de vie. Si de telles réactions brisent constamment ce continuum, elles instaurent une structure de fragmentation de l'existence et le nourrisson, dont la structure fait apparaître de multiples solutions de continuité, aura une évolution qui, presque dès le début, sera orientée vers la psychopathologie. »¹⁷⁴ L'environnement humain hospitalier, appauvri, est un facteur de risque pour toute la construction psychocorporelle de l'enfant.

3) *Le milieu physique*

Le milieu physique est, lui, perturbé : d'une part par le contexte sensoriel de l'hôpital et les soins douloureux ou intrusifs que la maladie nécessite, et d'autre part car il est appauvri et ne fournit pas la quantité d'expériences dont le tout-petit a besoin.

a) *Un environnement sensoriel particulier*

L'environnement hospitalier renvoie aux enfants des stimulations sensorielles particulières¹⁷⁵, à tous les niveaux. Sur le plan sonore, comme nous l'avons vu pour Demba et Gabriel, les alarmes des différents appareillages sont bruyantes et sonnent de manière imprévisible. Elles génèrent un stress permanent et des modifications tonico-émotionnelles importantes¹⁷⁶. Au niveau visuel, la luminosité est souvent forte. Les allées et venues des soignants qui entrent et sortent de la chambre de l'enfant, souvent en parlant, constituent des mouvements inattendus dans l'environnement.

¹⁷⁴ D. Winnicott (1965) p. 14

¹⁷⁵ C. Waroquier (2006) p. 160

¹⁷⁶ L. Vaivre Douret et C. Wood (1997) p. 36

Le milieu de l'hôpital offre peu de stimuli olfactifs et gustatifs, surtout lorsque l'enfant est alimenté de manière artificielle. Ce type d'alimentation modifie également les rythmes du tout-petit, qui peut être nourri la nuit, ou comme Gabriel, de manière continue. Enfin, les nourrissons sont sans doute moins caressés et câlinés, alors qu'ils vivent des expériences douloureuses ou intrusives qui impactent la sensorialité tactile.

Le milieu hospitalier est donc à la fois sous-stimulant sur certains plans, et imprévisible voire agressif sur d'autres. Ces dernières caractéristiques sont celles de l'environnement dystimulant. Il manque ainsi de la prévisibilité et de la rythmicité qui permettent l'émergence d'anticipations et des premières représentations.

b) Des expériences "en plus" : la douleur

Le corps d'un nourrisson est normalement le lieu d'expériences sensorielles, notamment tactiles, agréables. Lorsque l'enfant est malade, ces expériences agréables sont limitées, et le tout-petit est de surcroît confronté à des expériences douloureuses ou intrusives.

L'état de santé de Gabriel et sa trachéotomie imposent des soins pénibles¹⁷⁷ qu'il a beaucoup de mal à supporter. Il a développé une mémoire de la douleur qui majore son angoisse par rapport aux soins, qui prend de plus en plus de place dans son vécu. Tout l'environnement en vient à devenir menaçant pour lui : il a peur des adultes qui s'approchent de lui, appréhende le toucher, met longtemps à accorder sa confiance à l'adulte et à établir une relation sereine avec lui... Si la douleur est au départ liée à un stimulus physiologique, elle a un impact sur tout le vécu psychocorporel du sujet. Elle peut laisser des traces, provoquer de l'angoisse. C'est la part psychologique de la douleur, la souffrance, définie comme un « état mental modulé par le vécu, le contexte de la maladie, le stress, l'histoire du sujet, et l'environnement de celui qui la vit »¹⁷⁸.

Pour D. Anzieu, « une douleur intense et durable désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps, affecte la capacité de désirer et la capacité de penser. »¹⁷⁹ Elle effracte les capacités de pare-excitation du petit d'Homme, qui ne peut la gérer seul. Lorsque les expériences douloureuses sont répétées, l'enfant peut développer différents troubles tels qu'un repli sur lui-même, une irritabilité, une réticence au toucher, des troubles toniques¹⁸⁰... Les angoisses archaïques sont majorées et le tout-petit développe diverses stratégies pour sentir exister son enveloppe corporelle : agrippement, trémulations, balancements, sont des moyens de maintenir une sensation à laquelle se rattacher pour se sentir exister.

¹⁷⁷ Cf. supra p. 27-28

¹⁷⁸ J.-P. Louvel et M. Omrana (2015) p. 152

¹⁷⁹ D. Anzieu (1995) cité par C. Waroquier, 2006, p. 160

¹⁸⁰ *Ibid.* p. 160

c) Des expériences manquantes

- Les problématiques de l'alimentation artificielle

Lorsque l'enfant est nourri de manière artificielle, les expériences autour de la zone orale sont considérablement limitées. Il n'est alors pas rare de constater que des troubles de l'oralité s'installent. Au niveau fonctionnel, une perte du réflexe de succion peut être observée, de même que des difficultés de déglutition ainsi que des fausses routes, qui empêchent l'enfant de manger. Sur le plan sensoriel, l'enfant est amené à développer des irritabilités. Gabriel qui au début de l'hospitalisation pouvait encore manger un peu, voit ses troubles de l'oralité s'amplifier. Il a de plus en plus de mal à supporter le contact d'un jouet, d'une tétine, ou des mains de l'adulte autour de sa bouche. Cela correspond à une hypersensibilité tactile de la sphère orale. Elle ne lui sert alors plus de mode d'exploration des objets, en plus de ne plus être impliquée dans les conduites d'alimentation. À force de ne plus investir la zone orale, les enfants peuvent également développer un réflexe hyper-nauséeux. Ces irritabilités ne concernent pas que la sphère orale. L'enfant peut également avoir du mal à toucher certaines textures ou être écoeuré par certaines odeurs.

Les expériences alimentaires chez le tout-petit sont corrélées à la relation mère-enfant et se déroulent dans un contexte affectif et social particulier. Or, « l'oralité difficile est associée à beaucoup de technicité dans la prise en charge médicale et infirmière ; il en résulte un court-circuit de l'oralité plaisir, affective et relationnelle. »¹⁸¹ Les troubles de l'oralité impactent le rôle nourricier de la mère et donc la relation parents-enfant.

De plus, l'alimentation artificielle empêche l'enfant d'expérimenter la chaîne narrative du repas. Celle-ci est pourtant très importante par sa rythmicité et sa répétitivité qui permettent à l'enfant une première perception du temps, et d'élaborer des anticipations, prémices de représentations.

Enfin, l'alimentation orale joue un rôle important dans la différenciation dedans/dehors¹⁸². La nourriture vient de l'extérieur et entre dans le corps par la bouche. Le corps se remplit, puis se vide, et cela permet à l'enfant d'expérimenter la contenance du corps. Avec un nourrissage artificiel, l'enfant certes se remplit et se vide, mais parfois la nuit ou sur de longues plages horaires, et il n'a pas l'expérience de prendre lui-même sa nourriture ; l'instauration d'un dedans/dehors du corps peut s'en trouver compliquée.

- L'environnement de découverte

L'environnement de découverte que peut proposer l'hôpital est appauvri. Demba, placé sous un portique ou avec peu de jouets près de lui, se balance.

¹⁸¹ F. Bellis, I. Buchs-Renner et M. Vernet, 2009, p. 61

¹⁸² C. Ponthiaux, 2010, p. 8

L'enfant est, de plus, entravé dans sa découverte du monde par les appareillages qui assurent les fonctions que son organisme ne peut assumer seul. Par exemple, Gabriel est relié par de courts tuyaux à la machine qui l'aide à respirer, ce qui limite considérablement l'espace dans lequel il peut évoluer, mais aussi les positions qu'il peut prendre. Le décubitus ventral est en effet gêné et désagréable pour cet enfant en raison des tuyaux de ventilation qui passent sur sa poitrine.

Gabriel reste très souvent dans son lit et ne sort quasiment jamais de sa chambre, en raison de sa dépendance à des machines difficiles à déplacer. Lorsque l'équipe soignante prend le temps de déplacer Gabriel et ses appareillages, cet enfant est placé dans une poussette, en position assise. Ne pouvant pas tenir cette posture seul, il s'effondre sur un côté. Les temps hors de la chambre ne sont alors pas des moments de découverte privilégiée pour cet enfant, car ils ne lui permettent pas de faire des expériences nouvelles.

L'éveil psychomoteur de l'enfant est impacté par la limitation de ses expériences sensorimotrices : le tout-petit se développe moins vite, sur tous les plans (posturo-moteur, coordinations, motricité fine, langage...).

Conclusion

Le milieu biologique est atteint par la maladie de l'enfant, et les milieux physiques et humains sont bouleversés par le contexte d'hospitalisation. L'impact de la maladie grave et de l'hospitalisation sur ces trois milieux influence la plateforme d'équilibre sensori-tonique¹⁸³ du petit d'homme. La surface de celle-ci diminue, et l'opérativité ainsi que la capacité de l'enfant à agir sur le monde s'en voient limitées. Cela entrave le développement psychomoteur de l'enfant.

B) Le vécu du bébé hospitalisé et sa construction psychocorporelle

1) L'axe corporel

Gabriel et Demba ont entre onze et dix-sept mois. À ces âges, les enfants s'inscrivent en général dans une dynamique de séparation progressive : ils s'affirment et se différencient par rapport aux autres. Ils apprennent à marcher, et cela leur permet de jouer à s'éloigner et à se rapprocher. Or, Gabriel et Demba ne se déplacent pas encore, ni en marchant ni par d'autres moyens. La tenue assise est compliquée pour eux, voire impossible : ils s'écroulent. Ces enfants n'ont pas encore construit leur axe corporel, et n'en sont pas encore à se redresser, s'affirmer et se séparer de l'autre.

2) Les expériences sensorimotrices

Pour A. Bullinger, l'axe corporel se constitue principalement avec l'espace de préhension. Demba et Gabriel peuvent prendre volontairement les objets, les passer d'une main dans l'autre, sans passer par la zone orale comme relais. Cependant, les expériences exploratoires de ces enfants apparaissent comme restreintes, en premier lieu par l'hôpital – dont la vocation première est le soin – qui propose un espace de découverte limité. En plus de cela, Demba et Gabriel ne manipulent pas

¹⁸³ Cf infra annexe 4

longtemps les jouets, les lâchent vite, et leurs explorations sont pauvres. Les irritabilités tactiles péri-oraux de Gabriel l'empêchent d'utiliser cette zone comme mode d'exploration des objets. Par rapport à leur corps propre, je n'ai jamais vus ces enfants jouer avec leurs mains. Gabriel peut applaudir, mais seulement par imitation de sa maman et des soignantes en fin de soins. Gabriel et Demba ne peuvent par ailleurs pas voir ni toucher leurs pieds, en raison de leur hyperextension axiale. Les expériences sensorimotrices de ces enfants sont donc réduites. Les premières perceptions du temps, de l'espace, l'enrichissement des schèmes sensorimoteurs que permettent les expériences sensorimotrices sont limitées.

3) *Enroulement, détente et appuis*

L'enroulement est une expérience sensorimotrice particulièrement importante¹⁸⁴. Il participe de la construction de l'axe corporel, lorsque l'enfant développe les capacités de s'enrouler de lui-même. Demba, présente une grande hypertonie notamment axiale qui l'empêche de trouver une posture en enroulement. Cette dernière est pourtant fondamentale dans le développement psychique et dans le déploiement des capacités motrices futures.

L'hypertonie de Demba peut également être pensée comme « une “manœuvre” de protection développée par l'enfant dans son corps, un réflexe de survie pour pallier l'absence d'un portage psychique et corporel adéquat. »¹⁸⁵ Cependant, si la hausse tonique est une ressource que trouve cet enfant pour se protéger, celle-ci a pour conséquence de « [retarder ou bloquer] le développement des autres fonctions psychomotrices, l'enfant employant toute son énergie à se tenir lui-même. »¹⁸⁶

Cet enfant a, de plus, des réactions d'agrippement très présentes. L'impossibilité de s'enrouler et l'agrippement signent la difficulté de Demba à lâcher son poids, à s'appuyer. Or, pouvoir s'appuyer puis repousser ses points d'appui est nécessaire au développement psychomoteur.

Demba reste quasiment exclusivement en décubitus dorsal : il ne se tourne que rarement sur le côté de lui-même et ne supporte pas que nous l'y amenions. Cela me questionne sur le rôle de l'appui-dos dans le vécu corporel de cet enfant. Il semble fondamental pour Demba tant il se désorganise dès qu'il le quitte. Selon G. Haag, le contact-dos, en rappel de celui du fœtus contre la paroi utérine, procure au bébé « la sensation-sentiment de sécurité »¹⁸⁷. Pour L. Meunier, un tout-petit qui n'expérimente pas et ne ressent pas ses points d'appui au sol y reste immobile et rigidifie ses muscles. Le sol devient alors un appui absolument nécessaire à sa continuité¹⁸⁸.

Concernant Gabriel, le haut de son dos ne s'enroule pas, notamment en raison de la présence de la canule de trachéotomie et de gros tuyaux dans son cou. Lorsqu'il est dans son lit, il a une posture

¹⁸⁴ Cf supra p. 45-46

¹⁸⁵ C. Potel (2012) p. 117

¹⁸⁶ *Ibid.* p. 117

¹⁸⁷ G. Haag (1988) p. 3

¹⁸⁸ L. Meunier (2015) p. 16

spontanée avec les jambes légèrement regroupées mais le haut du corps arqué vers l'arrière, en hyperextension. Son tronc est raide, hypertonique, et il ne se détend jamais. La posture de Gabriel et la détente limitée ne permettent pas à Gabriel d'expérimenter des appuis sécurisant sur le support.

Demba et Gabriel sont deux enfants présentant une hypertonie. Dans sa théorie de l'étaillage psychomoteur, S. Robert-Ouvray évoque l'importance de passer d'un pôle tonique (et sensoriel, affectif, représentatif) à l'autre. Une ambivalence peut alors progressivement se créer, et l'enfant acquiert les capacités de moduler volontairement son tonus, ce qui lui permet notamment de s'enrouler lorsqu'il a besoin de se recentrer sur lui. Gabriel et Demba, en restant sur un versant hypertonique, n'expérimentent que le pôle du dur, piquant, les affects de déplaisir et les représentations de mauvais objet. D'une part l'hypertonie les protège et les contient, mais d'autre part elle limite les expériences de plaisir et de détente. Figés dans ce pôle négatif, les allers-retours entre crispation et détente qui permettent de se construire ne se font pas.

4) Un vécu corporel archaïque et un besoin de contenance accru

Demba présente des auto-balancements et une hypertonie importante. Ces deux manifestations peuvent s'apparenter à des moyens d'entretenir une sensation corporelle permanente, afin de se sentir exister, de se contenir pour rester "entier". « Esther Bick décrit les formations de seconde-peau, substituts d'un contenant-peau défaillant. La seconde peau peut être de nature musculaire, ou motrice, le raidissement du corps tout comme l'agitation permanente protégeant le bébé contre des angoisses agonistiques primitives. »¹⁸⁹ Dans cette perspective, les comportements de Demba expriment et cherchent à contrecarrer un sentiment d'enveloppe fragile et un manque de contenance, ainsi que la recrudescence d'angoisses archaïques, telles que celle de chute. Le sentiment de sécurité de base semble ainsi fragilisé pour cet enfant. Il cherche des ressources dans un contact-dos permanent, l'élévation de son tonus, des auto-balancements et l'agrippement à l'adulte.

Gabriel, lui, manifeste une angoisse constante. La fluctuation de son état corporel et les allers-retours entre ses lieux d'hospitalisation ne constituent pas un contexte propice à la construction d'un sentiment de sécurité. Les moyens que trouve cet enfant pour s'apaiser, maintenir une image corporelle présente, se sentir exister et se contenir, sont des agrippements sensoriels sonores (agitation de la cloche) ou visuels (les visages et les yeux de l'adulte) et des mouvements saccadés de la tête qui lui procurent des sensations visuelles et vestibulaires. Les comportements de succion non nutritive, qui ont une fonction déstressante et permettent généralement d'apporter calme et plaisir à l'enfant¹⁹⁰, ne sont que rarement retrouvés à l'hôpital et sont absents chez Gabriel et

¹⁸⁹ A. Ciccone (2001) p. 87

¹⁹⁰ Site de la fédération française d'orthodontie – article sur la succion non nutritive, visité le 22/04/2017 : <http://www.orthodontie-ffo.org/la-succion-non-nutritive-du-nourrisson>

Demba. En plus de ces capacités d'auto-apaisement limitées, ces enfants ont du mal à s'appuyer sur l'adulte (excepté Gabriel qui peut trouver des ressources auprès de sa mère). Ils ne se laissent, du moins au début de leur prise en charge, ni approcher ni toucher. L'agrippement sensoriel, les stéréotypies motrices, et même l'hypertonie, constituent les moyens de protection trouvés par ces enfants mais ont pour inconvénients de limiter les possibilités d'interaction, et de ne pas permettre à l'enfant d'expérimenter et d'enrichir les schèmes moteurs nécessaires à son développement.

Pour ces deux enfants, revenir à des expériences de tout-petit semble nécessaire : la contenance notamment est une expérience qu'ils ont encore besoin de vivre, pour ensuite progresser dans leur développement. Ils n'ont pas encore construit leur propre enveloppe psychocorporelle, et sont dans un état de dépendance accrue à leur environnement.

5) Des conséquences aux soins douloureux et intrusifs

La peau de Gabriel est perforée par la gastrostomie et la trachéotomie. Les nombreux soins autour de ces nouveaux orifices sont intrusifs pour cet enfant, en plus d'être douloureux. Ils remettent en cause l'intégrité du corps de l'enfant : certaines parties du corps sont le lieu d'expériences désagréables qui se répètent, tandis que d'autres ne sont pas mobilisées ni investies. Cela entraîne un vécu psychocorporel morcelant qui vient « bouleverser la structuration du schéma corporel et de l'image du corps. »¹⁹¹

De plus, comment construire un Moi-peau, une enveloppe psychique, sur la base d'une enveloppe corporelle trouée et qui, constamment intrusée, peine à jouer sa fonction de limite et de protection entre l'intérieur de soi et l'extérieur à soi ?

S'approcher de la trachéotomie de Gabriel, voire simplement de lui, semble déjà "l'intruder". Il manifeste de l'angoisse, du stress, et pleure parfois même avant que le soin ait débuté. Cela me donne la sensation que les limites corporelles de cet enfant sont peut-être floues, ne correspondant pas tout à fait à celles de sa peau. Le fait de s'approcher de lui serait, dans cette perspective, déjà vécu comme une intrusion par Gabriel.

D'autre part, l'hypertonie du tronc que présente cet enfant pourrait être considérée comme une seconde peau musculaire. La peau de Gabriel, perforée, ne jouerait pas suffisamment son rôle de "sac" qui contient, et la contraction musculaire permanente serait une manière pour lui de se sentir contenu.

De la même manière que pour le Moi-peau, je m'interroge sur l'existence d'un corps-plaisir pour cet enfant. Le vécu corporel soutient la construction psychocorporelle du sujet. Le corps est normalement un objet de plaisir, de découverte, un outil d'expérimentation sur le monde environnant. Comment se construire de manière harmonieuse avec un corps qui, en plus d'être intrusé, est source de sensations désagréables (corps malade et douloureux) ?

¹⁹¹ L. Romano (1999) p. 25

6) *La relation aux autres mise à mal*

Lors de la dernière séance avec Gabriel, le mode d'interaction de cet enfant était particulier. Particulièrement absorbé par des autostimulations, il était difficile d'établir une relation avec lui. Certains enfants, en raison du manque d'interaction, d'un éventuel isolement, de soins difficiles, finissent par se couper de la relation voire de leur propre corps. Par exemple, Rosalie, une fillette d'un an, se débat lors d'un soin de canule. Après avoir essayé de se dégager durant un court instant, son corps devient hypotonique, mou comme une poupée de chiffon. Son regard, tourné vers la fenêtre de sa chambre (à l'opposé de l'infirmière qui s'occupe du soin), semble absent. Cette enfant semble ainsi désinvestir tant son corps que la relation à l'autre durant le soin. Lors de la séance de psychomotricité qui suit ce moment, elle va passer un long temps sur le dos, sans jouer, en position regroupée, comme pour se reposer. Le risque est aussi que le désinvestissement de la relation à l'autre voire du corps propre ne se limite plus au temps des soins. Ceux-ci, en compliquant la mise en place du Moi-peau, « placent l'enfant dans une position de repli face à un monde dangereux, tant sur le plan physique que sur le plan psychique. »¹⁹²

7) *Des difficultés de gestion des informations sensorielles*

Enfin, un autre point qui peut poser difficulté aux enfants hospitalisés est celui de la gestion des informations sensorielles. La chambre de Gabriel est un bon exemple de trop-plein d'informations : les entrées et sorties fréquentes des soignants, le niveau sonore élevé entre les discussions de chacun et les alarmes des machines, le fait que cet enfant soit dé-ventilé et que gérer sa respiration lui demande un effort, en plus de notre présence, nos mots et nos jeux... est ingérable pour lui. Il ne peut pas trier les informations sensorielles qu'il perçoit, et elles ne sont pas assez répétitives pour qu'il puisse s'y habituer. Gabriel est alors en hypervigilance, chaque stimulus sensoriel étant inattendu et vécu comme potentiellement dangereux.

Par contre, bien que ses sens soient saturés et ne lui permettent pas de prendre les informations du milieu afin de les utiliser, Gabriel peut s'agripper à une sensation (auditive : la cloche, ou visuelle : nos visages et nos yeux). Le trop plein d'informations et leur imprévisibilité ne permettent pas la stabilité du milieu nécessaire à une stabilité du vécu corporel¹⁹³. « Esther Bick signale comment, lorsque cette expérience de rassemblement interne fait défaut, le bébé s'accroche à des sensations, à des objets-sensations qui maintiendront provisoirement l'illusion d'un rassemblement. »¹⁹⁴

8) *Pour conclure*

Holding et handling perturbés, séparation précoce, particularités du milieu physique hospitalier, etc. influent sur la construction de l'enfant, qui voit être mis à mal ses sentiments d'enveloppe, de contenance, de sécurité de base, de plaisir corporel, et ses capacités à prendre appui, à réguler harmonieusement son tonus, à s'enrouler, à s'apaiser, à entrer sereinement en relation ou encore à

¹⁹² L. Romano (1999) p. 25

¹⁹³ Cf supra p. 43 (feuillet de l'habitat de l'enveloppe psychique de D. Houzel)

¹⁹⁴ A. Ciccone (2001) p. 87

gérer les flux sensoriels. Les problématiques présentées ici sont celles que j'ai pu fréquemment retrouver chez les tout-petits hospitalisés au cours de mon stage. Si chaque enfant ne présente pas forcément l'ensemble de ces difficultés et ne les exprime pas de la même manière, ces particularités restent des conséquences possibles de la maladie grave et de l'hospitalisation précoce. D'une manière générale, les enfants hospitalisés présentent un retard psychomoteur global, lié tant à leur pathologie et à l'énergie que la combattre leur demande, qu'à l'environnement hospitalier peu propice à leur développement harmonieux.

Le psychomotricien ne peut pas guérir la maladie de l'enfant, mais il peut agir sur l'environnement hospitalier. En quoi peut-il apporter des modifications à l'environnement physique, et participer à un environnement humain plus ajusté pour favoriser la construction psychocorporelle de l'enfant ?

II) Les apports du psychomotricien en séance de psychomotricité, avec l'enfant seul

Le psychomotricien intervient auprès de l'enfant au cours de séances soit individuelles, soit groupales. Les groupes peuvent être intéressants notamment pour favoriser l'éveil psychomoteur des tout-petits et les interactions avec les pairs. Durant mes jours de stage, je n'ai cependant pas pu participer aux groupes, qui ont lieu à d'autres moments de la semaine. Je ne vais donc traiter ici que des séances individuelles.

A) Objectifs thérapeutiques et médiations utilisées

1) Le cadre des séances

Le cadre des séances correspond au milieu physique que le psychomotricien peut offrir à l'enfant. « Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, un temps, une pensée. »¹⁹⁵

Le contexte d'hospitalisation demande au psychomotricien de s'adapter non seulement aux rythmes physiologiques de l'enfant, mais aussi à ses rythmes de soins et aux contraintes médicales ou institutionnelles. Sur un plan spatial, c'est souvent, comme pour Demba et Gabriel, la salle de psychomotricité qui se déplace dans la chambre de l'enfant et non l'enfant qui va en psychomotricité. Cela crée un contexte de prise en charge particulier, leur voisin de chambre et des soignantes étant parfois présents durant la séance. Dans le cas de Gabriel, qui ne peut être sorti de sa chambre en raison de sa dépendance à la VM, ce cadre spatial de séance est problématique car trop stimulant. L'environnement participe à son hypervigilance et limite la contenance que nous pouvons lui apporter.

¹⁹⁵ C. Potel (2001) p. 321

Par contre, il est peut-être intéressant malgré tout de travailler dans le cadre de vie de l'enfant. D'une part parce que cela nous permet de prendre en compte la réalité de son quotidien, et d'autre part parce que cela amène à échanger avec les équipes. Nous pouvons mettre des mots sur ce qui se passe dans la chambre pour y donner un sens, favoriser leur appropriation par l'enfant. Il pourra peut-être alors anticiper un peu mieux la multiplicité d'informations sensorielles qu'il reçoit au quotidien.

Dans le cas de Gabriel, nous n'avons pas pu aménager l'espace de la chambre de manière à ce qu'il soit suffisamment contenant et calme pour lui. Il y avait trop de contraintes à prendre en compte – le côté de la chambre qu'occupe Gabriel est le plus près de la porte et il n'y a que peu de place à cet endroit, beaucoup de personnes sont présentes dans la chambre, les tuyaux de ventilation sont très courts et offrent donc peu de possibilité de se déplacer... Pour Demba par contre, comme pour les autres enfants que j'ai pu prendre en charge, l'espace peut être aménagé. Lorsque j'entre dans la chambre de l'enfant, je toque pour annoncer ma présence, je coupe la musique si elle est allumée, je ferme la porte lorsque l'état de l'enfant le permet¹⁹⁶, je déplace le lit pour aménager un espace au sol plus grand ou pour créer une limite avec ce lit entre l'espace de la séance et le reste de la chambre... J'amène un tapis ou une couverture que je dispose au sol, pour matérialiser l'espace de notre rencontre, créer un repère. Tout cela compose le cadre spatial de la séance. L'espace est aménagé en fonction des possibilités qu'offre la chambre de l'enfant, mais également en fonction de la problématique de chacun des enfants.

Concernant le cadre temporel, l'horaire des séances est fixe ce qui permet de créer une rythmicité dans notre présence auprès de l'enfant. Cette régularité temporelle permet que les séances s'inscrivent comme des repères¹⁹⁷. Lorsque Gabriel est hospitalisé en service de réanimation, son créneau de séance est maintenu dans l'emploi du temps de la psychomotricienne afin de préserver une certaine continuité dans ce rythme lorsqu'il reviendra d'hospitalisation. L'enfant garde sa place dans l'emploi du temps mais aussi dans la tête du thérapeute, qui continue à penser l'enfant, qui prend de ses nouvelles ou essaie de créer un lien entre les hôpitaux. Cela permet une continuité du holding psychique du thérapeute pour l'enfant.

Cependant, il arrive que les créneaux doivent être modifiés, en raison d'une indisponibilité de l'enfant (par exemple s'il dort) ou d'un empêchement du côté du psychomotricien. Lorsque cela m'est arrivé, j'ai nommé ces changements à l'enfant. La rythmicité des séances peut être un appui structurant dans son quotidien, au même titre que ses rythmes de vie. Ceux-ci pouvant être impactés par le contexte de sa maladie, et notamment par l'alimentation artificielle¹⁹⁸, il me semble important de lui offrir l'appui supplémentaire de la récurrence des séances.

¹⁹⁶ A l'hôpital, les portes sont généralement ouvertes en permanence au cas où il y aurait un problème vital pour l'enfant, afin que les soignants puissent intervenir plus rapidement

¹⁹⁷ C. Potel (2010) p. 322

¹⁹⁸ Cf supra p. 63

Nous avons également vu plus haut que, lorsque les séances se font dans les chambres, le matériel est choisi et amené à l'enfant. Il a donc un choix de jouets limité par rapport à d'autres contextes de prise en charge dans lesquels il pourrait choisir ce dont il a envie parmi tout le matériel de la salle de psychomotricité. Cependant, les jouets amenés ne sont pas pris au hasard. Les objets sélectionnés ont donc toujours un lien avec les expériences vers lesquelles je souhaite amener l'enfant pour favoriser sa construction psychocorporelle.

2) *La fonction contenantante du psychomotricien*

Le psychomotricien endosse en séance certaines fonctions qui se rapprochent de celles de la mère dans le développement normal de l'enfant. Il a ainsi un rôle de contenance psychique et corporelle. L'agrippement de Demba, son hypertonie, sa difficulté à lâcher son poids donnent le sentiment que cet enfant ne peut faire confiance ni à son corps ni à son environnement. Le portage que je lui propose est très contenant, et je veille à lui fournir un maximum d'appuis. Les objectifs de cette contenance sont d'aider Demba à s'apaiser et de lui faire sentir qu'il peut s'appuyer sur moi, que je ne vais pas le laisser tomber et qu'il n'a pas besoin de s'agripper. Je lui parle aussi de ce portage, en lui disant que je le tiens fort. Ces paroles créent de plus une enveloppe sonore. Cette contenance corporelle favorise la posture en enroulement, la détente et le centrage sur soi. L'enfant va pouvoir s'appuyer sur ce vécu corporel pour se construire un sentiment de contenance psychocorporelle.

La fonction de contenance psychique du psychomotricien est celle de symbolisation, de mise en sens du vécu de l'enfant. Cette mise en sens passe par deux étapes, la symbolisation primaire et la symbolisation secondaire, transformation du vécu en représentation de choses puis de mots. L'ajustement corporel, par le dialogue tonico-émotionnel, est fondamental pour la symbolisation primaire¹⁹⁹.

Cet accordage demande une grande disponibilité psychocorporelle de la part du thérapeute. Il doit pouvoir être en empathie avec l'enfant pour comprendre ses états et y répondre de manière ajustée.

Demba, bien qu'il ait un an, est dans un mode de communication archaïque, corporel. Le psychomotricien doit donc se laisser aller à ces interactions archaïques, tonico-émotionnelles. C'est en quelque sorte une régression de sa part ; il utilise la « part bébé du soi »²⁰⁰ qu'il a toujours en lui. Cependant cette régression n'est envisageable que si le psychomotricien garde un certain recul : celui de savoir qu'il est adulte même s'il utilise cette part bébé de lui, celle de penser ce qu'il fait et pourquoi il le fait. Cela permet une certaine conscience de ce qui se joue dans la relation entre soi et l'enfant. Malgré la proximité physique, l'empathie et le dialogue tonico-émotionnel, cette “conscience relationnelle” crée un recul, une distance nécessaire à la relation thérapeutique.

¹⁹⁹ Cf supra p. 51

²⁰⁰ A. Ciccone (2014) p. 47

Le psychomotricien emprunte donc certaines fonctions de la figure maternelle, mais les pense et les utilise dans le but de favoriser la construction psychocorporelle de l'enfant.

L'utilisation de ces fonctions permet au psychomotricien de proposer en séance un espace où l'enfant pourra vivre des expériences nécessaires à son développement psychomoteur, tout en étant accompagné par sa présence, ajustée et empathique.

3) Objectifs principaux et médiations

Nous avons vu que l'environnement hospitalier fragilise certains aspects de la construction psychocorporelle de l'enfant²⁰¹ : enveloppe, contenance, appuis, régulation tonique, enroulement, capacités d'auto-apaisement, plaisir corporel, relation, gestion sensorielle sont ainsi des objectifs récurrents dans les prises en charge auxquelles j'ai pu participer à l'hôpital, en amont du soutien au développement moteur et aux activités plus "cognitives".

Le plaisir corporel et l'investissement du corps sont des objectifs toujours présents comme toile de fond des séances de psychomotricité. Un enfant se développe, se construit et se structure en effet entre autres au travers d'expériences sécurisées et agréables.

Le sentiment d'enveloppe et de contenance du corps, lorsqu'il est défaillant, est source d'angoisse et entrave la mise en place du Moi-peau et de l'enveloppe psychique, qui s'étayent sur le vécu corporel et notamment sur la peau. Avec Demba, ces dimensions sont travaillées au travers de portages dans les bras ou dans des tissus, ainsi que grâce à des bains en baignoire shantala. Ces situations lui permettent d'expérimenter une contenance et des sensations tactiles agréables (contact de l'eau, pression du tissu ou des bras de l'adulte sur sa peau) sur lesquelles il pourra s'appuyer pour qu'émerge le sentiment de contenance psychocorporelle.

La régulation tonique peut être mise à mal par une problématique neurologique ou musculaire mais aussi par le vécu émotionnel de l'enfant. Nous avons vu que Demba présente une grande hypertonie, dont les étiologies sont variées, bien qu'elles restent dans le domaine du vécu émotionnel. Le psychomotricien peut difficilement agir sur les capacités de régulation tonique en elles-mêmes, mais il peut permettre à l'enfant de vivre des expériences tonico-émotionnelles différentes. Varier les sollicitations et leur durée, proposer les appuis nécessaires ou des situations adaptés au mode de régulation tonique de l'enfant, sont des moyens de travailler sur la régulation tonique. Si c'est le relâchement qui est recherché, alors comme pour Demba, un travail autour de la contenance, de la sécurité de base et de la possibilité de s'appuyer permettra souvent à l'enfant de s'apaiser et de se détendre.

Lorsqu'il a pu l'accepter, le portage a été une médiation privilégiée dans les séances que j'ai proposées à Demba. Il m'a permis de travailler sur la posture enroulée, qui comme pour un tout-

²⁰¹ Cf supra → partie ID

petit devait être maintenue par l'adulte, Demba ne pouvant la retrouver seul. La possibilité de s'enrouler facilite la détente et va de paire avec la capacité de s'appuyer sur, intimement liée au sentiment de sécurité et fondamentale dans le développement affectif de l'enfant. Les appuis proposés à Demba, notamment dans son dos, au niveau de la nuque et du bassin, lors des portages, sont nécessaires pour l'inviter à lâcher son poids et se reposer sur l'adulte.

Ce sont les interactions vocales et œil à œil qui ont permis une première rencontre avec Demba. Les situations de portage ont ensuite favorisé le dialogue tonico-émotionnel. Cette interaction tonico-tonique, archaïque, est un mode de relation dont dispose le nourrisson dès le début de sa vie. Il est important de préserver ces différents types de relation lorsque l'enfant est hospitalisé. Le manque de contact humain et les soins difficiles peuvent en effet entraîner un retrait de l'enfant de la relation voire un désinvestissement de son propre corps.

La gestion sensorielle est un autre point qui peut s'avérer compliqué pour les enfants hospitalisés, en raison du grand nombre d'informations provenant de l'environnement. En séance de psychomotricité, le choix est souvent fait de favoriser un environnement calme et de limiter les afférences sensorielles. Le but est de permettre à l'enfant de faire des expériences sensorimotrices et relationnelles dans un cadre suffisamment stimulant sans trop l'être. Cela lui offre un espace dans lequel il pourra plus facilement expérimenter des schèmes et les enrichir, agir sur l'environnement, se construire ... peut-être pourra-t-il réutiliser ces acquis pour gérer certaines expérimentations et certaines sensations dans un environnement moins soutenant ensuite ? Parfois cependant, comme pour Gabriel, ce cadre ne peut être créé ; nous avons dû, avec cet enfant, nous adapter à un environnement trop riche en informations sensorielles.

La gestion des informations sensorielles est également abordée en séance lorsque le psychomotricien propose des jouets de textures variées à l'enfant. En effet, si l'enfant a certaines irritabilités, il peut avoir du mal à accepter certaines matières, ou certaines odeurs. Les lui présenter régulièrement est cependant nécessaire (entre autres) à sa désensibilisation.

Le portage, le dialogue tonique, les jouets de qualités sensorielles différentes sont donc les médiations que j'ai fréquemment utilisées au cours de cette année. Mais j'ai également considéré la séance de psychomotricité comme un outil thérapeutique à part entière, dans le sens où elle est un espace-temps où l'enfant peut décider de ce qu'il veut faire ou non ; il subit beaucoup de choses dans son quotidien, et lui permettre d'accepter ou non les jeux que nous lui proposons, de proposer lui-même des jeux, voire pour les plus grands de ne pas faire de séance si l'enfant s'y oppose, sont des moyens de lui redonner une place de sujet, fondamentale à sa construction psychocorporelle.

B) Intérêt et limites de l'apport du psychomotricien en séances individuelles

L'environnement quotidien de l'enfant ne lui permet pas forcément de vivre certaines des expériences nécessaires à sa construction psychocorporelle. Le psychomotricien propose un

environnement physique, par l'aménagement de l'espace de séance et le matériel apporté, et un milieu humain, grâce à sa disponibilité psychocorporelle et aux fonctions qu'il endosse, qui potentialisent ces expériences.

Les parents, les soignants et le psychomotricien portent l'enfant hospitalisé. Cependant, la spécificité du psychomotricien est alors qu'il n'utilise le portage ni comme une fin en soi, ni de manière uniquement fonctionnelle : il en fait une médiation thérapeutique.

Pour C. Potel, la médiation est ce qui va organiser la rencontre, coder la relation²⁰². La communication et l'interaction en sont ainsi les objectifs premiers. Elle permet aussi de faire vivre des expériences à l'enfant, utiles à la mise en œuvre de son projet thérapeutique. Ces expériences sont celles nécessaires à la construction psychocorporelle, dont l'enfant n'a pas pu bénéficier suffisamment ou qu'il a besoin de retrouver. Demba par exemple a besoin de (re)vivre un portage contenant, soutenant, lui offrant de nombreux points d'appui. Cela lui permet ensuite de se détendre, notamment au niveau de son axe, et donc de s'enrouler plus facilement. Repasser par ces étapes rend possible pour Demba leur intégration progressive. Elles lui permettront ensuite de repousser le support, ce qui entraînera des acquisitions motrices et les prémices d'une autonomisation.

Mais ces séances, brèves et ponctuelles (le plus souvent quarante-cinq minutes, deux à trois fois par semaine), ont-elles réellement un intérêt pour l'enfant ?

S. Robert-Ouvray apporte un élément de réponse : lorsqu'elle décrit l'expérimentation du pôle affectif de plaisir, elle explique que le sentiment de béatitude est « un état parfois fugace mais si fort qu'il donne un repère : “Ça existe !” »²⁰³. Les expériences vécues par l'enfant en séance de psychomotricité peuvent de même lui donner un repère : la contenance psychocorporelle, l'ajustement à ses besoins, la détente, l'appui sur l'autre, sont des expériences qui, même s'il ne les vit pas couramment à l'hôpital, vont être structurantes pour lui en cette qualité de repère. Peut-être qu'avoir vécu certaines qualités dans la relation permettra à l'enfant de mieux pouvoir les retrouver dans d'autres relations ensuite.

Pour B. Cyrulnik, la réponse qui est faite à ce qu'exprime l'enfant constitue un tuteur de développement. « Quand le tuteur est stable, le style relationnel s'inscrit dans la mémoire du nourrisson et crée un modèle opératoire interne »²⁰⁴. Ce modèle opératoire interne pourra être ensuite réutilisé par le bébé, dans d'autres situations. Le psychomotricien favorise la construction du bébé durant le temps de la séance, mais ce que le bébé a vécu en psychomotricité, il pourra le réutiliser au quotidien dans les interactions avec l'autre ou encore dans l'appropriation de son environnement.

²⁰² C. Potel (2010) p. 318

²⁰³ S. Robert-Ouvray (2003) p. 23

²⁰⁴ B. Cyrulnik (2001) p. 116

La ponctualité des séances peut cependant rester une limite au soutien que le psychomotricien peut apporter en séances individuelles pour un tout-petit. Il est alors important de créer du lien avec les parents et les équipes, d'expliquer ce que nous voyons de l'enfant et ce que nous travaillons en séance, afin que certaines attentions puissent être reprises au quotidien, ou du moins afin que ce regard différent sur l'enfant soit pensé par les personnes intervenant auprès de lui. Penser l'enfant, se mobiliser psychiquement pour essayer de mieux comprendre ce qu'il vit, participe en effet pleinement du holding psychique.

D'autre part, afin que la séance de psychomotricité ait une portée plus large que le seul temps de la séance, accompagner les parents en séances conjointes avec leur tout-petit prend tout son sens au regard du rôle de tuteur du développement de l'enfant qui est le leur.

III) L'accompagnement pouvant être proposé aux parents en psychomotricité

A) Le vécu des parents d'un bébé hospitalisé

La maladie et l'hospitalisation bouleversent la vie du tout-petit, mais également celle de ses parents et la relation qu'ils peuvent construire entre eux. Le parent d'un enfant malade ressent tout d'abord de l'angoisse, liée à la problématique de séparation qu'entraîne la maladie, mais aussi à la maladie en elle-même et à la notion de mort qu'elle implique. Ce sont des angoisses de perte de l'enfant²⁰⁵.

Les ressenti de culpabilité n'est pas rare. « Elle est inévitable dans la mesure où, constitutive de la structure même du développement humain, elle se trouve convoquée lors de toute perte, de tout travail de deuil, de toute mutation majeure. »²⁰⁶ Elle va de plus renvoyer le parent à ses culpabilités antérieures. Ainsi, la leucémie de Sandra, une fillette de deux ans et demi, fait ressurgir chez sa mère la culpabilité d'avoir "laissé" tomber sa fille de son lit lorsqu'elle était bébé.

La nécessité d'une hospitalisation entraîne l'enfant à vivre à l'hôpital. Les parents sont aujourd'hui des partenaires pour le soin de leur enfant. « Mais l'idée de faire une place aux parents souligne bien que jusque là, ils n'en avaient peu ou pas. »²⁰⁷ Ils peuvent en effet se sentir intrus dans cet environnement qui brouille les repères sensoriels, où un langage médical qu'ils ne maîtrisent pas est utilisé...

Avec l'hospitalisation, l'enfant et ses parents sont confrontés à la séparation. Deux cas de figure sont retrouvés. Le nouveau-né peut être immédiatement séparé de ses parents. C'est le cas notamment des enfants prématurés comme Alice et Demba. L'enfant est tout de suite enlevé à sa mère pour un besoin de soins urgent ; ceci empêche la constitution d'une peau commune qui

²⁰⁵ Duverger (2011) p.170

²⁰⁶ *Ibid.* p. 170

²⁰⁷ N. Long (2003) p. 258

atténuerait les nombreux changements provoqués par la naissance. Un sentiment d'irréalité de la naissance, lié notamment au fait de ne pas avoir d'intimité corporelle et sensorielle avec le bébé réel, peut apparaître²⁰⁸.

Dans l'autre cas, qui est celui de Gabriel, c'est après un premier temps de vie commun, plus ou moins long, que l'enfant est hospitalisé et séparé de sa mère. Cela crée une rupture qui interrompt subitement la dé-fusion progressive des premiers mois de vie. Ils sont arrachés l'un à l'autre avant qu'ils y soient prêts tous les deux.

Or, un homme ou une femme n'est pas père ou mère, mais le devient. C'est le bébé qui les rend parents. Comment devenir parents avec la séparation ? Lorsqu'il n'y a pas de premier temps de vie commun, la construction de la parentalité est compliquée, l'attachement en est impacté.

Lors d'une séparation dès la naissance, que devient l'état de préoccupation maternelle primaire décrit par D. Winnicott ? Selon J. de Ajuriaguerra, l'absence du bébé risque d'entraver ou de dénaturer la capacité d'empathie toute particulière de la préoccupation maternelle primaire. Elle peut alors disparaître quelques jours après la naissance. Selon lui, « la qualité ultérieure du lien entre la mère et son enfant peut en souffrir durablement »²⁰⁹. La mère est moins sûre d'elle, a plus peur de manipuler l'enfant et une dépendance aux médecins et à l'équipe soignante peut apparaître. Cette peur de manipuler l'enfant est encore accrue par la multiplicité des appareillages, vitaux, qui sont impressionnants pour les parents. Ainsi, la mère de Rosalie – grande prématurée désormais âgée d'un an, qui a le même type d'appareillages que Gabriel – reste assise sur une chaise devant le lit de son enfant. Elle passe toutes ses après-midis à côté d'elle, la regarde, mais n'ose pas la prendre dans les bras. Le parent n'ose plus porter son enfant, et le holding en est affecté.

Le portage psychique du tout-petit par ses parents est, lui, altéré par la difficulté d'investir un enfant malade, différent de l'enfant "normal" et "sans problèmes" rêvé et souhaité avant la naissance et la maladie. Avec l'hospitalisation, l'enfant ne se développe pas aussi rapidement et le père de Demba comme la mère de Gabriel ont pu exprimer leur désir que leur fils tienne assis, cette posture, début de verticalisation, étant le signe que leur enfant grandit et se développe comme un autre. La séparation prolongée impacte également ce holding : le parent porte les préoccupations de son enfant malade, et s'inquiète pour son épanouissement.

La séparation de l'enfant, qui est confié à l'équipe médicale, peut aussi être vécue par les parents (et notamment la mère) comme une dépossession. Ils ne sont plus garants des soins et de la protection de leur tout-petit. C'est l'équipe soignante qui a la charge des soins vitaux de l'enfant. Une manière pour le parent de s'inscrire dans le soin de son enfant peut alors être de se former aux gestes médicaux que nécessite l'état de l'enfant. La maman de Gabriel est ainsi formée aux

²⁰⁸ M-R. Dulguérian (2012) p. 2

²⁰⁹ J. de Ajuriaguerra (1982) p. 460

changements de cordon et envisage d'apprendre à changer la canule de son fils. Lorsque les enfants sont suffisamment stables sur le plan somatique, être formés aux soins permet aussi aux parents de retrouver leur enfant chez eux le temps d'une permission.

Par ailleurs, s'investir dans ces gestes techniques, concrets, est un moyen pour le parent de mettre à distance son angoisse.

Le risque est cependant qu'il investisse moins les soins maternants garants du développement d'une relation affective réciproque. Le handling du parent envers son enfant en est appauvri. L'empathie du parent pour son enfant, le décryptage de ce qu'il renvoie, peut alors être compliqué. Aussi, la mère de Gabriel n'est pas toujours très accordée à ce que renvoie son fils : ses interprétations des manifestations de Gabriel ne sont pas toujours ajustées à ce qu'il renvoie. Elle ne perçoit pas forcément les signes d'inconfort de son enfant et lorsqu'elle les voit, sa réponse est d'aspirer Gabriel. Elle ne lui parle pas de ce qu'elle perçoit de son état à ce moment là, et ne le prend que rarement dans ses bras pour le rassurer.

Le parent, qui est pris sur le plan psychologique par tous les sentiments que nous venons de voir, peut ainsi avoir du mal à s'accorder à son enfant. La relation parents-enfant est alors affectée d'une part par les conséquences que l'hospitalisation du nourrisson a sur le vécu du parent et d'autre part par le retard et les difficultés développementales que l'enfant manifeste avec l'hospitalisation prolongée. Les difficultés d'ajustement entre Gabriel et sa maman ainsi qu'entre Demba et son papa sont flagrantes. Les séances de psychomotricité accueillant de manière conjointe l'enfant et son parent prennent alors tout leur sens.

B) L'accompagnement d'une dyade en psychomotricité

1) Accompagner une dyade mère-enfant en séance de psychomotricité

a) Objectifs et intérêts des séances conjointes

Impactée par la maladie et l'hospitalisation, la relation entre un bébé malade et son parent ne va pas de soi. Les séances conjointes parents-nourrisson en psychomotricité peuvent être une médiation pour soutenir cette relation. Elles permettent au psychomotricien de valoriser les capacités parentales et de favoriser l'accordage du parent à son tout-petit. Le rôle de ces séances conjointes est aussi de soutenir les interactions parents-enfant : « jouer avec l'enfant au tapis [...] peut amener certains parents à investir le jeu dans ses qualités non seulement instrumentales [...] mais aussi dans ses qualités d'échange et de communication. »²¹⁰

Les séances conjointes parent-nourrisson ont ainsi pour vocation d'être un tremplin à la relation, qui permettra au parent d'être suffisamment accordé et disponible à son enfant pour le soutenir

²¹⁰ *Ibid.* p. 198

dans sa construction malgré la situation d'hospitalisation. Elles ont tout leur sens dans la mesure où le bébé « n'existe pas » seul : la dépendance à son parent est grande.

Dans ce type de séance, le psychomotricien crée un cadre qui accueille le parent et l'enfant. Cet espace a pour but de permettre une rencontre entre eux.

En séance individuelle le psychomotricien cherche à faire (re)vivre des étapes nécessaires au développement de l'enfant, qui sont en amont des difficultés qu'il donne à voir. En séance conjointe parent-bébé, le psychomotricien a le même objectif, mais il prête une attention essentielle à ce que ce « retour en arrière » se fasse dans une dynamique relationnelle dans laquelle le parent est à la fois un soutien pour l'enfant et à la fois un interlocuteur privilégié. Ceci n'est pas toujours évident dans le contexte de l'hôpital, la mère ou le père pouvant avoir grand mal à occuper cette place. Le psychomotricien a alors pour rôle d'accompagner les deux protagonistes à se retrouver, à faire ou refaire connaissance, à vivre ou revivre (de cette même manière) les expériences à deux, ou trois, qui leur ont fait défaut.

Le rôle d'accompagnement et de soutien à la rencontre parent-enfant est essentiel, d'autant plus lorsque le vécu parental est rempli d'angoisses, de peurs ou d'incertitudes qui empêchent la création d'un lien affectif solide. Ces ressentis cherchent, au même titre que les craintes de l'enfant, une contenance, un réceptacle. Les séances de psychomotricité sont parfois utilisées par les parents pour évoquer des difficultés, un vécu émotionnel compliqué lié à la maladie et l'hospitalisation de leur bébé. « La psychomotricité demeure parfois le seul moyen d'entrer en relation avec certains parents qui, dans un premier temps, s'avèrent très réticents à parler à un psychiatre ou à un psychologue de leurs inquiétudes. »²¹¹

Le psychomotricien protège le narcissisme des parents²¹², mis à mal par la maladie et l'hospitalisation. En soutenant le parent et en lui offrant l'espace pour interagir avec son enfant, des liens peuvent peu à peu se solidifier.

En trois séances conjointes entre Gabriel sa maman, une évolution peut déjà être notée. La psychomotricienne a tout d'abord pris le rôle d'interlocutrice de la mère pendant que je « jouais » avec Gabriel, ce qui a créé deux espaces au sein de la même séance, un pour cette maman et un pour Gabriel. La mère, qui montre son besoin d'être soutenue, contenue, a ainsi pu trouver une écoute auprès de la psychomotricienne. Elle a alors pu, avec le soutien de celle-ci, observer les réactions de son enfant. La psychomotricienne a en effet utilisé ces temps de parole pour mettre en avant les réactions et progrès de Gabriel. Lors de la dernière séance à laquelle j'ai participé, la mère était au tapis avec nous et a plus interagi avec Gabriel. Je lui ai proposé de montrer un livre à son fils, ce qu'elle a fait timidement. Elle a pu prendre Gabriel contre elle lorsque j'ai nommé le

²¹¹ M. Rodriguez (2009) p. 39

²¹² *Ibid.* p. 39

désarroi de cet enfant en fin de séance... Ainsi, après deux séances où la maman est en retrait, elle et Gabriel peuvent se rencontrer. L'environnement soutenant que nous avons pu créer pour cette maman lui permet de doucement expérimenter cette position et de contenir, accompagnée par notre fonction contenante, le désarroi et les manifestations émotionnelles de Gabriel sur une fin de séance.

Souligner ce que fait l'enfant, mettre en mots son état, mais aussi les mimiques et les réactions que le psychomotricien a en présence du parent sont autant de supports pour ce dernier qui l'aident à décrypter le vécu de son enfant et s'y ajuster²¹³.

Les parents réinvestissent petit à petit leur enfant, tant corporellement, par le jeu ou le portage, que psychiquement – sur un autre mode que l'angoisse et la douleur. L'enfant malade est décevant pour les parents, dans la mesure où il ne correspond pas au bébé idéal souhaité. Au travers du jeu, des interactions, les parents reprennent contact avec l'enfant réel.

En pouvant petit à petit réinvestir leur enfant, comprendre ce qu'il renvoie, s'accorder à lui, les parents réinvestissent leurs fonctions parentales (maternelles). Ils endossent à nouveau leur rôle de soutien au développement de leur enfant, malgré son hospitalisation. Et nous avons vu à quel point les fonctions de la mère et de l'entourage humain sont essentielles à sa construction.

En séance conjointe parent-enfant, les sollicitations tant du psychomotricien que des parents vont permettre au bébé de déployer ses compétences motrices et expressives, de s'investir dans la relation à l'autre, d'habiter son corps. Ce type de dispositif permet également à l'enfant de (re)trouver auprès de son parent un appui fondamental, sur lequel se reposer lorsqu'il est dans une situation stressante, mais aussi grâce auquel il peut se sentir suffisamment en confiance pour accepter de grandir et affronter le monde.

b) La place du psychomotricien

Lors des séances conjointes mère-bébé, le psychomotricien garde ses fonctions de contenance et de disponibilité psychocorporelle²¹⁴. Il les utilise non pas pour soutenir uniquement l'enfant, mais l'ensemble de la dyade. L'environnement qu'il crée est un environnement qui tend à être suffisamment bon pour l'enfant *et* son parent. Cela favorise l'élan psychomoteur²¹⁵ du bébé envers son parent, et du parent envers son nourrisson.

Le psychomotricien soutient le parent en séance notamment en étant toujours “de son côté”²¹⁶ : il ne s'oppose pas au parent dans la manière qu'a celui-ci d'interagir avec l'enfant, même s'il n'est que peu ajusté. Cela est fondamental pour soutenir le narcissisme des parents, blessé par la maladie

²¹³ M. Rodriguez (2009) p. 40

²¹⁴ Cf supra p. 71

²¹⁵ M. Perrier-Genas (2015) p. 6

²¹⁶ M. Rodriguez (2009) p. 39

de l'enfant. Le but du psychomotricien n'est pas de réussir là où les parents échouent²¹⁷. Aussi, lorsque nous voyons les réactions de Demba lorsque son père le porte, la psychomotricienne et moi n'intervenons pas. Notre rôle n'est pas d'expliquer à ce papa comment porter son enfant, mais de favoriser les interactions entre eux. Le psychomotricien cherche à amener l'attention du parent sur les manifestations de l'enfant pour qu'il puisse les comprendre et ajuster sa manière d'y répondre. C'est parce que le parent pourra entrer en relation avec son enfant et prendre en compte ses manifestations qu'il s'ajustera peu à peu à lui.

De plus, sur une base de non jugement et d'écoute, le psychomotricien est empathique tant avec le parent qu'avec l'enfant. Cette empathie consiste à « réceptionner les affects et actions d'autrui en comprenant ce qui se joue sans s'en détourner ni s'en défendre, sans déduction, anticipation ni participation active »²¹⁸. L'empathie du psychomotricien est avant tout corporelle : son corps devient alors un miroir de l'autre²¹⁹. Le psychomotricien est un miroir du corps du bébé en séance, et le parent peut également s'appuyer sur ce que renvoie le thérapeute pour décoder le vécu de son enfant.

Au cours des séances avec Gabriel et sa maman, mais aussi à l'occasion des autres séances mère-bébé que j'ai pu proposer, j'ai fait le même constat : les mamans ont tendance à nous « laisser » leur enfant et à se mettre en retrait ; elles se positionnent souvent sur une chaise, ce qui les place à la fois à distance de leur enfant et à un niveau de l'espace différent. Or, en proposant des séances mère-bébé, je m'attendais à soutenir une interaction entre l'enfant et son parent, et non pas interagir avec l'enfant pendant que la mère reste à l'écart, en posture d'observatrice. M. Gauberti souligne l'importance que ce soit, dans un premier temps du moins, le psychomotricien qui observe et interagisse avec une dyade mère-bébé. Elle qualifie « d'aberrante » la place d'observatrice d'un couple bébé-thérapeute qui serait laissée à la mère²²⁰.

Cela me donne la sensation que les parents ont pris l'habitude que les soignants soient ceux qui « savent » pour leur enfant. C'est comme s'ils n'avaient pas l'habitude qu'on les laisse faire avec leur enfant. Le rôle de s'occuper du bébé est spontanément laissé au thérapeute.

Comment favoriser alors une interaction spontanée parent-enfant ? Ces situations m'ont beaucoup déstabilisée. J'ai souvent essayé de dire ce que je percevais de l'état de l'enfant, et parfois, en m'adressant à l'enfant, j'ai directement nommé le parent présent. Cela a été le cas avec Gabriel et sa maman : lorsque cet enfant montrait des signes d'inconfort par exemple, j'ai tenté de dire « peut-être que tu aimerais un câlin de ta maman ? » Il a été déconcertant pour moi de voir que certaines fois, cela ne suffisait pas. C'est en y repensant plus tard, et grâce à mes lectures, que j'ai compris que si le parent était lui-même trop en souffrance, il ne pouvait pas voir ni gérer celle de son enfant. Le rôle du psychomotricien est peut-être alors de continuer les séances avec le parent,

²¹⁷ *Ibid.* p. 40

²¹⁸ V. Maunoury (2010) p. 64

²¹⁹ J. Cosnier (2004) p. 38

²²⁰ M. Gauberti (1994) p. 74

d'accepter que celui-ci ne puisse pas encore entrer en relation avec son enfant ? C'est l'hypothèse de M. Rodriguez : pour lui, « il nous faut parfois accepter que cette rencontre avec leur bébé ne soit pas possible dans l'immédiat mais que si le thérapeute et le bébé survivent à cette destructivité et arrivent à créer des moments de partage émotionnel, [...] l'appel finira par être entendu. »

2) Proposer ou non des séances conjointes parents-bébé

Cependant, il arrive que ce type de séance ne soit pas facile à mettre en place ; l'absence d'interaction, mais surtout les interactions inadaptées, peuvent nuire à l'enfant et la séance de psychomotricité avec ses parents n'est plus un appui pour lui.

Lors des premières séances avec Demba, le père, qui était présent, ne comprenait pas le travail fait en psychomotricité. Les représentations culturelles ont ici joué : les représentations du maternage sont différentes selon les cultures et nos représentations étaient très différentes de celles de ce papa d'origine africaine. Malgré des essais pour créer du lien, des représentations communes n'ont pas pu être trouvées. En plus de la dimension culturelle, ce papa d'un bébé hospitalisé était certainement pris aussi dans un vécu difficile : assurer son rôle professionnel la journée, celui de papa auprès de ses aînés qui vont bien, et celui de papa de Demba, enfant hospitalisé. Les difficultés d'accordage avec son fils, son désir qu'il ait une motricité plus avancée, étaient-ils des éléments à relier à la souffrance de ce père ?

Ceci étant, le fait qu'il soit sur-stimulant auprès de son fils était très difficile à supporter pour la psychomotricienne et moi-même, et cela nous empêchait de mettre en œuvre le projet que nous avions pensé pour Demba. Aussi, la psychomotricienne a décidé de faire les séances sans le père, ce qui nous a permis de proposer à Demba de se détendre et se poser.

Cette décision m'a beaucoup déroutée. Dans l'idée qu'un bébé « n'existe pas » seul, comment travailler avec lui sans ses parents ? Quelle portée peut avoir un travail dans ces conditions ? Le parent ne pourra ni comprendre ni reprendre de ce que nous faisons, et les séances que nous proposons à Demba sont par conséquent des moments isolés dans sa vie, qu'il n'aura plus à sa sortie de l'hôpital, à son retour dans sa famille. Toutefois, ces séances ont permis à Demba d'expérimenter d'autres types de relations, un autre type d'environnement, que ce dont il a l'habitude à l'hôpital ou avec ses parents. Et cela a eu des conséquences positives pour cet enfant, puisqu'une relation a pu se créer entre lui et la psychomotricienne ainsi qu'avec moi, qu'il a pu expérimenter un cadre plus calme et contenant, qu'il a pu se détendre progressivement et s'essayer à de premiers retournements. Ces résultats auraient-ils été les mêmes (meilleurs ou moins positifs) si le père avait continué à participer aux séances ?

Outre la compréhension et la reprise de ce qui est proposé à Demba en séances de psychomotricité se pose la question de ce que le père, en continuant d'y assister, aurait pu percevoir de son fils, comprendre de son vécu. Qu'aurait-il retenu des réactions de Demba face à une façon d'interagir

différente de la sienne ? Aurait-il pu réévaluer les réponses que lui-même fait à son fils, et mieux les ajuster ?

D'autre part, la décision de proposer des séances individuelles à Demba n'aura pas permis à cette dyade père-bébé de se rencontrer d'une autre manière, dans un environnement plus soutenant. Peut-être n'avons-nous pas laissé le temps à cette dyade de se rencontrer ?

Le choix qui a été fait a été de privilégier le soutien à l'enfant, en grande difficulté, au détriment du soutien à la relation. Il n'est pas toujours évident de se positionner dans ce genre de configuration.

Le choix d'inviter les parents ou non en séance est finalement un équilibre à trouver, une balance entre les bénéfices et les limites à travailler avec ou sans les parents. En effet, si le parent déborde trop sur l'espace du bébé, l'équilibre de la séance, qui a pour but premier la prise en charge de l'enfant, est rompu. La proposition d'un suivi psychologique peut dans certains cas être une solution : le parent aura ainsi son propre espace.

Enfin, lorsque les parents ne sont pas présents en séance, le psychomotricien a tout de même un rôle de lien à jouer avec eux, d'autant plus à l'hôpital avec le vécu de dépossession que ces parents peuvent vivre. Des entretiens, des appels téléphoniques, des retours de bilan, sont des manières de rendre compte au parent de ce qui est fait en séance avec leur enfant.

En définitive, nous avons vu que la construction psychocorporelle de l'enfant est largement entravée par la maladie et l'environnement hospitalier. Bien que la maladie soit au départ somatique, elle entraîne des conséquences à tous les niveaux de cette construction, et touche les sphères corporelle, psychique, identitaire et affective.

Le psychomotricien a alors toute sa place en tant que soutien au développement de l'enfant à l'hôpital. Il peut agir sur les milieux physique et humain au cours des séances qu'il propose à l'enfant accompagné ou non de ses parents, afin de potentialiser son développement.

CONCLUSION

Dans le cadre d'une hospitalisation précoce et au long cours, l'hôpital devient le lieu de vie du tout-petit. Or, l'environnement a un rôle fondamental dans la construction de l'enfant. Il est nécessaire qu'il soit suffisamment adapté aux besoins de l'enfant pour que celui-ci puisse se développer, malgré la maladie et la séparation d'avec ses parents.

En dépit des nombreuses contraintes liées au fait que l'hôpital est avant tout un lieu de soin somatique (il n'a pas pour vocation première d'être un lieu de vie), le psychomotricien a des apports intéressants à proposer, par la vision globale qu'il cherche à avoir du développement de l'enfant. Dans ce contexte, la prise en charge de l'enfant nécessite de le considérer selon ses différentes facettes (posturo-motrice, psychologique, affective, ...), mais aussi de travailler avec ses parents, qui sont ses principaux appuis dans son milieu humain.

Au terme de la rédaction de ce mémoire, de nombreuses questions restent ouvertes.

Si j'ai d'abord été interpellée par le vécu de l'enfant et par les conséquences de la maladie et de l'hospitalisation dans la relation avec ses parents, son milieu humain est également composé des équipes soignantes, et il m'apparaît fondamental de créer du lien avec elles. J'ai été confrontée au cours de mon stage à un contexte institutionnel compliqué, peu propice à une ouverture de projet et à un travail d'équipe pluridisciplinaire. Il y aurait cependant beaucoup à faire et à penser pour trouver une globalité non seulement dans la manière dont on appréhende l'enfant, mais aussi dans la façon dont on appréhende son milieu de vie. Les questions de l'accompagnement des soins désagréables et de l'aménagement des espaces de vie de l'enfant sont des pistes qui me semblent particulièrement intéressantes à creuser. Un travail de réflexion avec l'équipe soignante autour des soins de nursing qu'elles effectuent au quotidien, mis en parallèle avec les appuis que demande la construction psychocorporelle de l'enfant, serait certainement enrichissant pour tous, et bénéfique à l'enfant. Ces réflexions autour du travail pluridisciplinaire sont donc en cours d'élaboration et vont continuer de germer pendant les derniers mois de mon stage.

D'autre part, les questions de la construction psychocorporelle de l'enfant hospitalisé et des séances conjointes parent-enfant en psychomotricité sont des sujets qui me touchent tout particulièrement. J'ai été confrontée au manque d'écrits dans ces deux domaines lors de l'écriture de ce mémoire ; cependant, les réflexions que j'ai entamées cette année me semblent n'être que le début de questionnements à venir. Aussi, cet écrit m'apparaît comme une base de réflexion pour ma future pratique professionnelle.

Bibliographie

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

BÉKIER S. et GUINOT M. (2011) Équipement et compétences du nourrisson, in ALBARET J-M. GIROMINI F. et SCIALOM P. (dir.) *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, De Boeck Solal, 2014, p. 83-102

BELLIS F. BUCHS-RENNER I. et VERNET M. (2009) De l'oralité heureuse à l'oralité difficile, prévention et prise en charge dans un pôle de pédiatrie, in *Spirale*, n°51, p. 55-61

BENOIS-MAROUANI C. JOVER M. et MIERMON A. (2011) Le développement psychomoteur, in ALBARET J-M. GIROMINI F. et SCIALOM P. (dir.) *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, De Boeck Solal, 2014, p. 25-82

BIDAULT H. et TRECA M-C. (2015) Jean Piaget, in GOLSE B. (dir.) *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 150-170

BIZOT A. (2015) Wilfred R. Bion, in GOLSE B. (dir.) *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 89-100

BRUCHON M. (2004) Une histoire de liens, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 138, p. 10-27

BULLINGER A. (2004) *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche*, Ramonville Saint-Agne, Erès

BULLINGER A. (2007) A propos du développement psychomoteur, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°55, p. 134-135

CANONICA A. (2009) *Entre sous- et sur- stimulation... La psychomotricité, le jeune enfant et l'hôpital*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien, IFP Pitié Salpêtrière, Paris

CICCONE A. (1997) L'éclosion de la vie psychique, in CICCONE A. GAUTHIER Y. GOLSE B. et STERN D. *Naissance et développement de la vie psychique*, Toulouse, Erès, 2016, p. 11-37

CICCONE A. (2001) Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, in *Cahier de psychologie clinique*, n°17, p. 81-102

CICCONE A. (2014) La part bébé du soi et les formes primaires de subjectivité, in BRUN A. et ROUSSILLON R. (dir.) *Formes primaires de symbolisation*, Paris, Dunod, p. 47-63

- COEMAN A. et RAULIER H DE FRAHAN M. (2004) *De la naissance à la marche : cahier n°1*, Bruxelles, ASBL Etoile d'herbe
- COSNIER J. (2004) *Les émotions et les sentiments*, Texte manuscrit du cours déposé à la bibliothèque de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Saint-Joseph, Beyrouth-Liban.
- DANIS A. (1989) Le style postural chez le nouveau-né, in *Enfances*, tome 42, n°3, p. 43-57
- DE AJURIAGUERRA J. (1962) Le corps comme relation, in JOLY F. et LABES G. (dir) *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, tome 1 : corps, tonus et psychomotricité*, Noisiel, Editions du Papyrus, 2009, p. 163-183
- DE AJURIAGUERRA J. (1970) *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1974
- DE AJURIAGUERRA J. (1982) *Psychopathologie de l'enfant*, Paris, Masson, 1989
- DECELLE D-A. (1996) L'enfant et sa maladie à l'hôpital, in *La lettre du GRAPE*, n°26, p. 37-43
- DELAROCQUE A. (2013) *L'environnement humain, une source de stimulation pour l'enfant*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien, IFP Pitié Salpêtrière, Paris
- DELION P. et VASSEUR R. (2010) *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, Erès, 2015
- DESSERVETTAZ M-P. (1992) *Je vais stress bien ou les incidences psychomotrices du stress en réanimation pédiatrique*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien, IFP Pitié Salpêtrière, Paris
- DOLLANDER M. et LOTZ R. (2004) Dynamique triadique de la parentalisation, in *Devenir*, vol. 16, p. 281-293
- DULGUERIAN M-R. (2012) Vécu émotionnel des parents d'enfants nés prématurément et aspects psychologiques, in *EMC – Pédiatrie*, Vol. 7, n°2, p. 1-5
- DUVERGER P. (2011) *Psychopathologie en service de pédiatrie : pédopsychiatrie de liaison*, Elsevier Masson
- FREUD S. (1981) *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, 2001
- FUNCK-BRENTANO I. (2015) Donald W. Winnicott, in GOLSE B. (dir.) *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 65-78

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

GOLSE B. (2006) *L'être-bébé*, Paris, Puf, 2007

HAAG G. (1988) Le dos, le regard et « la peau », in *Neuropsychiatrie de l'enfance*, n°36, p. 1-8

HOUZEL D. (2010) *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In Press

JOVER M. Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant, in RIVIERE J. (dir.) (2000) *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Marseille, Solal, p. 17-52

LEFÈVRE A. (2012) *100% Winnicott*, Clermont-Ferrand, Eyrolles, 2013

LESAGE B. (2006) *Jalons pour une pratique psychocorporelle, Structures, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Erès, 2012

LIVOR PETERSEN M-F. (2009) Le dialogue tonico-émotionnel, un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à une succession d'états d'âme, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°157, p. 96-107

LONG N. (2003) Parents d'enfants hospitalisés pour des raisons somatiques : la parentalité en question, in *Thérapie Familiale*, Vol. 24, p. 255-266

LOUVEL J-P. et OMRANA M. (2015) La douleur en psychomotricité, in ALBARETJ-M. GIROMINI F. et SCIALOM P. (dir) *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 3 : cliniques et thérapeutiques*, Louvain-la-Neuve, De Boeck, p. 147-168

MAQUIN A. (2016) « Une enveloppe à fleur de peau », *La psychomotricité : une relation thérapeutique contenant pour panser l'enveloppe psychocorporelle défaillante des enfants trachéotomisés*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien, IFP Pitié Salpêtrière, Paris

MAUNOURY V. (2010) « Chut, je joue ! » *Le psychomotricien, partenaire ludique dans l'édification psychocorporelle du jeune enfant*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, ISRP, Paris

MELLETIER D. (1999) Les programmes de stimulation adressés aux bébés prématurés, in RIVIERE J. (dir.) *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*, Marseille, Solal, p. 21-36

MEUNIER L. (2015) *Le bébé en mouvement*, Paris, Dunod

- MORAY FONTANILLE S. (2016) *La psychomotricienne, maman et moi : l'étayage des interactions parent/enfant porteur de trisomie 21 en psychomotricité pour prévenir les troubles de la relation*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien, IFP Pitié Salpêtrière, Paris
- PERRIER-GENAS M. (2015) La stimulation psychomotrice du nourrisson, in ALBARET J-M. GIROMINI F. et SCIALOM P. (dir.) *Manuel d'enseignement de psychomotricité, tome 3 : Clinique et thérapeutiques*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, p. 5-18
- PINELLI A. (2004) *Porter le bébé vers son autonomie*, Ramonville Saint-Agne, Erès
- PIREYRE E. (2011) *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Paris, Dunod
- PONTHIAUX C. (2010) *Apport de la psychomotricité auprès du jeune enfant présentant des troubles de l'oralité alimentaire dans le cadre d'une pathologie digestive*, mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien, IFP Pitié Salpêtrière, Paris
- POTEL C. (2011) Le temps en psychomotricité, in ALBARET J-M. GIROMINI F. et SCIALOM P. (dir.) *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, De Boeck Solal, 2014, p. 241-251
- POTEL C. (2010) *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès, 2012
- POTEL C. (2015) *Du contre-transfert corporel, une clinique psychothérapique du corps*, Toulouse, Erès
- RENAULT M. et VITERBO E. (2015) John Bowlby, in GOLSE B. (dir.) *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 119-126
- ROBERT-OUVRAY S. (1993) *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer, 2007
- ROBERT-OUVRAY S. (2003) *Mal élevé, le drame de l'enfant sans limites*, Paris, Desclée de Brouwer, 2010
- RODRIGUEZ M. (2009) La thérapie psychomotrice bébé-parents, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°158, p. 36-42
- ROMANO L. (1999) Psychomotricien dans un service de pédiatrie, in *Soins, pédiatrie, puériculture*, n°187 p. 24-26
- ROUSSILLON R. (2014) Pertinence du concept de symbolisation primaire, in BRUN A. et ROUSSILLON R. (dir.) *Formes primaires de symbolisation*, Paris, Dunod, p. 147-165

VAIVRE DOURET L. et WOOD C. (1997) Prise en charge en psychomotricité d'un nouveau-né (trachéotomisé) et de ses parents en unité pédiatrique de soins intensifs, *in Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, n°45, p. 209-216

VAQUIER NORGUET C. (2010) La préoccupation professionnelle face à la préoccupation maternelle, *in Métiers de la petite enfance*, n°160, p. 10-11

WALLON H. (1963) Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre, *in Enfance*, tome 16, n°1-2, p. 121-150

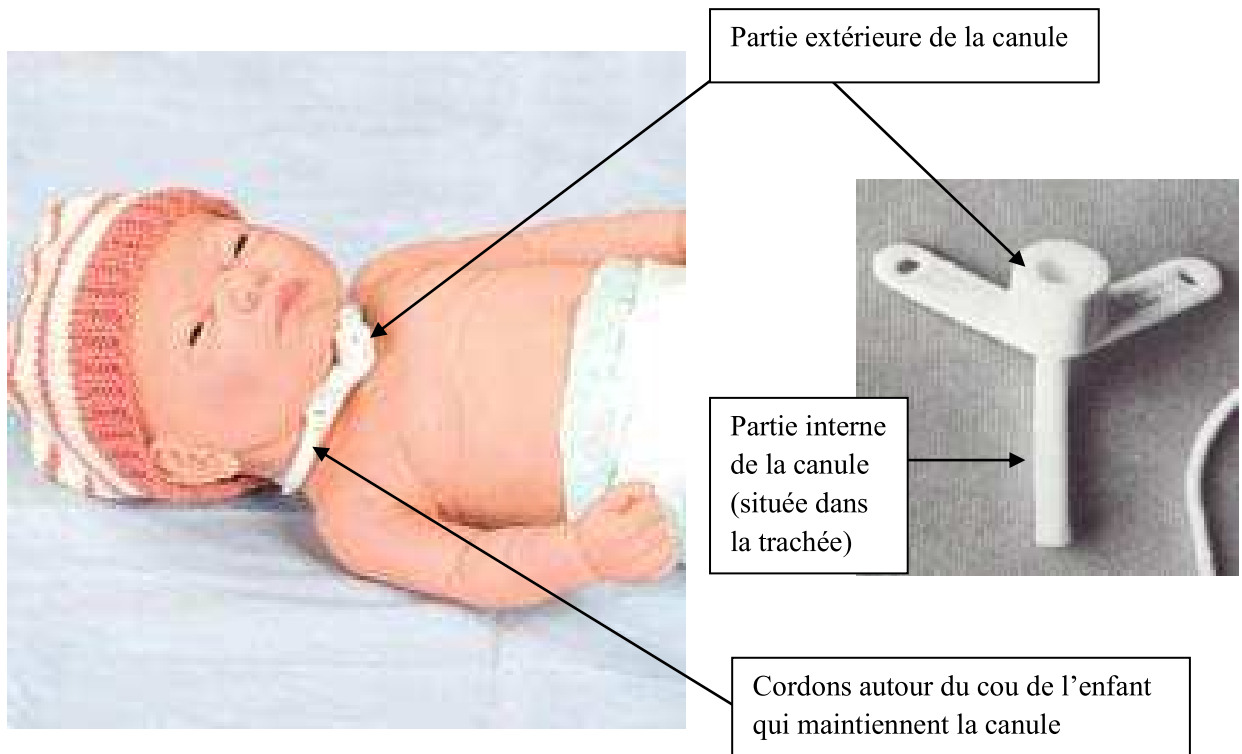
WAROQUIER C. (2006) La psychomotricité, un accompagnement à l'investissement du corps de l'enfant prématuré, *in Évolutions psychomotrices*, Vol. 18, n°73

WINNICOTT D. (1961) La théorie de la relation parent-nourrisson, *in* WINNICOTT D. (1969) *La relation parent-nourrisson*, Paris, Payot & Rivages, 2011

WINNICOTT D. (1965) *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, Paris, Payot, 1970

Annexes

Annexe 1 – Canule de trachéotomie



Sources : http://www.diframed.com/Files/25210/Img/21/PO8197S_1.jpg

http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/resize/technique_soins/images/canuleTracheo-214x161.gif

Annexe 2 – Ventilation mécanique

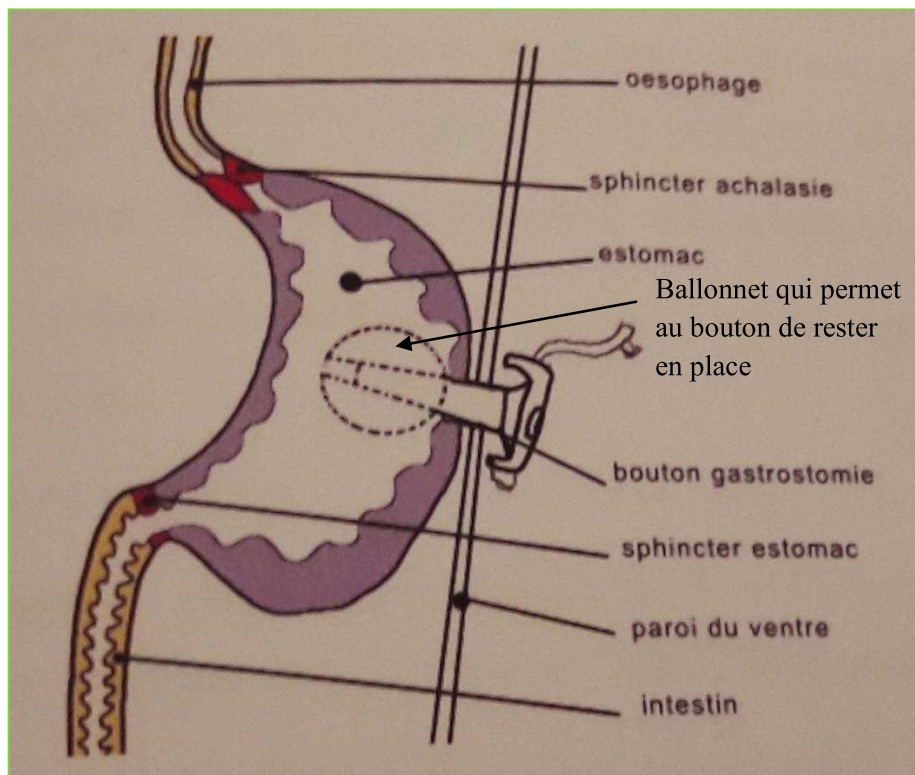


Tuyaux accrochés à la canule de l'enfant. Ils recouvrent tout son torse.

Pièges à eau

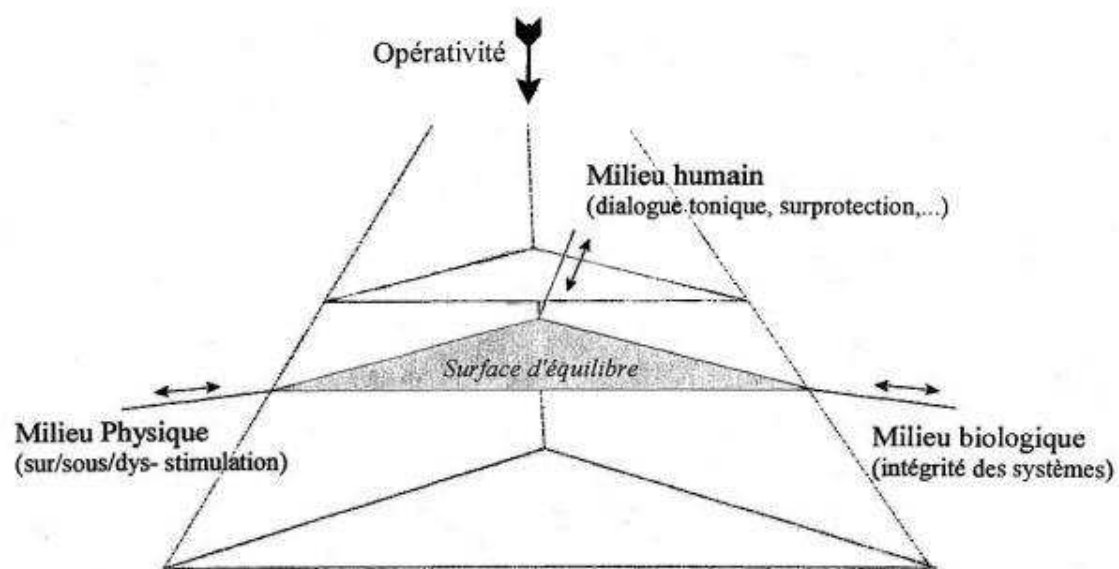
Machine de ventilation mécanique

Annexe 3 – Gastrostomie



Source : A. Maquin (2016) p. 97

Annexe 4 – Figure de l'équilibre sensori-tonique d'A. Bullinger



Composantes de l'équilibre sensori-tonique³

Source : A. Bullinger (2004) p. 157

Annexe 5 – Baignoire shantala



L'enfant est placé dans la baignoire en position fœtale.

Source : <http://i2.cdscdn.com/pdt2/8/1/8/1/700x700/del8715195027818/rw/delta-baby-baignoire-shantala-rose.jpg>

RÉSUMÉ

Le nouveau-né construit peu à peu son enveloppe psychocorporelle en prenant appui sur son environnement. Ses parents ont alors un rôle fondamental de soutien et d'étayage de son développement. En cas de naissance prématurée ou de maladie grave, une hospitalisation peut être nécessaire. Le tout-petit, en plus d'une pathologie somatique et de soins parfois douloureux ou intrusifs, se retrouve ainsi séparé de ses parents. Il risque alors de montrer une difficulté à se construire ; un retard développemental peut se creuser, l'enfant présentant peu à peu des symptômes qui signent son mal-être. Le psychomotricien peut dans une certaine mesure ajuster l'environnement physique et humain de l'enfant pour tendre à le rendre « suffisamment bon ». Ceci passe notamment par des séances de psychomotricité individuelles ou conjointes avec les parents. Il soutient ainsi sa construction psychocorporelle, malgré l'hospitalisation.

Mots-clés : Psychomotricité – Bébé – Hospitalisation précoce – Maladie grave – Construction psychocorporelle – Lien parents-enfant – Environnement suffisamment bon

SUMMARY

The newborn baby develops its psychobodyly structure in response to his or her environment. Parents play a fundamental role in supporting and reinforcing this early development. In cases of premature birth or serious illness, hospitalization may be necessary. The baby is then separated from its parents, in addition to facing the somatic pathology and care that can sometimes be painful and intrusive. Hospitalized infants may thus experience developmental delays that impact his or her overall well-being. The psychomotrician can, in a sense, adjust the child's physical and human environment to make it « good enough ». This is achieved through individual psychomotricity sessions, or sessions accompanied by parents. In this way, a child can successfully develop physical and psycho-social skills, despite hospitalization.

Keywords : Psychomotricity – Baby – Early hospitalization – Serious illness – Construction of the body and the mind – Parents-child relationship – Good enough environment