



HAL
open science

Éllie et sa maman, une rencontre prématurée : la psychomotricité en soutien à la relation parent-enfant en service de néonatalogie

Sibylle Charron

► To cite this version:

Sibylle Charron. Éllie et sa maman, une rencontre prématurée : la psychomotricité en soutien à la relation parent-enfant en service de néonatalogie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02271159

HAL Id: dumas-02271159

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02271159>

Submitted on 26 Aug 2019

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

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

Sorbonne Université
Site Pierre et Marie Curie - Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91 Boulevard de l'Hôpital
75364 PARIS CEDEX 14



ELLIE ET SA MAMAN, UNE RENCONTRE PREMATUREE

*La psychomotricité en soutien à la relation parent-enfant
en service de néonatalogie*

Mémoire présenté par

Sibylle Charron

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

REMERCIEMENTS

Merci, à Amandine AUBLE, pour ce double investissement, en tant que maître de stage et de mémoire. Tu as su m'accompagner avec une grande justesse, avec toute la bienveillance dont j'avais besoin.

Merci à tous les psychomotriciens qui m'ont accueilli en stage. Vous avez, chacun à votre façon, contribué à la construction de mon identité professionnelle.

Merci aux enseignants de l'IFP, pour leur implication et leur grande disponibilité. Je tiens à remercier Mme THOMAS qui, dès la première année de formation, m'a sensibilisée à la psychomotricité en néonatalogie.

Merci à Lucie S^T GES, pour ses relectures et ses conseils éclairants.

Merci à ma famille, à mes amis, et à Alexis, de m'avoir écouté parler inlassablement de mon mémoire. Merci pour votre patience !

Merci à Manon et à Valentin pour leurs (re)lectures attentives.

Merci à mes camarades de promotion devenus des amis.

Merci à tous les patients que j'ai rencontré en stage, qui ont chacun contribué à mon identité professionnelle encore en construction. Une pensée particulière à Ellie et sa maman, auprès de qui j'ai beaucoup appris.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	4
INTRODUCTION	7
I - PARCOURS D'ELLIE ET DE SA MAMAN EN NEONATOLOGIE	9
1. LA NAISSANCE PREMATUREE	10
Définition de la prématurité	10
Adaptation à la vie extra-utérine	11
Séparation précoce mère-bébé	12
Une naissance traumatisante	13
2. L'ARRIVEE EN REANIMATION NEONATALE	14
Equipe sensoriel et environnement hospitalier	15
Soutien postural en incubateur	19
3. ELLIE ET SES PARENTS, RENCONTRE D'UNE FAMILLE	20
Des parents prématurés	21
Place spécifique du père	22
4. LE QUOTIDIEN HOSPITALIER	23
Un rythme artificiel	23
Les soignants comme vecteurs de la relation	24
Le peau-à-peau comme rencontre corporelle	25
Personnaliser la chambre d'hôpital	26
5. DE LA REANIMATION AUX SOINS INTENSIFS	26
Préoccupation médicale primaire	26
Transition entre alimentation passive et active	28
6. REUNION DE PROJET DE SOIN EN EQUIPE	29
Oralité et « repas plaisir »	30
Points de vue de l'équipe	31
7. L'UNITE DE NEONATOLOGIE	33
8. DE L'HOPITAL A LA MAISON	34

II - L'ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE	35
1. MA RENCONTRE AVEC ELLIE ET SA MAMAN	36
Communication tonico-émotionnelle	37
Alliance thérapeutique en psychomotricité	38
9. OBSERVER LA RELATION	39
Niveaux de vigilance	39
Engagement corporel du psychomotricien	40
10. QUAND MAMAN N'EST PAS LA : SOINS A QUATRE MAINS	41
La zone orale	42
Théorie synactive du développement	43
11. QUAND ELLIE N'EST PAS LA : L'ATELIER DES PARENTS	45
12. UN TEMPS D'EVEIL CALME	46
13. SEANCE EN SALLE DE PSYCHOMOTRICITE	47
La construction en hypertonie	48
Les co-modalités sensorielles	49
14. OBSERVATION D'UN REPAS	51
15. (R)ENTRER A LA MAISON	51
Du milieu hospitalier au domicile, nouvelle transition	52
III- ANALYSE PSYCHOMOTRICE	54
1. UNE RENCONTRE PSYCHOMOTRICE	55
Sensorialité de la rencontre	55
Temporalité et spatialité de la rencontre	56
16. ELLIE, UN BEBE A DECRYPTER	57
Signaux de stress et d'adaptation	57
La question de l'oralité	58
17. LES ENJEUX DE LA RELATION	59
Le sentiment de culpabilité	59
Le statut de mère	60
18. LA NAISSANCE DE L'ATTACHEMENT	61
Le concept d'attachement	61
L'attachement entre Ellie et sa maman	62
19. DYNAMIQUE INTERACTIONNELLE	63

IV - REFLEXIONS AUTOUR DU SOUTIEN AU LIEN EN NEONATOLOGIE	64
1. L'AFFAIRE D'UNE EQUIPE	65
L' « équipage » de néonatalogie	65
De l'accompagnement vers l'autonomie	68
Les soignants en « matrice de soutien »	69
Face à un lien fragilisé : Ellie, sa maman et l'équipe	69
20. LE PSYCHOMOTRICIEN EN SOUTIEN AU LIEN	70
Le corps relationnel du bébé	71
Interprétation des mots du corps	72
Posture thérapeutique	72
Face à la psychomotricité : la maman d'Ellie	73
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	76
ANNEXE	79

INTRODUCTION

« 13/09/2018. Premier jour de stage dans le service de néonatalogie. J'ai visité les trois unités. C'est impressionnant, tous ces bruits, toutes ces machines ! Je suis comme abasourdie. Ces bébés sont si petits, tout le reste paraît si grand à côté. J'ai rencontré une maman, qui avait l'air tellement inquiète pour son bébé. Pourtant, il avait l'air d'aller plutôt bien. C'est vrai, cela ne doit pas être facile de devenir parent d'un bébé né trop tôt... »

En débutant mon stage en néonatalogie, j'ai évidemment été impressionnée par la technicité médicale entourant ces minuscules bébés, me renvoyant leur grande fragilité. Mais ce sont également les parents de ces bébés qui m'ont alertée. Avant de rentrer dans le service, j'avais déjà une représentation en tête. Je savais à quoi ressemblait une couveuse, j'avais étudié les étapes du développement psychomoteur. Qu'en était-il pour ces jeunes parents, confrontés trop vite à un bébé si fragile ?

La relation entre un bébé et ses parents constitue un point d'ancrage nécessaire pour que l'enfant explore son environnement. J'ai observé l'application de cette théorie lorsque j'étais stagiaire en CAMSP¹, en deuxième année de formation. Certaines relations parent-enfant, fragilisées, semblaient se répercuter sur le développement psychomoteur de l'enfant. Réaliser mon stage de troisième année dans un service de néonatalogie arrivait comme une étape supplémentaire pour observer, plus en amont encore, les liens parent-enfant et leur influence sur le développement psychomoteur.

A l'aube de ce stage, je concevais le travail du psychomotricien auprès du bébé prématuré, notamment autour de l'installation en couveuse ou du soutien contenant

¹ Centre d'Action Médico-Social Précoce

lors de soins invasifs. Je restais questionnée quant au soutien à la parentalité par le psychomotricien.

En quoi la prématurité peut-elle venir impacter la relation entre le bébé et ses parents ?

Comment le psychomotricien peut-il soutenir la parentalité naissante dans l'univers médicalisé de néonatalogie ?

Alors, gardant en tête ces interrogations, j'ai observé. Les bébés, leurs parents, les soignants gravitant autour. J'ai surtout observé la psychomotricienne. Plusieurs situations cliniques sont venues nourrir mon questionnement. C'est notamment le cas d'une petite fille que nous appellerons Ellie, que j'ai rencontrée au tout début de mon stage. Bien loin de réaliser que je me trouvais face à mon sujet de mémoire, j'étais perplexe, devant cette relation où maman comme bébé semblaient rencontrer des difficultés.

L'élaboration de ma réflexion s'est faite au travers d'allers-retours entre mon lieu de stage et la bibliothèque, l'un me permettant de corréler des théories sur ce que j'observais, l'autre de donner du sens à ce que je lisais. Peu à peu, des liens se sont tissés.

Ce mémoire présente la clinique comme point de départ de la réflexion. Une première partie, nous emmène à la rencontre d'Ellie et de sa maman, à travers leur parcours d'hospitalisation en néonatalogie. Des points théoriques, matérialisés par des encadrés, viennent éclairer la compréhension du cas. Il est néanmoins possible de ne lire que le déroulé clinique, pour revenir si nécessaire aux apports théoriques. Dans un second temps, la même situation clinique est exposée d'un nouveau point de vue : celui du suivi en psychomotricité. Il utilise la même méthodologie, les encarts théoriques apportent des explications à cette clinique qui semble parfois en recherche de sens. A l'issue de ce déroulé clinique et théorique, des questionnements subsistent. Il s'agit dans un premier temps de saisir l'essence des perturbations relationnelles entre Ellie et sa maman. Ensuite, de discuter autour du soutien à la relation parent-enfant en néonatalogie, et plus particulièrement sur la place singulière du psychomotricien auprès de ces familles.

**I - PARCOURS D'ELLIE ET DE SA MAMAN EN
NEONATALOGIE**

En entrant pour la première fois dans le service de néonatalogie, j'ai découvert un monde en soi, avec un vocabulaire étranger et une sensorialité particulière, très prenante et étrangement difficile à décrire. Une fois passé le sas d'entrée, la psychomotricienne m'explique : «Je vais te montrer le service en suivant le parcours d'un bébé qui naît prématurément. Habituellement, il arrive ici dans l'unité de réanimation. Quand il va mieux, il passe en soins intensifs, puis en néonatalogie. On va donc commencer par la réanimation, c'est par ici. »

Pour vous présenter l'univers de l'hospitalisation néonatale, mon terrain de stage, j'ai décidé de vous parler d'Ellie, et de sa maman. Je les ai rencontrées lors de mon premier jour de stage, et nous les avons revues chaque semaine jusqu'à leur sortie du service. Cette première partie retrace l'histoire de son hospitalisation, à travers laquelle j'ai pu me faire une idée du parcours de soins d'un bébé né prématurément.

1. LA NAISSANCE PREMATUREE

Ellie naît le 15 juin, au terme de 26 SA + 3 jours.

Définition de la prématurité

Une grossesse dure habituellement entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée (SA, nombre de semaines depuis le premier jour des dernières menstruations). L'Organisation Mondiale de la Santé définit comme prématurée toute naissance survenue avant 37 semaines d'aménorrhée révolues. On parle de « grande prématurité » pour un bébé né avant 33 SA, et de « prématurité extrême » avant 28 SA.

Deux semaines plus tôt, la maman d'Ellie s'est rendue dans la maternité où elle était supposée accoucher, dans un contexte de pré-éclampsie² avec RCIU³ sévère liée à

² La **pré-éclampsie** est une maladie fréquente de la grossesse. Il s'agit d'un défaut de vascularisation du placenta compensé par une hypertension artérielle et une réduction de la perfusion de tous les organes. Elle peut induire un risque vital pour la mère et le bébé.

³ Le **retard de croissance in-utéro** (RCIU) est une anomalie de croissance du fœtus qui se traduit par une taille et un poids insuffisant pour l'âge gestationnel.

une HTA⁴ chronique. Après une semaine d'hospitalisation dans ce premier hôpital, un transfert *in utero*⁵ a été réalisé, pour transférer la maman et son bébé dans un autre établissement ayant dans ses locaux un service de réanimation néonatale. Le bébé pourrait ainsi être pris en charge très rapidement, si la naissance survenait trop tôt. C'est ainsi que l'accouchement a eu lieu dans l'hôpital où je suis en stage, disposant d'une maternité de *niveau 3*⁶.

Deux jours après son arrivée, le rythme cardiaque du fœtus ralentissant dangereusement, une césarienne⁷ en urgence s'est imposée.

Adaptation à la vie extra-utérine

Dans la salle de naissance, tout se passe très vite.

Le bébé pèse 660 grammes pour 31 centimètres. Il bradycarde⁸ à 60 battements par minute. Le score Apgar⁹ est de 2 à 1 minute de vie. Le médecin entame des manœuvres de réanimation. Pas de réponse du bébé à l'aspiration. 2 insufflations longues à 20 de pression sous 50% de FiO₂¹⁰. Absence de réponse. A 3 minutes de vie

⁴ L'**hypertension artérielle** (HTA) est une maladie liée à une pression anormalement élevée du sang dans les artères. Fréquente pendant la grossesse, elle peut entraîner une pré-éclampsie.

⁵ Le **transfert *in-utéro*** (TIU) est réalisé en cas d'urgence vitale pour le bébé, ou pour sa maman. Il s'agit de transférer la femme enceinte dans un hôpital proposant des soins adaptés à leurs besoins.

⁶ Les **niveaux de maternité** correspondent aux services de soins néonataux proposés. Une maternité de niveau 3 comporte un service de néonatalogie composé de **trois unités** : la réanimation, les soins intensifs et la néonatalogie.

⁷ La **césarienne** est une intervention chirurgicale qui vise à extraire le bébé après incision de l'utérus, quand celui-ci ne peut pas passer par les voies naturelles.

⁸ La **bradycardie** représente un ralentissement du rythme cardiaque.

⁹ Le **score d'Apgar** est une évaluation de l'état de santé du nouveau-né dès sa naissance. Il se fixe sur l'observation clinique de différents critères : rythme cardiaque, mouvements respiratoires, tonicité musculaire, coloration de la peau, réactivité. Lorsque l'enfant présente un score Apgar inférieur à 3, on parle d'« état de mort apparente ». La réanimation doit être débutée au plus vite pour assurer la survie du bébé.

¹⁰ La **Fraction Inspirée en Oxygène** (FiO₂) est le pourcentage d'oxygène dans l'air inspiré. Lorsqu'un patient a du mal à respirer, on lui apporte un air enrichi en oxygène.

la survie du bébé devenant critique, les médecins décident de procéder à une intubation nasotrachéale¹¹.

« La prématurité est caractérisée par une arrivée précoce dans la vie aérienne à l'origine d'une immaturité des fonctions biophysiques et cérébrales¹² ». Ellie naît à 26 semaines d'aménorrhée. A ce terme, elle ne peut pas s'adapter à la vie extra-utérine de manière autonome. Le fœtus, au cours de son développement dans le ventre maternel, acquiert progressivement les fonctions biologiques qui assureront plus tard sa survie. Le placenta est la structure anatomique qui sert de relai entre le corps de la mère et celui du fœtus. Il répond aux besoins respiratoires, circulatoires et nutritionnels du futur bébé. Lorsque le fœtus approche du terme, son organisme devient apte à assurer seul ces fonctions : ses poumons sont opérationnels, son système digestif est autonome et son cœur est déjà fonctionnel. Si l'enfant naît avant le terme, certaines de ces fonctions n'ont pas eu le temps d'arriver à maturité. Plus la naissance arrive tôt, moins ces fonctions sont autonomes. Ellie naît à un terme de « prématurité extrême », où l'intervention médicale est indispensable à sa survie. Dans les premiers temps, des actes et appareils médicaux vont venir soutenir ses fonctions biologiques, encore immatures. Petit à petit, le développement de ses organes va progresser, comme cela aurait été le cas dans le ventre maternel, et Ellie va progressivement gagner en autonomie.

Séparation précoce mère-bébé

Quinze minutes plus tard, Ellie est transféré dans le service de réanimation, un étage au-dessus de la salle de naissance. Elle est installée dans un incubateur pour le temps du trajet. Le papa noue rapidement une sur-blouse bleue, et se joint au cortège médical. Il suit de près la couveuse, depuis la salle de naissance, jusqu'à l'unité de réanimation. La technicité du vocabulaire utilisé par les médecins lui fait comprendre la gravité de la situation. Il est très attentif à ce qu'il se passe, à ce que les médecins disent. Ce sera à lui, quand il retournera voir la maman, de raconter

¹¹ Un tube est introduit par le nez jusqu'au carrefour des deux poumons. De l'air est pulsé directement dans les poumons.

¹² Sizun, 2014, p.87

ce qu'il a vu d'Ellie. « Il sera comme un fil qui tente de renouer le lien rompu trop tôt.¹³»

Pendant ce temps, la maman est contrainte de rester dans le bloc opératoire pour la fin de l'intervention chirurgicale.

Au cours de la grossesse, le fœtus se développe dans l'utérus maternel, relié à sa mère par le cordon ombilical. La naissance marque la fin de la fusion entre le fœtus et la femme enceinte : le bébé arrive hors du ventre de la mère, le cordon ombilical est coupé. La naissance est marquée pour le bébé par une « transition écologique » : d'un milieu liquide dans l'utérus, il arrive dans un milieu aérien où il est soumis à la gravité. Lorsque la naissance se déroule sans encombre, le nouveau-né est placé sur le ventre de sa maman, offrant une première rencontre tactile. La maman rencontre son bébé ; le nouveau-né découvre l'extérieur du corps de sa mère. Lors de ce temps de contact, le nouveau-né reconnaît certains paramètres sensoriels, comme la voix de ses parents, ou les bruits internes biologiques de la mère. Pour la naissance d'Ellie, ce temps de contact est rendu impossible par l'urgence médicale de la situation. La maman d'Ellie aperçoit rapidement sa fille mais ne peut pas la tenir contre elle, du fait du pronostic vital engagé. Le temps de la rencontre corporelle est reporté. « Si la naissance est toujours une rupture, la naissance prématurée et l'hospitalisation en soins intensifs sont, quant à elles, un arrachement. »¹⁴

Quelle place tient la rencontre corporelle dans la création des liens entre un bébé et sa maman ?

Une naissance traumatisante

A la suite de la césarienne, la maman d'Ellie est raccompagnée dans sa chambre de maternité. La même chambre que celle où elle était hospitalisée les jours précédant la naissance. Les infirmières l'informent qu'elle ne pourra voir Ellie que le lendemain. Pour le moment, elle doit se reposer.

¹³ Golse, 2001, p. 161

¹⁴ *Ibid*, p. 160

La naissance d'Ellie s'est déroulée dans des conditions bien différentes de celles imaginées par ses parents pendant la grossesse.

Au cours de la grossesse, les parents imaginent le moment de la naissance, surtout lorsque la mère vit sa première grossesse, comme c'est le cas pour la mère d'Ellie. Cette naissance chaotique n'a pas pu être mentalisée au préalable par ses parents. Ils se retrouvent pris au dépourvu, dans un état d'impréparation absolue. Cet évènement vient faire effraction dans leur psychisme, et peut alors constituer un traumatisme¹⁵. Toute naissance est un évènement physique et sensoriel fort pour les parents, en particulier pour la maman, dont le corps est ébranlé par l'accouchement. Dans le cas d'Ellie, sa maman donne naissance en urgence, par une césarienne. Elle se retrouve en position passive pour la naissance de son enfant. Dès sa naissance, le pronostic vital de sa fille est engagé. « La mort possible vient se superposer à la naissance, une fois encore sans espace-temps entre la vie et la mort, ce qui est très difficile à assumer pour la psyché. »¹⁶

*Comment la mère d'Ellie va-t-elle faire face au traumatisme psychologique ?
Comment cet état va-t-il influencer sa façon de se comporter avec son bébé ?*

2. L'ARRIVEE EN REANIMATION NEONATALE

Le service de néonatalogie est situé au premier étage, juste en dessous de la maternité. L'infirmière termine de préparer la chambre n°3 de l'unité de réanimation, face au poste de soin. Cette chambre, Ellie va y habiter pour les semaines à venir. Le médecin de garde entre dans la chambre pour un premier examen médical. Au niveau respiratoire, elle présente une maladie des membranes hyalines¹⁷. Il décide de la placer en ventilation maximale pendant les premières 48h, et met en place une nutrition parentérale sur KTVO¹⁸.

¹⁵ Aupetit & André, 2010

¹⁶ Druon, 2005, p. 29

¹⁷ La **maladie des membranes hyalines** (MMH) résulte de l'immaturation respiratoire du bébé prématuré. Il est fréquent chez les nourrissons nés avant 36 SA. Il s'agit d'un défaut de surfactant, substance contenue dans les alvéoles pulmonaires et indispensable aux échanges gazeux.

¹⁸ Le **KTVO** (cathéter voie ombilicale) est un dispositif médical constitué d'un très fin tuyau introduit dans la veine ombilicale. Il est utilisé dans le but de perfuser l'enfant en attendant une bonne tolérance digestive mais aussi pour introduire des médicaments. Il est conservé en général 5 jours avant d'être relayé par un cathéter central.

Equipeement sensoriel et environnement hospitalier

Même sans connaître le milieu de l'hospitalisation néonatale, nous avons tous une représentation en tête de ce que pourrait être la chambre d'Ellie. Une couveuse transparente, des fils, des bips, des courbes sur un écran.

La chambre est plongée dans une atmosphère sombre et feutrée. Les stores des fenêtres sont à moitié clos. Dès le pas de la porte, cela donne l'impression de pénétrer un espace étrange. Qu'est-ce qui donne cette impression d'espace en dehors du temps ? Est-ce la douce obscurité, l'odeur piquante, les bruits aigus ? Ou bien est-ce le mélange de toutes ces sensations ?

Ellie, née prématurément, présente des systèmes sensoriels davantage immatures que ceux d'un bébé né à terme. L'environnement hospitalier distribue des stimulations atypiques, très éloignées des habitudes sensorielles que le bébé pouvait connaître dans le ventre maternel. Lors d'une naissance à terme, sans complication, il existe une continuité entre l'environnement sensoriel utérin et le milieu aérien. Le nouveau-né découvre de nouvelles sensations mais y trouve des similitudes avec la vie utérine, notamment au niveau tactile et auditif. Pour le cas d'Ellie, on pourrait plutôt parler d'une rupture avec le continuum biologique normal¹⁹. Nous allons voir pour chaque modalité sensorielle son niveau de maturation et ses sollicitations par le milieu hospitalier.

Ce que l'on remarque en premier, ce sont les bruits étranges qui envahissent l'espace. D'abord des bips. Ils se mélangent à ceux des chambres voisines et aux voix des infirmières dans le couloir pour donner un ensemble cacophonique. En fond sonore, un souffle puissant et régulier. Ce souffle provient d'une machine sur roulettes, derrière l'incubateur. On se croirait dans l'espace, ou dans un film de science-fiction.

¹⁹ Sizun et al., 2014

Le **système auditif**, avant dernier sens à se développer, serait fonctionnel dès 25 SA. En néonatalogie, de nombreux sons se font entendre en permanence. Des bips, des voix, des pleurs,... Ellie est placée sous respirateur, une machine qui souffle de l'air. Cette machine produit un bruit sourd et continu, qu'Ellie entend beaucoup plus fort que nous, qui sommes à l'extérieur de la couveuse. Ce son vient envahir son environnement auditif et laisse peu de place à d'autres bruits, moins forts. Dans la couveuse, les flux auditifs qui viennent de l'extérieur se réverbèrent sur les parois. Ellie, dans l'incubateur, peut entendre les sons extérieurs, mais elle ne peut pas localiser leur provenance. Elle ne peut pas intégrer le lien de causalité entre une stimulation visuelle et auditive, ce qui ne lui permet pas de s'organiser.

Ensuite, ce sont les odeurs qui nous parviennent. Une odeur hospitalière caractéristique flotte dans l'air, mélange d'antiseptique, et de désinfectant.

Le **système olfactif** est constitué de récepteurs situés dans les fosses nasales, qui se forment entre 8 et 12 SA. Etant donné le terme de naissance d'Ellie, elle est supposée être sensible aux odeurs. Cependant, elle est placée en incubateur, espace clos limitant partiellement le passage des odeurs. Ellie ne respire pas de manière autonome, l'air ne passe pas par son nez puisqu'il parvient directement à ses poumons. Cela la prive pour le moment d'expériences olfactives cohérentes. Habituellement, le nouveau-né est attiré par les odeurs maternelles, notamment l'odeur du lait. Pour Ellie, les premières odeurs auxquelles elle aura accès seront celles de l'environnement hospitalier. Les odeurs maternelles seront présentes plus tard.

Au centre de la chambre, l'incubateur. Grande boîte en plastique transparente, recouverte d'un tissu à motif. Ellie est-elle là-dedans ? Si l'on s'approche, et qu'on soulève un pan du tissu, va-t-on l'apercevoir ? Au départ, on ne discerne que des fils, des tuyaux, de plusieurs tailles, de plusieurs couleurs. Au centre, entouré d'un cocon en tissu, un tout petit être. On voit surtout une minuscule couche, qui recouvre pourtant son dos. Sa tête est recouverte d'une sorte de bonnet.

Lors de l'embryogenèse, le **système somesthésique** (le toucher) est le premier à se mettre en place.²⁰ Les premiers récepteurs sensoriels se développent à 8 SA, dans la région péri-orale. A 20 SA, ils sont présents sur toute la surface du corps. Ce canal sensoriel est supposé être le plus mature à la naissance. Ellie est en capacité de ressentir le toucher sur la totalité de son corps. L'environnement hospitalier en néonatalogie laisse peu de place pour toucher le bébé. Ellie est placée dans l'incubateur, dans un environnement protecteur. Elle n'est accessible au toucher que par deux hublots situés sur les côtés de la couveuse. Cela induit des contacts tactiles localisés, qui ne viennent informer qu'une zone partielle du corps. Pour un nouveau-né à terme, l'habillement et le portage offrent des sensations tactiles diffuses, qui donnent au bébé une sensation de globalité du corps. Pour Ellie, les principales sensations tactiles seront, dans les premiers jours du moins, celles des soins infirmiers. Il s'agit alors de sensations de forte intensité, pour la plupart désagréables. Petit à petit, en mesure de son évolution médicale, le toucher sera sûrement plus présent, notamment dans les bains, ou le portage en peau-à-peau.

On se penche encore un peu, pour tenter de distinguer le visage d'Ellie. Il est en grande partie caché par un masque, avec un large tuyau qui part du nez et qui remonte sur le dessus de la tête. On entrevoit tout de même un menton, et une petite bouche d'où sort un minuscule tuyau.

La **gustation** permet la distinction des saveurs. Les bourgeons gustatifs sont fonctionnels à partir de 16 à 20 SA. Dans le service de néonatalogie, Ellie sera privée pendant ses premières semaines de vie du goût du lait. Pour accompagner certains soins, désagréables ou douloureux, des gouttes de glucose sont proposées dans la bouche des bébés prématurés. Cette sensation gustative agréable favorise leur stabilité cardio-respiratoire au cours de l'acte médical en cours. Si ces expériences sont trop répétées, elles peuvent donner lieu à une habitude où le bébé associe la modalité gustative à l'expérience désagréable concomitante. La mise en place de l'alimentation et du rapport à l'oralité est très en lien avec les expériences gustatives.

²⁰ Lejeune & Gentaz, 2015

La porte de la chambre s'ouvre. C'est l'infirmière qui rentre, et passe proche de la couveuse. Elle aussi, se penche pour regarder à travers la paroi. Elle entrouvre les yeux.

Même lorsque la naissance a lieu à terme, le **système visuel** du nouveau-né est immature. La répartition spatiale des photorécepteurs sur la rétine n'est pas terminée. La myélinisation des voies nerveuses optiques est en cours. Le bébé prématuré observe son environnement à travers la paroi de l'incubateur en plexiglas, ce qui lui donne une image inhabituelle de son environnement. Il ne perçoit pas correctement le visage de ses parents, car l'incubateur ne permet pas une distance focale adéquate à la vision du bébé prématuré.

Dans la couveuse, Ellie est positionnée sur le ventre, dans un petit « nid » confectionné à l'aide d'un coussin cylindrique en microbilles. Pour le moment, elle ne peut pas être installée dans une autre position, du fait de son assistance respiratoire. Lorsque le bébé est aidé par un système qui pulse de l'air, il y a un fort risque de ballonnement qui engendre des problèmes digestifs lorsque l'enfant est placé sur le dos. La position ventrale permet de limiter ces désagréments, vecteurs de sensations internes douloureuses.

Dans l'utérus maternel, le fœtus ressent des accélérations et décélérations selon les mouvements de sa mère. Dès 8SA, le fœtus peut se mouvoir par lui-même. Ces mouvements, il les ressent principalement par son **système vestibulaire**, situé dans l'oreille interne. Le liquide amniotique, de densité comparable à l'organisme, porte le fœtus. A la naissance, le nouveau-né découvre les forces de la gravité qui, s'exerçant sur son corps, lui font ressentir de nouvelles sensations vestibulaires. Lorsqu'il est mobilisé, porté, les sensations vestibulaires sont concomitantes à des sensations tactiles qui viennent soutenir la sensation de son corps dans l'espace. Le nouveau-né prématuré est installé en couveuse, où les expériences vestibulaires sont rares. Il ne peut pas être porté dans les premiers temps, et ne profite plus des mouvements de sa mère. Cette privation sensorielle, bien que temporaire, a des incidences sur l'investissement corporel du bébé dans l'espace.

En levant les yeux, juste au-dessus de la couveuse, on tombe sur un écran lumineux magistral. Le scope. Il trace en temps réel trois courbes colorées : celle en vert représente la fréquence cardiaque, la blanche la fréquence respiratoire et la bleue la saturation en oxygène du sang. Ces trois courbes permettent la surveillance des « constantes vitales », en nous informant sur l'état végétatif d'Ellie.

Ellie est projetée dans un environnement sensoriel indispensable à sa survie mais aberrant pour son développement neurosensoriel. Les sens les plus sollicités par l'environnement hospitalier sont paradoxalement les moins matures (la vue et l'audition). Ellie reçoit passivement de nombreuses impressions sensorielles vers lesquelles elle n'est pas encore en capacité de s'orienter. *Qu'est-ce que cet environnement sensoriel atypique donne à Ellie comme représentation du nouveau milieu qui l'entoure ? Quels liens peut-elle faire avec ce qu'elle vivait dans le ventre de sa mère ?*

Soutien postural en incubateur

L'infirmière vient changer Ellie de position pour qu'elle soit plus confortablement installée. Elle modifie le positionnement de sa tête en la tournant du côté droit. Sa joue gauche repose sur l'extrémité d'un coussin cylindrique en microbilles. Ellie est sur le ventre, installée sur un cocon qui permet de conserver un enroulement de sa colonne vertébrale, de ses épaules, et de son bassin. Ses bras sont fléchis, de sorte que sa main droite se situe proche de son visage, dans son champ de vision. L'enroulement du coussin autour d'Ellie permet de stabiliser sa posture et de contenir les mouvements d'extension.

Pendant la vie fœtale, Ellie vivait dans un milieu aqueux offrant une pression homogène et enveloppante sur son corps. Elle n'était alors pas soumise aux forces de la gravité. Progressivement, le fœtus grandit et adopte naturellement une posture en enroulement, induite par la forme de l'utérus. Le fœtus imprime des mouvements d'extension qui viennent provoquer de faibles contractions du muscle utérin, replaçant le fœtus dans sa position d'enroulement. « Par ce biais, un premier

dialogue s'installe entre le fœtus et son enceinte. »²¹ A la naissance, la transition écologique d'un milieu liquidien à un milieu aérien, soumet le bébé au flux gravitaire. Dans le même temps, il perd l'enveloppe utérine qui venait contrer ses mouvements d'extension. Lorsque l'enfant sort du ventre de sa mère, sa musculature postérieure est plus fonctionnelle, puisque le bébé l'a expérimenté. Il continue les mêmes mouvements d'extension, mais qui ne sont plus contenus par l'utérus. Pour garder une position « en enroulement », rassurante car elle lui rappelle la vie intra-utérine, le nouveau-né a besoin de l'environnement humain, qui va venir prendre le relais de la contenance utérine, en portant le bébé, en l'installant.

Ellie, de par sa prématurité, présente une grande hypotonie axiale ne lui permettant pas de s'organiser face à la pesanteur, qui devient dès lors « écrasante ». La perte de l'enveloppe utérine ne lui permet pas de retrouver une posture en enroulement. Les muscles de la partie antérieure de son corps ne sont pas matures. Placée sur un plan horizontal, Ellie adopte une posture compensatoire : sa nuque et son tronc en hyperextension, ses bras se placent de chaque côté du corps, en « chandelier », les membres inférieurs sont en rotation externe. Ce positionnement risque de développer des schémas psychomoteurs pathologiques. Un soutien postural est nécessaire jusqu'à ce que le bébé soit capable d'adopter de manière autonome une posture confortable. Un coussin en microbilles permet de positionner l'enfant dans une posture visant à favoriser son confort digestif, mais aussi à permettre un enroulement axial proche de celui vécu dans le ventre maternel. La tête est dans l'axe de la colonne, positionnée dans une légère flexion (enroulement). Les pieds sont positionnés pour prendre appui sur le cocon. Ce contact plantaire permet à l'enfant de trouver des appuis, une résistance à d'éventuels mouvements d'extension de ses jambes. Les bras sont proches du visage pour permettre au bébé d'explorer la zone orale, de découvrir ses mains.

3. ELLIE ET SES PARENTS, RENCONTRE D'UNE FAMILLE

Pour la première fois, la maman d'Ellie pénètre dans le service. Elle va rencontrer sa fille, née 48 heures plus tôt. Son conjoint, qui a déjà vu Ellie lors de son admission dans le service, l'accompagne. Passé la porte d'entrée, on entre dans le « sas des

²¹ Bullinger, 2015, p. 75

parents ». Cet espace de transition entre le monde extérieur et l'univers du service néonatal est constitué d'une rangée de robinets, surplombée d'affiches expliquant aux parents la procédure pour se laver les mains.

Des parents prématurés

Une infirmière les accueille. « C'est par ici, je vais vous montrer la chambre d'Ellie ». L'infirmière fait coulisser la porte de la chambre 3, où une petite étiquette indique le prénom de leur fille. La soignante invite le couple à se désinfecter une fois de plus les mains avec du gel hydro-alcoolique. Ils s'approchent de la couveuse en silence. L'infirmière continue d'expliquer les machines, le scope, la ventilation, le cathéter, mais les parents n'entendent plus vraiment, comme abasourdis. Ce qu'ils voient en premier, ce sont tous les fils. Et puis ce capteur rouge fluo, intrigant, qui scintille sur le pied d'Ellie. Comment peut-on brancher autant de fils sur un si petit bébé ? Ils restent un moment à observer leur fille. Est-ce l'incubateur qui est immense, ou leur fille qui est si petite ? La naissance prématurée d'Ellie, vient bousculer ses jeunes parents.

Le dernier trimestre de grossesse permet habituellement aux futurs parents de se projeter dans leurs rôles parentaux. Ils se créent une représentation fantasmatique de leur bébé. C'est souvent lors de cette période que la mère ressent les mouvements du fœtus, créant ainsi un premier dialogue entre elle et son bébé. Sentir l'enfant bouger confirme la vie du bébé, et fait grandir le sentiment de maternité. Lorsque la naissance survient trop tôt, comme c'est le cas pour Ellie, la maman peut ne pas avoir ressenti les mouvements du bébé. Cela peut entraîner un sentiment d'irréalité pour la mère²². L'accouchement prématuré provoque une perte anticipée du statut de femme enceinte. « Il faut neuf mois pour faire un enfant, il faut aussi neuf mois pour devenir mère. »²³ Les parents se trouvent brutalement confrontés à leur « bébé réel ». Bien que la naissance signe toujours le deuil du bébé imaginé et fantasmé, la naissance prématurée ajoute à cela le deuil du bébé parfait par la confrontation à un enfant trop petit, fragile²⁴. « Lorsque la naissance court-

²² Druon, 1996

²³ Buil & Rocha, 2009, p. 54

²⁴ Vanier, 1998

circuite ce temps de passage, de transformation profonde de la femme, c'est tout un travail psychique qui ne s'opère pas ou qui doit s'opérer en un temps ultra-raccourci.²⁵ » L'enfant imaginaire, qui existe pour les parents jusqu'à la naissance, a disparu. Il a laissé place à ce bébé admis en réanimation néonatale. A ce deuil de l'enfant parfait s'ajoutent d'autres deuils : celui du retour rapide à la maison, celui des premiers moments partagés en famille. Le travail de deuil demande une grande partie de l'énergie psychique.

Place spécifique du père

Dès cette première rencontre, la maman d'Ellie demande à rester dormir dans le service, pour être auprès de sa fille. L'équipe installe un lit d'appoint dans le fond de la chambre. Le papa, quant à lui, va retourner dormir à la maison. Il passera chaque soir, après son travail, voir sa fille et sa conjointe. Un pied dans sa vie d'avant, l'autre pied dans cette vie suspendue à l'hôpital.

Habituellement, la mère fait interface entre le bébé et son père²⁶. Pendant la grossesse, cette interface est physique : le bébé est dans le ventre de la maman, le père entre en contact avec le ventre de la mère, et non directement avec le fœtus. Lors d'une naissance à terme, la mère est bien souvent la première à être en contact avec le bébé. C'est elle qui présente le bébé à son père, qui fait exister son conjoint en tant que père. Le père d'Ellie visite le service de néonatalogie en premier. Il est plongé brutalement dans cette paternité, qui s'installe progressivement dans une naissance classique. Lorsque la mère d'Ellie vient pour la première fois dans le service, c'est son conjoint qui lui présente leur bébé. Le père tient le rôle d'initiateur, habituellement tenu par la mère²⁷. « Le père, dans toute naissance, à terme ou prématurée, « tient » et « contient » le couple mère enfant. »²⁸ Pour Ellie, de par cette naissance inhabituelle, les rôles de son père et de sa mère sont bousculés. Cette situation peut avoir des conséquences sur la future dynamique parentale. Le rôle de soutien du père est primordial pour la maman dans les premiers

²⁵ Golse, 2001, p. 159

²⁶ Cyrulnik, 1997

²⁷ Druon, 1996

²⁸ *Ibid*, p. 47

temps. Il a un rôle de « tiers » dans cette relation en cours d'élaboration. Il soutient psychiquement le couple mère-bébé.

4. LE QUOTIDIEN HOSPITALIER

Un rythme artificiel

Les premières journées d'Ellie et de sa maman sont rythmées par les soins. L'infirmière passe toutes les 3 heures, ce qui correspond aux horaires d'alimentation pour Ellie. Lors de son passage, l'infirmière vérifie la température corporelle du bébé, change sa couche, nettoie ses yeux et sa bouche. La nuit, une seconde infirmière prend le relai.

Avec un nouveau-né, les journées sont rythmées par les besoins et les soins qui lui sont donnés : les repas, les changes, le bain. Daniel MARCELLI décrit les macro-rythmes comme des séquences cycliques régulières, qui reviennent dans la vie de l'enfant. Ces rythmes sont organisateurs pour l'enfant, car ils offrent des premiers repères temporels. Leur intégration permet une prévisibilité. A l'hôpital, c'est le rythme du service qui fait office de macro-rythme. Les équipes de soignants en néonatalogie portent une attention particulière au rythme propre de l'enfant, pour le respecter au maximum. Pour autant, les soins ne peuvent pas s'adapter au rythme de chaque bébé. Les soins sont regroupés autour des moments de repas. Lorsque le bébé est alimenté toutes les trois heures, les soins ont lieu juste avant de débiter l'alimentation par la sonde. Cet aménagement permet au bébé de se reposer entre les soins, et de ne pas être sollicité en continu sur la journée. Cette méthode peut également être contestée car l'enfant se retrouve parfois plusieurs heures d'affilé sans sollicitations sensorielles, et sans changement de position.

Les « micro-rythmes » représentent les petites modifications interactionnelles qui s'interposent sur fond de continuité. En unité néonatale, ils sont quasiment annihilés par la technicité et la rigueur requise par les soins. Dans les premiers temps, l'attention des parents se porte sur les gestes à réaliser, plus que sur l'aspect interactionnel.

Comment ce rythme, imposé à Ellie et à sa maman par l'hôpital, va influencer la mise en place des interactions mère-bébé ?

Dans ce cycle régulier, chaque geste est minutieux et s'étire dans le temps. Le changement de couche, acte routinier des jeunes parents, est ici loin d'être banal. Il se décompose en une série de mouvement précis, millimétrés, où chaque action demande une extrême délicatesse pour ne pas désorganiser Ellie. Un bruit un peu fort, un contact un peu soudain, et Ellie sursaute, écarte les bras et cambre son dos. Le scope se met quelques instants plus tard à sonner, plaçant soudainement la chambre dans une situation d'urgence.

Les soignants comme vecteurs de la relation

Dès ces premiers moments, la maman d'Ellie est invitée à participer aux soins d'hygiène et de confort. L'infirmière l'invite à réaliser le soin des yeux et le nettoyage du cordon ombilical. La maman passe ses mains par les ouvertures rondes de la couveuse, l'infirmière fait de même de l'autre côté. Quatre mains pour s'occuper d'Ellie dans ces premiers soins. « D'abord, vous allez prendre une compresse dans le petit pot au bout de la couveuse. Puis vous allez mouiller les coins avec du sérum physiologique. Non, c'est l'autre flacon, le plus petit. Celui que vous avez pris, c'est l'eau stérile, pour changer la couche. » La maman passe la compresse imbibée sur les paupières d'Ellie, en suivant le guidage verbal de la soignante. Les premiers contacts sont hésitants. Comment s'y prendre pour toucher un bébé si petit, si fragile ? Où placer ses mains pour ne pas lui faire mal ? Comment se dépêtrer de tous ces fils qui s'emmêlent ?

Ellie se trouve hospitalisée, dans une situation d'urgence médicale qui ne permet pas aux soins parentaux de se mettre en place de façon habituelle. Dans une naissance classique, les parents s'occupent du quotidien de leur bébé et sont garant de son bien-être. Dans le cas d'Ellie, les soins quotidiens demandent une rigueur que les jeunes parents ne peuvent pas connaître. L'équipe soignante doit leur expliquer comment s'y prendre pour s'occuper de leur bébé. Les parents d'Ellie découvrent simultanément leur bébé et l'environnement hospitalier, avec ses codes et son vocabulaire spécifique. Ils doivent dans le même temps apprendre comment réagit leur nouveau-né, et les gestes techniques pour prendre soin de lui. Le personnel soignant est placé en vecteur de la relation parent-enfant.²⁹ Les parents doivent

²⁹ Brazelton, 1988

progressivement trouver leur place auprès de leur bébé, en collaboration avec l'équipe soignante³⁰.

Le peau-à-peau comme rencontre corporelle

Après cinq jours d'hospitalisation, l'infirmière propose à la maman d'Ellie un premier « peau-à-peau ». Elle explique à la maman en quoi cela consiste : « il s'agit de placer Ellie, vêtue seulement de sa couche, sur votre torse. Ensuite on mettra un bandeau en tissu pour maintenir Ellie en place. Vous allez pouvoir rester un moment avec votre fille contre vous. C'est vraiment bénéfique pour votre bébé, il va être au chaud contre vous, il va sentir votre odeur. Souvent, les bébés sont très stables pendant les temps de peau-à-peau. Le mieux, c'est de rester plusieurs heures, parce que l'installation va demander beaucoup d'énergie à Ellie et cela va la fatiguer. Vous pouvez vous installer sur le siège, ici, et je vais m'occuper du transfert. »

« Le peau-à-peau est défini par le portage d'un enfant uniquement vêtu d'une couche et d'un bonnet contre les seins de sa mère ou le torse de son père. Elle est l'une des composantes de la méthode Mère Kangourou. »³¹ Cette méthode est proposée aux parents dès que l'état de l'enfant leur permet. Elle a des effets bénéfiques sur l'état végétatif du bébé, notamment sur la thermorégulation. Le bébé est confronté à de nouvelles sollicitations sensorielles : placé en position verticale, il expérimente des sensations vestibulaires différentes à celles de l'incubateur. Cette installation permet une rencontre tactile entre le parent et son bébé. « La plupart du temps, le corps est médium de la rencontre »³². Lors d'une naissance à terme où ni la mère, ni le bébé n'ont besoin de soins médicaux spécifiques, le nouveau-né est placé nu sur le ventre maternel. Cette première rencontre tactile entre le bébé et l'extérieur du corps de sa mère marque le début de la relation corporelle mère-bébé. Le bébé placé en couveuse est peu accessible à la rencontre tactile. L'incubateur et le matériel médical forment une première barrière physique. Dans les premiers temps, seules les mains des parents peuvent entrer en contact avec le nourrisson.

³⁰ Martel & Milette, 2017

³¹ Sizun et al., 2014, p. 97

³² Buil & Rocha, 2009, p. 56

L'apparente fragilité du bébé constitue une seconde barrière, psychique. Les parents ont souvent peur de heurter ce « bébé de porcelaine » et ont besoin d'être accompagnés par les soignants dans cette rencontre corporelle.

A dix-huit jours de vie, les constantes vitales d'Ellie sont meilleures. Les transferts pour le peau-à-peau se font plus aisément. Le médecin décide de l'extuber, pour passer à une ventilation dite « non-invasive ». Il installe le masque InfantFlow® sur le nez d'Ellie, fixé de manière étanche par un cordon accroché au bonnet. Il s'agit d'un système créant une pression continue dans les poumons d'Ellie, pour pallier son immaturité pulmonaire.

Personnaliser la chambre d'hôpital

Les parents d'Ellie décoorent petit à petit la chambre d'hôpital. Ils accrochent de gros ballons au plafond, « E L L I E ». Sur le mur, une dizaine de photos raconte leur histoire : le papa et la maman d'Ellie, le ventre tout juste rond de sa maman pendant la grossesse, Ellie lors de son premier bain, la blouse bleue et le masque, le premier peau-à-peau avec son papa. Ces photos viennent faire lien entre Ellie et ses parents, comme pour confirmer qu'ils ont bien vécu ces moments en famille.

5. DE LA REANIMATION AUX SOINS INTENSIFS

A la mi-août, après 62 jours passés en service de réanimation, Ellie est au terme de 34 semaines d'aménorrhée. Elle est transférée dans l'unité de soins intensifs.

Des lunettes, placées sous le nez d'Ellie, diffusent de l'oxygène pour l'aider à respirer. Encore très instable sur le plan respiratoire, elle désature fréquemment dans la journée, souvent pendant les soins. Une tachycardie³³ persiste. La maman d'Ellie reste dormir chaque nuit à l'hôpital, dans la même chambre que sa fille.

Préoccupation médicale primaire

Dans ce nouveau service, la maman prend ses marques plus rapidement. Elle a appris à distinguer les bruits qui font accourir les soignants, et ceux pour lesquels il ne faut pas s'inquiéter. Lectrice aguerrie des courbes du scope, elle est plus sereine

³³ La tachycardie représente une augmentation de la fréquence cardiaque.

lorsqu'une sonnerie se fait entendre. Les nuits lui paraissent moins bruyantes qu'aux premiers jours. Elle reconnaît quelques infirmières qu'elle croisait fréquemment dans les couloirs.

L'infirmière rentre dans la chambre. La maman la reconnaît, elle l'a souvent croisée dans le couloir de réanimation. « Je suis l'infirmière qui s'occupe d'Ellie aujourd'hui. Comment va-t-elle ? » La maman d'Ellie, debout devant la couveuse, tourne sa tête pour regarder l'écran du scope. A la lecture des chiffres, elle lui répond « ça a l'air d'aller, elle est calme. »

La maman d'Ellie semble avoir intégré l'aspect médical comme partie intégrante de la relation avec son enfant. Le scope vient comme décoder l'état d'Ellie en des données objectives. Sa maman se repose sur ces courbes pour savoir si Ellie va bien. Devant un bébé à terme, les parents doivent regarder leur bébé et interpréter les signes corporels du bébé pour déterminer s'il va bien ou pas. D. W. WINNICOTT décrit en 1969 la situation de « dépendance absolue » du nouveau-né. Pendant cette période, la mère vit un état psychique spécifique, qu'il appelle la « préoccupation maternelle primaire ». Cet état se développe graduellement pendant la grossesse pour atteindre un degré de sensibilité accru lors de la naissance et des premières semaines. Il permet à la mère d'être dans un état d'hyper-adaptation à son bébé³⁴. Les signaux du bébé sont interprétés par la mère en besoins, elle y répond immédiatement, parfois même en anticipation. « La mère prolonge la complétude de la grossesse par sa préoccupation maternelle primaire, par un branchement de son corps à celui du nourrisson.³⁵ » Progressivement, la mère sort de cet état, ce qui introduit un temps de latence entre l'appel du bébé et la satisfaction de ses besoins. Ces intervalles d'attentes sont à la base de la création du « sentiment continu d'exister ». C. DRUON parle d'une modification de cette préoccupation maternelle primaire dans le cas de l'hospitalisation néonatale. Dans les services de néonatalogie, l'aspect médical prédomine, du fait du pronostic vital imprévisible du bébé. La survie du bébé ne dépend plus de la préoccupation maternelle primaire, mais des soins prodigués par l'équipe soignante. La rêverie parentale s'en trouve transformée et réduite aux aspects médicaux de survie. Comme le sont les soignants

³⁴ Winnicott, 1969

³⁵ Gauberti, 1993, p.7

de l'équipe, la maman d'Ellie est prise dans une « préoccupation médicale primaire »³⁶. Elle regarde le scope plutôt que son bébé pour avoir des informations sur son état de santé.

Transition entre alimentation passive et active

La maman d'Ellie désire allaiter sa fille. Pour le moment, Ellie n'a pas encore l'énergie et la force nécessaire pour se nourrir au sein de manière autonome. Sa maman doit alors tirer son lait plusieurs fois par jour pour stimuler la lactation. Bientôt, lorsque sa fille aura assez de force, elles pourront essayer une « mise au sein ». Pour le moment, Ellie boit une partie du lait à la paille³⁷, et le reste est passé par la sonde gastrique³⁸. Ce sont souvent des moments fastidieux, mais l'équipe confirme à la maman que c'est normal, et qu'Ellie va grandir petit à petit.

Avant 32 semaines d'aménorrhée environ, le bébé n'est pas en mesure de coordonner efficacement la succion et la déglutition, nécessaires à une alimentation active. Le recours à une alimentation passive est nécessaire, le temps que l'activité orale se développe. L'autonomie de la prise alimentaire est un enjeu capital conditionnant bien souvent le retour à la maison.³⁹ L'alimentation entérale passive imposée par la prématurité prive les bébés de cette expérience sensori-motrice intense. Le lait arrive directement dans l'estomac, et n'atteint pas le système olfactif et gustatif du bébé. L'alimentation se trouve dépourvue des sensations de plaisir et de frustration, de faim et de satiété. Il n'y a plus de chaîne narrative⁴⁰ organisatrice autour du repas. Lors de la phase où le bébé est alimenté par sonde gastrique, les infirmières peuvent proposer du lait maternel dans, ou proche de la bouche, pour stimuler la succion. Cela permet au bébé de se familiariser avec l'odeur et le goût du lait.

³⁶ Druon, 2005

³⁷ Du lait (ici, d'origine maternelle) est placé dans un contenant où est plongé un tube de petit diamètre. L'autre extrémité de la « paille » est fixée à l'index de la maman. Le bébé tète le doigt et sa succion permet au lait de parvenir jusqu'à la bouche.

³⁸ La **sonde gastrique** consiste en un fin tuyau introduit dans la bouche du bébé, qui descend par l'œsophage jusque dans l'estomac du bébé. Le lait est passé par la sonde à l'aide d'un « pousse-seringue ».

³⁹ Martinet et al., 2008

⁴⁰ Bullinger, 2004

Le rôle nourricier est d'une grande importance pour la valorisation des parents dans leurs compétences⁴¹. « La capacité de s'alimenter de manière active est un élément essentiel de la relation mère-enfant. »⁴²

L'alimentation d'Ellie appartient pour le moment au domaine médical. Sa maman, dépourvue temporairement de son rôle nourricier, va devoir utiliser d'autres biais pour confirmer son rôle maternel.

Ellie approche du terme prévu de sa naissance. Au niveau comportemental, elle s'exprime de plus en plus. Souvent agitée, elle pleure souvent et est difficile à calmer. Pour sa maman, ce n'est pas toujours évident de comprendre ce qui ne va pas, et pourquoi elle pleure autant. Avec l'infirmière, elles passent parfois de nombreuses minutes pour essayer de calmer Ellie. La maman d'Ellie semble épuisée. Il lui arrive fréquemment de dire à l'infirmière que c'est difficile, que c'est trop long, cette hospitalisation.

Au détour d'un couloir, l'infirmière interpelle la psychomotricienne. « Je voulais te parler d'Ellie. C'est un peu difficile en ce moment. Je n'arrive pas à trouver une installation qui lui convienne, j'ai l'impression qu'elle n'est jamais vraiment confortable. La maman est fatiguée, elle ne comprend pas pourquoi sa fille est comme ça. » La psychomotricienne propose de rencontrer Ellie sur l'heure du repas, pour observer la nécessité ou non d'un suivi.⁴³

6. REUNION DE PROJET DE SOIN EN EQUIPE

La situation clinique d'Ellie pose question à l'équipe médicale. A la fin du mois d'octobre, une réunion est organisée pour réfléchir ensemble à un projet de soin jusqu'à la fin de l'hospitalisation.

⁴¹ Buil & Rocha, 2009

⁴² Martinet et al., 2008, p. 319

⁴³ Cf. partie II, p. 35.

Oralité et « repas plaisir »

Ellie est aujourd'hui âgée de 44 SA. Elle est encore sous oxygène 0.2 L à lunettes nasales. Son état respiratoire, fluctuant, ne permet pas une ventilation spontanée plus de quelques minutes. L'alimentation devient chaotique. Les troubles de l'oralité sont fréquents chez les bébés prématurés⁴⁴. L'équipe tente de comprendre ce qui, dans le cas d'Ellie, rend les repas difficiles. Les pesées avant et après le sein engendrent beaucoup de stress pour Ellie et mettent à mal les tétées. Ellie arrache régulièrement sa sonde gastrique (parfois plusieurs fois par jour), et la pose d'une nouvelle sonde est une épreuve douloureuse et difficile chez Ellie. Pourtant, il est nécessaire qu'elle grandisse et prenne du poids pour que ses poumons se développent. Tout semble tourner en boucle. L'alimentation devient petit à petit une expérience qui lui apporte plus de vécus désagréables que de situations de plaisir.

Le repas d'un bébé se compose habituellement d'un enchaînement d'évènements. Il ressent la sensation de faim et l'exprime corporellement par un recrutement tonique. Suzanne ROBERT OUVRAY décrit en cet état l'« hypertonie d'appel »⁴⁵. Le parent comprend ce besoin du bébé, et y répond en lui proposant le sein, ou un biberon. Le bébé s'oriente vers le lait dont il sent l'odeur, il tète. Il se détend progressivement, tout en arrivant à la sensation interne de satiété. Cet état de plaisir l'amène dans une « hypotonie de satisfaction ». Ce changement d'état tonique vient valoriser le parent dans sa capacité à répondre aux besoins de son bébé. Le repas présente un aspect narratif, où les différentes phases qui le composent s'enchaînent, toujours dans le même ordre. « La situation de repas est constituée de toute une chaîne de composants qui, en totalité, donnent son sens au repas, son aspect hédonique. »⁴⁶ Le temps du repas constitue pour le bébé et son parent un moment privilégié de communication. L'échange est multi-sensoriel, puisque tous les sens sont sollicités.

Quelle place occupe l'alimentation dans les liens mère-enfant ? L'alimentation chaotique vient-elle désorganiser la relation ?

⁴⁴ Martinet et al., 2008

⁴⁵ Robert-Ouvray, 2007

⁴⁶ Bullinger, 2004, p. 191

Points de vue de l'équipe

L'hospitalisation commence à être longue, l'équipe ressent qu'Ellie et sa maman sont lassées de cette vie à l'hôpital. L'équipe elle-même semble frustrée de cette prise en charge qui s'allonge.

Devant ce bébé difficile à soigner, les points de vue divergent. Certaines décrivent une maman pas toujours adaptée avec sa fille : un peu brusque, ne semblant pas toujours déterminer quand sa fille a faim, ou si elle est fatiguée. Elle parle trop fort, fait des gestes trop rapides, ce qui semble énerver Ellie. D'autres soignantes ont beaucoup de mal à s'occuper d'Ellie dans les moments d'absence de la mère. Les pleurs de ce bébé leur renvoient une détresse difficilement gérable. Les soins sont éprouvants. Parfois, Ellie pleure sans que l'équipe n'en comprenne la raison. Il faut énormément de temps pour l'aider à se calmer. La plupart du temps, elle finit par tomber de sommeil, épuisée.

La psychomotricienne expose à l'équipe son travail avec Ellie et sa maman : « Ellie et sa maman passent beaucoup de temps ensemble. Malgré cela, on ressent que la communication est encore difficile. Ellie n'est pas toujours facile à comprendre. Elle passe très vite de pleurs intenses à un état de sommeil. Dans son lit, Ellie adopte parfois des postures en extension, avec la tête qui part vers l'arrière. On retrouve souvent ces mouvements d'extension dans le portage. La maman a du mal à s'adapter à l'état tonique de son bébé. Ellie montre régulièrement des réactions de retrait, notamment aux stimulations tactiles. La zone orale paraît très sensible. Les soignants décrivent que les soins autour de la bouche sont très difficiles, qu'Ellie anticipe et se détourne des stimulations. La maman a bien investi notre présence et nos propositions. Pour autant, elle n'est pas à l'initiative de demandes spécifiques. Elle ne semble pas observer le fonctionnement en « on/off » de sa fille. Nous axons nos propositions autour de la compréhension des signaux d'alerte et de détente d'Ellie. La maman se saisit de ce que nous lui proposons sur l'instant, mais nous n'avons pas l'impression qu'elle s'approprie ces outils en dehors de notre présence. »

Le médecin propose à la maman d'Ellie de se joindre à cette réunion pour donner son point de vue, et réfléchir ensemble à un moyen de rendre la fin de cette hospitalisation la plus confortable possible pour Ellie.

Sur décision commune, la sonde gastrique ne sera pas reposée. L'équipe et la maman ont remarqué que la sonde entravait les mouvements de succion d'Ellie. Elle retire chaque jour sa sonde gastrique en l'accrochant avec sa main. La sonde est reposée quotidiennement, alors que c'est un acte qu'Ellie supporte très mal. La maman demande à arrêter les pesées avant et après l'allaitement. L'équipe propose de ne peser Ellie qu'une fois par jour, et d'attendre quelques jours avant d'évaluer à nouveau le besoin de compléter ou non l'alimentation. L'enjeu de cette situation est de laisser à Ellie l'espace et le temps de demander. Jusqu'à présent, ses besoins alimentaires étaient presque systématiquement devancés. Ellie n'a pas le temps de ressentir la sensation interne de faim, de manifester son besoin alimentaire par des signaux externes (pleurs, hypertonie, mouvements de succion,...). Le risque de poursuivre l'alimentation dans la perspective antérieure est de perdre l'aspect de plaisir qui accompagne habituellement les repas. La perspective proposée ici est de laisser le temps à Ellie de se manifester. C'est également de laisser sa maman déterminer les moments où Ellie a faim, non plus par rapport à l'heure supposée du repas, mais en se fiant aux manifestations comportementales de sa fille.

La psychomotricienne propose un essai de séance de psychomotricité dans sa salle. Ellie est arrivée à un âge de développement lui permettant de s'intéresser aux petits jouets et sollicitations sensorielles. Le milieu hospitalier n'est pas très propice à ces temps d'éveil psychomoteur. Ces moments permettront à Ellie de découvrir une situation sensorielle différente, en dehors des temps de soins. Un espace différencié de la chambre d'hôpital, pour permettre à Ellie d'expérimenter des situations sensorielles cohérentes. Il s'agira de favoriser un temps d'échange entre la maman et Ellie. La maman semble ravie de cette proposition. Un médecin devra impérativement accompagner ces séances, étant donné l'instabilité respiratoire d'Ellie.

Cette réunion semble offrir l'occasion d'unifier les points de vue des professionnels qui prennent en charge Ellie, et de faire du lien avec sa maman. Ce moment de partage tente de donner une cohérence à cette hospitalisation qui se complexifie. *Quel est le rôle de l'équipe concernant ce qu'il se passe entre Ellie et sa maman ? Qu'est-ce que les propos du psychomotricien viennent apporter au ressenti de l'équipe ?*

7.L'UNITE DE NEONATOLOGIE

Ellie est transférée dans le service de néonatalogie. Habituellement, ces chambres sont réservées aux enfants qui vont sortir rapidement du service, pour permettre à la maman de passer quelques nuits à l'hôpital avant de rentrer à la maison. Dans la situation actuelle, la chambre mère-enfant a été proposée pour favoriser le confort de la maman, qui dort chaque jour à l'hôpital depuis l'arrivée d'Ellie, sur un petit lit installé dans la chambre. Cette chambre est réfléchiée pour favoriser l'autonomie parentale. La chambre comporte un berceau pour Ellie, un lit pour sa maman, un plan de change et une salle de bain. L'infirmière passe régulièrement pour prendre en charge l'aspect médical, mais ne s'occupe plus des soins de nursing.

Ellie est maintenant relativement stable sur le plan cardiaque. Il y a encore quelques semaines, son rythme cardiaque avait du mal à se stabiliser et Ellie faisait fréquemment des bradycardies. Au niveau respiratoire, c'est une autre affaire. Les médecins tentent de baisser progressivement l'apport en oxygène, mais Ellie en reste très dépendante. Elle a développé une dysplasie broncho-pulmonaire⁴⁷ sévère, qui ne lui permet pas une autonomie respiratoire. Ellie a encore besoin d'un apport en oxygène trop important pour une prise en charge à domicile. Il faut encore baisser la concentration en oxygène pour envisager une sortie.

⁴⁷ La **dysplasie broncho-pulmonaire** est une maladie pulmonaire associée à des difficultés respiratoires chronique(s?). Fréquente chez les bébés prématurés ayant soufferts de détresse respiratoire, les bébés présentant cette maladie ont besoin d'un apport en oxygène pouvant parfois se prolonger sur plusieurs mois.

8. DE L'HOPITAL A LA MAISON

Ellie et sa maman sortent le 16 décembre, après 180 jours, soit six mois d'hospitalisation. Le début d'une seconde vie, à la maison.

Le parcours médical d'Ellie n'est pas terminé pour autant. Elle a encore besoin d'une assistance respiratoire, avec des lunettes à oxygène. Une hospitalisation à domicile⁴⁸ est mise en place. Quelques jours avant la sortie d'hospitalisation, une infirmière du service d'HAD s'est rendue dans le service pour rencontrer Ellie et présenter le dispositif à sa maman. Le rôle de l'HAD est de faire le relai entre l'hôpital et la maison, pour permettre une transition plus harmonieuse. Dans le cas présent, cela servira également à expliquer à la maman comment organiser le domicile en fonction de l'assistance respiratoire de Ellie, pour présenter le matériel qui n'est pas le même qu'à l'hôpital. Dans les premiers temps l'infirmière passera chaque jour pour s'assurer qu'Ellie va bien, grandit et prend du poids harmonieusement. L'accompagnement s'espacera petit à petit, en fonction de l'évolution d'Ellie et de la facilité de la maman à gérer le quotidien.

Etant donné son extrême prématurité, Ellie est intégrée au suivi systématique des anciens prématurés par l'hôpital. Elle sera suivie régulièrement pour des bilans pluridisciplinaires, jusqu'à ses 7 ans. Ce suivi est mis en place pour repérer précocement des difficultés de développement chez les enfants qui, nés prématurément, représentent une population à risque.

Le premier rendez-vous aura lieu dans quelques mois, lorsqu'elle aura atteint les 4 mois d'âge corrigé. A cette occasion, elle rencontrera le neuropédiatre, le pédiatre, la psychomotricienne, et sa maman aura un entretien avec la psychologue. Cette équipe réalisera diverses observations, pour évaluer le développement neuro-moteur et psychomoteur d'Ellie, et l'orienter si besoin vers des structures de prise en charge extérieures.

⁴⁸ Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) permettent d'assurer l'évaluation de l'état de santé du malade et de procurer des soins médicaux et paramédicaux au domicile, suite à une hospitalisation. (Décret n°92-1101 du 02/10/92). L'HAD pédiatrique accompagne le retour à domicile des « anciens prématurés » nécessitant des soins pluriquotidiens. (Garrec & Patte, 2008)

II - L'ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE

Ellie et sa maman ont été accompagnées par la psychomotricienne et moi-même, du mois de septembre jusqu'à leur sortie du service. Je souhaite, à travers cette seconde partie, reprendre l'histoire d'Ellie pour exposer les grands temps de sa prise en charge, et éclairer les appuis théoriques de l'intervention psychomotrice.

1.MA RENCONTRE AVEC ELLIE ET SA MAMAN

Lors de mon premier jour de stage, je rencontre Ellie et sa maman. Ellie est alors hospitalisée dans l'unité de soins intensifs du service de néonatalogie. L'infirmière a interpellé la psychomotricienne le matin même, en lui expliquant ses difficultés face à ce bébé inconfortable et cette maman fatiguée.

Nous entrons, la psychomotricienne et moi, dans la chambre d'Ellie. La maman, assise sur le fauteuil, porte son bébé dans les bras.

Il s'agit d'un petit bébé, habillé d'un body blanc et rose, trop grand pour elle. Ses bras sont fléchis, ses petites mains sont fermées. Sa tête est placée dans le creux du coude de sa maman, et part légèrement vers l'arrière. Le dos d'Ellie est très droit, et paraît particulièrement tonique. Ses yeux entrouverts semblent regarder dans le vague. De la commissure de ses lèvres sort le tuyau de la sonde gastrique. Il est fixé par un sparadrap blanc qui cache le haut de sa lèvre. Sous son nez, deux petits embouts diffusent de l'oxygène. Ce tuyau longe latéralement son visage. Deux pansements transparents protègent ses joues du frottement avec le tuyau d'oxygène.

La maman nous accueille en souriant. De sa main libre, elle replace les lunettes à oxygène, réajuste la canule de la sonde gastrique, décoince un fil à l'aide de son pied pour gagner un peu d'amplitude et replace Ellie contre elle. Cela m'impressionne. Je la trouve particulièrement à l'aise avec l'attirail médical qui entoure son bébé. Elle semble connaître par cœur chacun de ces fils, alors que je ne sais même pas à quoi ils servent.

L'infirmière, devant le chariot de soins, prépare le lait et la paille⁴⁹. Elle fixe au doigt de la maman un long tube très fin, plongé à l'autre extrémité dans un biberon de lait maternel. La maman porte son doigt proche de la bouche de sa fille. « Aller Ellie, il va falloir se réveiller maintenant. Tout est prêt, c'est l'heure de manger. »

Communication tonico-émotionnelle

La maman agite son bras gauche pour faire bouger Ellie, et porte son doigt près des lèvres de son bébé. Ellie montre de très faibles mouvements de succion, qui ne suffisent pas à faire arriver le lait. On perçoit des mouvements de langue. Ellie se détourne en penchant sa tête sur le côté, sa bouche se tord en une sorte de moue. Dans la pièce, nous regardons tous Ellie avec attention. La maman semble frustrée, elle poursuit ses efforts pour faire téter Ellie.

La psychomotricienne s'approche de la maman « Et bien Ellie ? Tu n'as pas très envie de téter ? J'ai l'impression que tu fais la grimace. Tu as l'air toute tendue. Est-ce que tu es bien installée ? Et vous, maman, vous êtes bien installée ? » « Non, pas très bien. Je ne peux pas m'adosser sur la chaise parce que le fil de l'oxygène n'est pas assez long. » La psychomotricienne rapproche la machine. La maman se recule sur sa chaise, décroise ses jambes. Elle pose son bras sur l'accoudoir et descend sa main pour soutenir le bassin d'Ellie. La maman détend ses épaules. Le dos du bébé s'arrondit légèrement, sa tête se pose contre le bras de sa maman. Cette dernière tente à nouveau de porter la paille à la bouche d'Ellie, qui tète légèrement, avant de s'endormir.

Le tonus apparaît comme un vecteur principal de communication entre Ellie et sa maman. Par tonus, on entend l'état de contraction isométrique⁵⁰ du muscle. La maman tient Ellie dans ses bras, et ressent donc corporellement l'état de tension de son bébé. C'est une communication bilatérale, car Ellie ressent, elle aussi, l'état de tension musculaire de sa maman. De là, une communication infra-verbale se met en place entre elles deux. « Les variations de sa tonicité sont l'un des premiers éléments

⁴⁹ Cf. transition entre alimentation passive et alimentation active.

⁵⁰ La contraction musculaire est dite **isométrique** lorsqu'elle n'entraîne ni le raccourcissement ni l'allongement du muscle.

qui nous entraînent vers la compréhension de la vie psychique du bébé. »⁵¹ Dans le cas présent, le portage semble inconfortable à la fois pour Ellie et pour sa maman. La maman reçoit le discours verbal de la psychomotricienne, qui s'incarne chez elle par un changement de posture. La posture d'Ellie se modifie elle aussi, son tonus s'abaisse légèrement. Cela se répercute sur son état de vigilance, Ellie s'endort. La communication tonico-émotionnelle entre Ellie et sa maman ne se met pas en place naturellement. *Qu'est-ce qui empêche la fluidité de cette communication infra-verbale ?*

Au bout de quelques minutes de tentatives infructueuses, l'infirmière explique à la maman « J'ai l'impression qu'Ellie est très fatiguée pour le moment. Par contre, on ne peut pas se permettre de sauter un repas aujourd'hui. Je vais mettre l'alimentation par la sonde. On va laisser Ellie se reposer, comme ça elle sera en forme pour le prochain repas. » La maman semble déçue. Elle installe son bébé dans le transat.

Alliance thérapeutique en psychomotricité

La psychomotricienne lui explique pourquoi nous venons la voir « J'ai l'impression que ce n'est pas très facile avec Ellie par moment. L'hospitalisation commence à être longue pour Ellie et pour vous, et puis elle grandit, ses besoins changent. Je suis là pour que l'on essaye de trouver ensemble ce dont a besoin Ellie, des solutions pour l'installer, pour la porter, et pour qu'elle soit mieux. » La maman d'Ellie se saisit immédiatement de ces paroles en s'adressant à sa fille « Tu as entendu Ellie ? La psychomotricienne va nous aider, pour que tu sois mieux installée et que tu pleures moins. »

En psychomotricité, le premier temps de rencontre avec le patient est déterminant. Il permet de poser le cadre de la prise en charge qui va suivre. Lors de cette première entrevue, la psychomotricienne a pu observer ce qu'il se passe corporellement entre Ellie et sa maman. Pour ce premier temps, elle s'est placée en observateur de la dyade.⁵² La psychomotricienne propose un suivi, pour accompagner la dyade mère-

⁵¹ Robert-Ouvray, 2007, p.44

⁵² Gauberti, 1993

enfant dans le sens d'une rencontre psychomotrice. Pour cela, elle parle du bébé dans sa réalité actuelle, à partir de ses observations. Elle inclut dans son discours la maman comme partenaire de soin. Cette démarche a pour objectif la création d'une alliance thérapeutique, indispensable au travail de guidance parentale. La psychomotricienne souhaite travailler sur la relation psychique et corporelle entre Ellie et sa maman, et a donc besoin que cette dernière soit actrice dans le suivi.

9. OBSERVER LA RELATION

La semaine suivante, nous revenons voir Ellie, au même horaire que la première fois.

Niveaux de vigilance

Nous demandons des nouvelles à l'infirmière avant d'entrer dans la chambre. A propos d'Ellie, les infirmières ont souvent beaucoup de choses à nous raconter. Aujourd'hui, elle nous détaille la dernière tétée qui ne s'est pas bien passée, la maman qui a oublié de peser Ellie avant de la mettre au sein, les pleurs, les grimaces. Tout devient difficile avec Ellie. Elle accepte de moins en moins les soins. Elle pleure beaucoup et, presque à chaque fois, elle désature.

Le travail de transition entre l'alimentation par la sonde et l'allaitement a débuté. A chaque repas, la maman installe Ellie au sein. Les premières fois, il s'agissait de « mises au sein non nutritives ». Ellie n'avait pas encore une succion assez efficace pour se nourrir, mais le fait de téter fait office d'entraînement. Aujourd'hui, elle tète quelques millilitres, mais se fatigue vite. Le reste de son repas est passé par la sonde gastrique. Pour mesurer la quantité de lait bue, il est nécessaire de peser Ellie avant et après chaque tétée. Souvent, le temps de tout organiser pour le repas, elle s'est rendormie, ou bien elle pleure très fort et s'épuise. Le problème autour de l'alimentation semble être en lien avec ses états de vigilance, et surtout les transitions trop rapides entre l'éveil et le sommeil.

Les états de vigilance, décrits par PRECHTL en 1974, désignent l'état de conscience du nouveau-né. Selon André BULLINGER, les niveaux de vigilance constituent pour le bébé le premier moyen à sa disposition pour moduler son tonus⁵³. Chez le nouveau-né, le passage d'un état à un autre est rapide, mais il est surtout en adéquation avec ce qu'il se passe pour lui dans la relation. Les niveaux de vigilance modulent les possibilités d'échange avec le milieu. Le premier état est celui du sommeil profond. Le bébé est immobile, son tonus est relativement bas. Le sommeil léger, second niveau, est caractérisé par de faibles mouvements. Lorsque l'enfant est somnolent, on dit qu'il est dans le niveau 3. Le niveau 4 représente l'état d'alerte, où l'enfant est calme, éveillé, disponible pour les interactions. Le niveau 5 est caractérisé par un éveil agité, et le niveau 6 par des pleurs intenses. Dans la situation que l'infirmière nous décrit ici, Ellie semble passer d'un état de sommeil profond à un état de pleurs intenses, sans passer par le stade intermédiaire de l'éveil calme.

Qu'est-ce que ces modulations brusques de niveaux de vigilance viennent nous dire de la capacité d'Ellie à être en relation à son environnement ? Comment la répétition de ces situations vient-elle impacter les interactions avec sa maman ?

Lorsque nous entrons dans la chambre, Ellie semble, cette fois-ci encore, endormie dans les bras de sa maman. Cette dernière tente de réveiller son bébé. Elle parle à Ellie pour tenter de l'éveiller, tout en la berçant vivement. Elle claque des doigts, l'appelle. Ellie fronce légèrement les sourcils, bouge les lèvres mais ses yeux restent clos. Elle ne semble pas endormie : sa position dénote un fort recrutement tonique, son visage est tendu, on entend sa respiration courte et forte. La tête d'Ellie est légèrement penchée vers l'arrière, ne permettant pas un contact oculaire avec sa maman. Ellie reste immobile, dans les bras de sa maman qui, quant à elle, commence à être agacée.

Engagement corporel du psychomotricien

La psychomotricienne s'installe à côté de la maman et d'Ellie. Elle décrit oralement ce qu'elle peut observer. « J'ai l'impression que tu es toute tendue Ellie, tu as tes petites mains fermées. Qu'est-ce qu'il t'arrive aujourd'hui Ellie ? ». La maman acquiesce et lui répond « Elle n'a pas du tout envie de manger ». J'ai l'impression

⁵³ Bullinger, 2004

que ces paroles soutiennent la maman qui profite des observations de la psychomotricienne pour ajuster ses sollicitations.

La psychomotricienne ne reste pas à distance d'Ellie et de sa maman. Elle vient se placer à proximité, pour être en mesure de capter ce qu'il se joue au niveau corporel. L'engagement corporel du thérapeute est le point central de la thérapie psychomotrice auprès des bébés. La psychomotricienne « donne à voir » son corps en mouvement et en relation. La mère et le bébé communiquent, nous l'avons vu plus haut, par le corps via la relation corporelle, la communication gestuelle, le dialogue tonique. La psychomotricienne se place aussi dans ce mode de communication, pour parler à la mère. La lecture de l'interrelation corporelle mère-bébé demande une disponibilité à la fois corporelle et psychique de la psychomotricienne.

Au bout de quelques minutes, moi aussi, je me sens agacée. Je me tiens là, debout, à côté de cette maman qui essaye de réveiller son bébé. A quoi servons nous, ici ? Si la maman n'arrive pas à la réveiller, je ne vois pas bien ce que l'on pourrait faire. Si Ellie dort, pourquoi est-ce qu'on l'embête comme ça ? Mais en même temps c'est vrai qu'elle est agaçante, à dormir comme ça. Zut, pourquoi est-ce qu'elle ne se réveille pas ?!

Que dire de mon ressenti émotionnel lors de cette situation ? Pourquoi ma présence dans la pièce me devient-elle difficilement supportable ? Qu'est-ce que la relation entre Ellie et sa maman m'évoque ?

10. QUAND MAMAN N'EST PAS LA : SOINS A QUATRE MAINS

Aujourd'hui, la maman s'est absentée pour un rendez-vous médical.

Nous nous renseignons sur Ellie auprès de l'infirmière qui s'occupe d'elle aujourd'hui. Elle nous explique que tout se passe bien pour Ellie aujourd'hui. Les repas de cette nuit et de ce matin se sont bien passés. Pour le repas de 14h, ce sera

peut-être un peu plus difficile car maman est absente, et l'infirmière devra donner à boire à Ellie par la paille. D'ailleurs, l'heure du repas va bientôt arriver.

La psychomotricienne et moi-même proposons d'aller voir si Ellie est réveillée, et de lui proposer quelques sollicitations pour lui permettre d'être dans une phase d'éveil favorable au repas.

La zone orale

Ellie est installée dans son berceau. Sa tête est tournée du côté de la porte. Elle a les yeux fermés, les bras fléchis et ses petits poings proches de son visage. « Bonjour Ellie, comment vas-tu aujourd'hui ? On a discuté avec ton infirmière, elle nous a dit que tu allais bientôt manger. Tu as faim ? Oh, tu as réussi à attraper ta sonde. Il va falloir la lâcher tu sais, il ne faudrait pas que tu tires dessus ». La psychomotricienne pose son doigt sur le dos de la main d'Ellie, qui ouvre naturellement ses doigts et libère la sonde gastrique. Ellie agite ses doigts, et les referme sur l'index de la psychomotricienne.

La situation actuelle dans laquelle se trouve Ellie met en lumière une incohérence apportée par le milieu hospitalier sur le développement psychomoteur du bébé. Lorsque le bébé apporte spontanément ses mains près de sa bouche, explore la zone orale avec ses mains, nous pouvons confirmer que cela représente une bonne compétence chez l'enfant. Ces gestes centrés sur la zone de la bouche dénotent des capacités de rassemblement du bébé, favorables à son développement psychomoteur. Selon André BULLINGER, la sphère orale est le premier espace organisateur du corps chez le bébé.⁵⁴ Lorsque le bébé est alimenté par une sonde gastrique, la sonde vient perturber les sensations tactiles au niveau de cette zone orale. Ellie sent le tuyau de la sonde dans sa bouche. Lorsqu'elle porte les mains près de sa bouche, ses doigts s'agrippent à la sonde, par réflexe de *grasping*. Dès lors, ce mouvement, pourtant favorable à son développement, devient délétère. Ellie risque de tirer sur la sonde, de la retirer. On se trouve là face à une ambivalence

⁵⁴ Bullinger, 2015

induite par l'environnement hospitalier, qui vient entraver le développement psychomoteur habituel de l'enfant.

Quelle importance présente la zone orale dans le développement psychomoteur de l'enfant ? Qu'est-ce que la sonde gastrique vient modifier dans le rapport d'Ellie à la zone orale ?

La psychomotricienne glisse sa main sous la nuque d'Ellie, et la surélève très légèrement pour amorcer une flexion de la colonne. Elle place son visage à une trentaine de centimètres de celui d'Ellie, qui vient d'entrouvrir les yeux. « Bonjour Ellie. Tu me regardes bien ! Est-ce que tu aurais faim ? Tu vas avoir envie de téter ? ». De son index, la psychomotricienne caresse la joue d'Ellie, depuis le bord de l'oreille jusqu'au coin des lèvres, dans un mouvement lent. Elle cherche ici à voir si Ellie peut s'orienter vers la stimulation tactile et chercher à téter. Lorsqu'elle touche le pourtour de ses lèvres, Ellie détourne la tête, lève un bras. « Ça ne te plait pas Ellie ? J'ai compris, je n'insiste pas. » Elle attend qu'Ellie se détende et retrouve une posture en flexion.

Théorie synactive du développement

L'infirmière entre dans la chambre avec le lait pour le repas. Elle remarque que la « moustache », petit scotch maintenant la sonde gastrique, est à moitié décollée. « Je vais être obligée de changer le scotch maintenant. J'ai peur qu'il se retire. S'il se défait complètement, je vais être obligée de reposer une nouvelle sonde gastrique. » Il est effectivement préférable de changer le scotch avant le repas d'Ellie. Une fois que le lait sera dans son estomac, le soin risque de provoquer des régurgitations.

La psychomotricienne propose d'accompagner Ellie, pendant que l'infirmière mouille et décolle délicatement le scotch⁵⁵.

Elle place une main sous le bassin d'Ellie, l'autre sous sa tête. Ce double appui bassin-occiput permet à Ellie un maintien de son axe corporel encore hypotonique.

⁵⁵ Cet acte peut sembler anodin mais il est souvent douloureux pour les bébés. Le scotch est fixé au-dessus de la bouche. C'est une zone très sensible au niveau tactile. Cet acte est fréquent, et peut induire un vécu désagréable autour de la zone orale.

Les mains de l'adulte proposent une légère courbure de la colonne vertébrale. Il s'agit d'une posture « en enroulement », qui permet à Ellie de se regrouper au niveau du centre du corps. Les mains sont libres de bouger et se situent dans son champ de vision. Elle peut aisément porter les mains proches de la bouche, ce qui l'aide à se rassurer. Ce cadre postural contenant lui permet d'être plus alerte à son environnement et d'être actrice des soins. Elle subit moins passivement les actes désagréables. Ellie semble apprécier cette installation, ses yeux s'orientent vers le visage de la psychomotricienne, ses bras se détendent un peu.

Lorsque l'infirmière commence à tirer sur la moustache, Ellie sursaute, ses deux bras se lèvent brusquement. Ses mains sont en direction du plafond, ses doigts sont écartés. Elle se met à pleurer très fort. Sa tête amorce des mouvements vers l'arrière, en partie compensés par le portage de la psychomotricienne.

Pendant cette scène, je me situe un peu en retrait. J'entends les pleurs d'Ellie, ses cris stridents. Le scope, qui sonnait jusqu'alors de manière sourde et continue, se met à sonner très fort. Il clignote en rouge. Ellie désature. Cette situation devient difficilement supportable pour moi. Je me sens impuissante face à ce bébé douloureux, dans cette situation d'urgence.

Dès que le scotch est changé, Ellie se calme rapidement. Elle se rendort quelques instants plus tard, épuisée.

H. ALS⁵⁶ développe la « théorie synactive du développement ». Selon lui, le bébé présente des capacités de régulation qui s'organisent selon plusieurs sous-systèmes. Lorsqu'une stimulation sensorielle vient bousculer l'équilibre du bébé, il va réagir selon ses possibilités propres. Son premier sous-système est celui de l'**autorégulation**. Le bébé, s'il le peut, va adopter une position de réassurance. Il peut par exemple porter les mains au visage, téter, adopter une position regroupée. Dans le cas d'Ellie, on remarque que cette possibilité d'autorégulation n'est pas encore efficace. Ellie a besoin que la psychomotricienne lui donne des appuis au

⁵⁶ Als, 1982

niveau du bassin et de la nuque pour se regrouper et se calmer. Lorsque les sensations deviennent douloureuses, cette autorégulation devient insuffisante. Le second niveau de désorganisation se trouve dans la **modulation des états de veille-sommeil**. Dans le cas présent, Ellie passe brutalement d'un état d'éveil calme à un état de pleurs intenses, ce qui est cohérent aux vues des stimulations désagréables qu'elle ressent. On observe ensuite qu'Ellie montre des **signes moteurs** de son inconfort : elle lève les bras, écarte les doigts. Cette réponse motrice est un troisième niveau de désorganisation. Le dernier niveau de désadaptation face à une situation sensorielle intense est le défaut de régulation du système autonome. Le bébé ne parvient plus à réguler ses **rythmes biologiques**. Son rythme cardiaque, respiratoire, et sa saturation en oxygène se dégradent. Le scope sonne. Cette théorie vient nous donner des informations sur la difficulté pour Ellie à faire face aux situations sensorielles désagréables.

La psychomotricienne repose la tête d'Ellie sur le lit. Tout au long de ce soin, elle apporte un soutien corporel, en donnant à Ellie une posture en enroulement. Cette position rassurante lui permet de retrouver, rapidement après le soin, un apaisement moteur et une stabilité au niveau de ses constantes vitales.

11. QUAND ELLIE N'EST PAS LA : L'ATELIER DES PARENTS

La maman d'Ellie vient participer à un « atelier créatif des parents », co-animé par la psychomotricienne et la psychologue. Situé dans la salle de repos des parents, ce groupe est proposé deux fois par mois. Son objectif est de proposer une création manuelle aux parents pour décorer la chambre d'hospitalisation de leur bébé. Cet espace a été réfléchi pour permettre aux parents de faire quelque chose pour leur enfant, sans être dans la chambre d'hospitalisation. Les soignants ont souvent entendu des témoignages de parents qui exprimaient leur difficulté à se sentir encore parents un fois sortis du service.

Aujourd'hui, il est proposé aux parents de réaliser une guirlande de fanions avec le prénom de leur enfant.

Nous proposons aux parents de se présenter les uns aux autres. Je remarque que les parents ne se présentent pas par leur propre prénom mais via celui de leur enfant « je suis la maman/le papa de... ». Pour parler de leur enfant, ils reprennent les chiffres médicaux qu'ils semblent connaître par cœur « Ellie est née à 26+3 pour 660 grammes, aujourd'hui elle est au terme de 35+2. »

Les parents se retrouvent à parler du prénom de leur enfant, et des conditions dans lesquelles ils ont trouvé ce prénom. La maman de Ellie nous explique qu'ils n'avaient, avec son conjoint, pas eu le temps de trouver un prénom lorsque Ellie est née. Ils pensaient avoir encore du temps pour se décider. Le choix a dû se faire dans l'urgence. Finalement, c'est le papa qui, pendant l'hospitalisation de la maman dans les jours précédant la naissance, a proposé le prénom « Ellie ».

Un prénom qui fait lien...

Pendant le temps de la création, la maman d'Ellie change de nombreuses fois d'avis. Elle est indécise quant à la couleur des fanions. Puis, elle trouve que cinq lettres, c'est trop court. Alors elle décide de rajouter le nom de famille. Finalement, elle écrit « I LOVE YOU ELLIE ». Cela lui prend beaucoup de temps, elle termine longtemps après le reste du groupe, qui est déjà parti.

12. UN TEMPS D'VEUIL CALME

Ellie est installée sur le lit, dans un petit body à fleur. Maintenant qu'elle porte uniquement des lunettes à oxygène, on semble voir beaucoup plus son visage. Cette chambre me donne une impression de sérénité, contrastant avec les expériences antérieures.

Agréablement étonnées de voir Ellie qui nous regarde calmement, nous l'exprimons à la maman « Cela nous fait plaisir de voir Ellie calme et éveillée. Elle a l'air toute détendue. Souvent, lorsqu'on vient, elle dort, ou alors elle pleure très fort. Aujourd'hui elle a l'air bien.» La maman ne semble pas percevoir la même chose et nous assure que sa fille est presque toujours calme comme cela. Je suis surprise par cette incohérence entre ce que nous avons observé de Ellie ces dernières

semaines et ce qu'en perçoit la maman. Cette discordance me semble venir signifier une perturbation dans leur relation. Les expressions corporelles d'Ellie, ses pleurs, ses réactions de retrait ne prennent pas sens pour sa maman en termes de représentations affectives. *Pour quelles raisons cette maman est-elle coupée de ces ressentis ?*

13. SEANCE EN SALLE DE PSYCHOMOTRICITE

Nous proposons, la semaine suivante, d'emmener Ellie dans la salle de psychomotricité. Installée dans son transat, elle somnole. La maman nous indique qu'elle doit se préparer, et passer dans la salle de bain avant de pouvoir nous rejoindre. Nous proposons de l'attendre dans le couloir. Vingt longues minutes passent avant que la maman ne nous interpelle pour nous dire qu'elle est fin prête.

Des aménagements médicaux sont nécessaires : le médecin installe une bombonne à oxygène, allume un scope portatif, réalise les branchements nécessaires. Nous plaçons Ellie dans une poussette pour le trajet. Elle ouvre les yeux et regarde autour d'elle.

Une fois arrivés dans la salle, nous installons Ellie sur un tapis de jeu. Nous éteignons le plafonnier pour qu'Ellie ne soit pas gênée par la lumière. Ses yeux sont à moitié clos, elle ne bouge pas beaucoup. Pourtant, elle ne semble pas complètement endormie. La psychomotricienne, la maman et moi sommes proches d'Ellie, autour du tapis. Le médecin est installé sur un siège, un peu en retrait.

La psychomotricienne parle doucement à Ellie « Regarde Ellie, on est dans la salle de psychomotricité. C'est différent de ta chambre ici. Il y a plus de lumière. Il n'y a pas les mêmes bruits non plus ». Elle pose sa main sur le ventre d'Ellie, tout en continuant de lui parler. Son objectif est d'amener doucement Ellie vers un état éveillé, comme celui qu'elle avait lorsque nous sommes rentrés dans la chambre. L'état d'éveil est celui où le bébé est le plus attentif à son environnement, la maman pourra alors interagir et jouer avec sa fille.

La psychomotricienne glisse une main dans le dos de Ellie, et remonte jusqu'à sa nuque. La paume de sa main soutient l'occiput d'Ellie, et lui permet de surélever légèrement son buste, en laissant la colonne en léger enroulement. Dans cette posture, l'axe corporel d'Ellie est soutenu, lui permettant d'entrer en contact avec son environnement proche.

Malgré cela, Ellie ne s'éveille pas du tout. La maman regarde le panier de jouets posé à côté du tapis. Elle semble avoir très envie que sa fille se réveille pour pouvoir lui montrer. Pour la réveiller, elle s'adresse à sa fille avec une voix forte. Elle claque des doigts, près de l'oreille d'Ellie. Elle prend un hochet bruyant et le fait tinter. Ellie serre brusquement ses poings. Elle tourne sa tête de l'autre côté. Son visage tout entier grimace. La psychomotricienne, ayant toujours sa main sous la tête d'Ellie, lui renvoie ce qu'elle ressent « Je sens que tu es toute tendue d'un seul coup. Tu as poussé très fort sur ma main avec ta tête. Ça m'a fait un peu peur, à moi aussi. C'est vrai qu'il fait beaucoup de bruit ce hochet. Regarde, on va essayer de trouver quelque chose de plus doux. »

La construction en hypertonie

La maman cherche un autre jouet, moins sonore. Subitement, Ellie change de registre, et se met à pleurer. Très fort. Son dos s'arc-boute, et la psychomotricienne ne parvient pas à maintenir la posture avec sa main. Elle pose doucement la tête d'Ellie sur le tapis. Ellie pleure encore plus fort. « Prenez-là dans vos bras si vous voulez. Je pense que c'est ce qui va lui faire le plus de bien, d'être dans les bras de maman. » La maman prend Ellie dans ses bras, se lève et la berce. Les pleurs ne diminuent pas pour autant. Ses pleurs me véhiculent une détresse intense, qu'il m'est difficile de recevoir passivement.

On remarque chez Ellie des signes d'hypertonie. Le tonus est le lieu d'inscription des affects et des émotions⁵⁷. A la naissance, le bébé présente une répartition tonique spécifique : son axe corporel est hypotonique, alors que ses membres supérieurs et inférieurs sont plutôt hypertoniques, en flexion. A travers les modulations de son tonus, le bébé exprime ses émotions : il se tend lorsqu'il a besoin d'être nourri, se

⁵⁷ Wallon, 1954

détend lorsqu'il ressent la satiété. Petit à petit, il apprend à réguler son tonus à partir des niveaux de vigilance, des flux sensoriels, et des réponses apportées par le milieu humain⁵⁸. Pour Ellie, l'hypertonie semble constituer une réponse défensive à des stimulations externes qu'elle ne peut pas assimiler, et qui prennent corps sous forme de tensions musculaires. L'hypertonie a une double conséquence : Ellie ne peut se libérer de ses tensions que par des décharges motrices intenses. Sa mère, tente de la calmer par des attitudes souvent elles aussi hypertoniques, ce qui limite les possibilités d'ajustement et majore l'hypertonie⁵⁹.

Les co-modalités sensorielles

Au bout d'un temps qui me semble particulièrement long, Ellie parvient à se calmer. Elle ouvre progressivement les yeux, et regarde les adultes autour d'elle. Elle tourne la tête à gauche, croise le regard de sa maman qui lui sourit « Coucou Ellie ! » Ellie agite ses bras et replie ses jambes. La maman se saisit de ce temps pour jouer avec sa fille : elle lui montre le hochet, lui place dans la main et fait bouger doucement le bras de sa fille pour que le jouet fasse du bruit. Ellie oriente son regard vers le hochet, à l'extrémité de son bras. « Tu as vu Ellie, c'est toi qui fait du bruit avec le jouet. On fait doucement. »

La situation sensori-motrice que vivent Ellie et sa maman dans le jeu offre une expérience de « cohérence sensorielle ». Ellie vit dans un monde de sensations, où elle est soumise en permanence à des flux sensoriels, qui entrent en contact avec ses organes réceptifs⁶⁰. Nous avons vu dans la première partie que, dans les premiers moments de sa vie, Ellie vivait des expériences sensorielles peu cohérentes, car elle ne pouvait pas mettre en lien la stimulation reçue avec sa source. Dans la couveuse, elle entendait la voix de sa maman mais, le son se réverbérant sur la paroi de l'incubateur, elle ne pouvait pas s'orienter vers sa maman et établir un lien de causalité entre le flux visuel et auditif. C'est pourtant à travers ces expériences de co-modalités sensorielles que le bébé construit ses soubassements psychomoteurs. A

⁵⁸ Bullinger, 2004

⁵⁹ Gauberti, 1993

⁶⁰ Bullinger, 2004

présent, Ellie est dans un moment d'éveil calme, où elle est donc disponible à interagir avec sa maman. La maman avec le hochet, fait vivre à Ellie des sensations à la fois tactiles, par le contact avec le hochet, auditives, avec le bruit qu'il produit, et proprioceptives, par le mouvement de son bras. Ellie tourne la tête pour regarder la source de la stimulation. La maman met en mot ce qu'il se passe pour Ellie.

La pièce est redevenue calme, l'atmosphère plus sereine. La maman semble prendre un grand plaisir à être en relation avec son bébé dans le jeu. Le médecin, la psychomotricienne et moi restons silencieux, souriants devant ce moment presque en apesanteur, qu'une parole risquerait de rompre.

Un peu plus tard, Ellie tourne la tête dans ma direction et nos regards se croisent. Je tiens dans ma main un petit jouet vers lequel elle tourne ensuite les yeux. Cela semble l'intéresser, elle agite les bras. Je l'amène à tourner sa tête du côté du jouet, et je place une main au niveau de son bassin pour accompagner le mouvement. Ce léger étayage corporel permet à Ellie de se tourner en position latérale. Je maintiens son bassin en position d'enroulement. Ses mains sont proches de son visage. Les bras d'Ellie s'agitent en direction du jouet, que je rapproche encore un peu pour qu'il se retrouve dans son espace de préhension. Au bout de quelques tentatives, sa main accroche un bord du hochet. Sa maman, qui l'observe attentivement, s'exclame « Bravo Ellie, tu as réussi à l'attraper. » Ellie babille quelques sons.

Peu de temps après, Ellie commence à bâiller, elle ferme à moitié les yeux. « Souvent, quand Ellie est comme ça, c'est qu'elle est fatiguée. Je pense qu'elle va bientôt s'endormir. » La maman donne ici du sens à ce qu'elle observe comme signaux corporels chez Ellie. *Cette adaptation relationnelle est-elle à mettre en lien avec la cohérence des expérimentations pour Ellie ?*

Nous les raccompagnons donc dans la chambre. Sur le trajet, Ellie s'est endormie, et la maman la soulève doucement pour l'installer dans son lit. Nous sortons tous épuisés de cette intense séance.

14. OBSERVATION D'UN REPAS

Ellie est à présent un bébé « à terme ». Le médecin n'attend plus que l'autonomie alimentaire pour qu'Ellie puisse sortir d'hospitalisation. Suite à de nombreuses discussions entre l'équipe et la maman d'Ellie, il a été décidé de proposer une diversification alimentaire avec des petits pots de compotes et de purées. L'idée est d'offrir à Ellie de nouvelles sensations gustatives pour lui donner envie de manger. La maman était dans un premier temps réticente à cette idée.

La psychomotricienne me propose de rentrer dans la chambre d'Ellie et de sa maman. La maman est assise en tailleur sur son lit, Ellie est dans ses bras. Elle est en train de lui donner à manger un pot de purée. En même temps, elle est en conversation vidéo avec son conjoint, depuis son téléphone posé sur le lit. Elle m'invite tout de même à rentrer dans la chambre. Au bout de quelques minutes, le père d'Ellie propose de la rappeler un peu plus tard, lorsqu'Ellie dormira et qu'elle sera plus disponible.

La psychomotricienne nous rejoint. « Comment est-ce que cela se passe, avec les petits pots et la cuillère ? ». La maman nous explique que c'est très difficile pour elle de donner des petits pots à sa fille. « Elle est encore toute petite, et elle doit déjà manger comme une grande. J'ai peur de rentrer à la maison et que ma fille ne soit déjà plus un bébé. » Comme si, finalement, Ellie n'avait jamais été un « bébé », aux yeux de sa maman. D'abord trop fragile avec tous ces fils, puis déjà plus vraiment un bébé, avec ce changement d'alimentation.

Pendant tout ce temps, Ellie prend la cuillère et mange une bonne partie de son petit pot. Malheureusement, la maman a installé Ellie contre elle, de sorte qu'elles ne sont pas vraiment en face à face. Ce positionnement ne permet pas à Ellie de voir sa maman.

15. (R)ENTRER A LA MAISON

La sortie d'hospitalisation est prévue pour Ellie dans deux jours. Lorsque l'hospitalisation a duré si longtemps, le retour à la maison n'est jamais évident. Il

subsiste une ambivalence, entre soulagement et désarroi. Cela fait six mois qu'Ellie et sa maman apprennent à se connaître dans le cadre de l'hôpital. Tout au long de cette hospitalisation, la relation s'est créée avec l'équipe comme tiers. Il n'y a que très peu de moments à deux. Sortir de l'hôpital, arriver à la maison, c'est quitter ce tiers, qui faisait pourtant part entière dans leur relation.

Du milieu hospitalier au domicile, nouvelle transition

Des aménagements sont mis en place pour rendre moins brutale cette transition. L'HAD, comme présenté dans la première partie, fait lien pour assurer une continuité entre l'hôpital et la maison. Les infirmières de l'HAD viennent présenter le suivi d'Ellie lorsqu'elle est encore hospitalisée en néonatalogie. Elles vont passer chaque jour au domicile pour assurer une sorte de continuum entre l'hôpital et la maison, avec un espacement progressif des visites jusqu'à leur arrêt complet.

Passer de l'hôpital à la maison, cela représente pour Ellie et sa maman une « transition écologique ». Le milieu hospitalier diffère en bien des points de ce qu'elles vont connaître au domicile. Au niveau sensoriel, ces deux milieux n'ont pas grand-chose à voir. La maison sera bien plus silencieuse, pas de bruits de scope, pas de soignants qui passent dans le couloir. La lumière sera différente, l'agencement de l'espace aussi. Cela demande pour Ellie comme pour sa maman une grande adaptation. Tout réapprendre à deux. Cette transition peut potentiellement mettre en jeu des éléments qui font penser à la naissance, lorsque le bébé quitte le milieu utérin pour découvrir le milieu extérieur aérien. La sortie d'hospitalisation peut alors rejouer symboliquement cette naissance. Dans le cas d'Ellie, la naissance a été compliquée, et constitue probablement un traumatisme pour elle comme pour sa maman. La sortie d'hospitalisation peut alors raviver des émotions de cette naissance chaotique, et entraîner du stress pour sa maman.

Ellie reviendra dans quelques mois à l'hôpital. A cette occasion, la psychomotricienne réalisera un bilan pour Ellie. Il s'agit d'une consultation « au tapis ». Le bébé est installé sur un tapis, les parents et la psychomotricienne se placent autour de l'enfant. La psychomotricienne propose différents jeux, et observe comment s'organise le bébé face à ces différentes sollicitations. Elle porte une

attention aux postures de l'enfant, à la régulation de son tonus dans ces différentes positions. Le bébé peut-il amorcer un retournement du dos sur le ventre ? La ceinture scapulaire et la ceinture pelvienne sont-elles dissociées ou l'enfant se mobilise-t-il « en bloc » ? Sur le ventre, le bébé peut-il placer les mains sous son buste pour relever sa tête du plan ? Comment arrive-t-il à soutenir sa tête et son buste en position assise ? Dans le même temps, la psychomotricienne observe l'intérêt que l'enfant porte à l'environnement, et la mise en place de la préhension volontaire. Le bébé peut-il orienter son geste vers l'objet présenté ? Ses mains sont-elles ouvertes ? Ce sera également l'occasion d'observer l'évolution des interactions entre elle et sa maman. Est-ce que le fait de vivre à la maison aura fluidifié les échanges relationnels ? L'accordage tonique sera-t-il plus aisé ?

III- ANALYSE PSYCHOMOTRICE

La prise en charge d'Ellie et sa maman en psychomotricité a soulevé diverses questions, laissées en suspens dans les deux premières parties de ce mémoire. Il convient à présent d'y réfléchir, pour tenter d'y apporter des réponses.

Par quels aspects la relation entre Ellie et sa maman est problématique ? Quels liens entre les difficultés actuelles et la naissance prématurée ?

1. UNE RENCONTRE PSYCHOMOTRICE

Dans la rencontre entre Ellie et sa maman, quelles sont les modalités psychomotrices mises au travail ? Comment les éprouvés corporels des deux partenaires s'entrecroisent, ou, à défaut ici, ne s'entrecroisent que partiellement ?

Sensorialité de la rencontre

La rencontre entre un bébé et sa maman mêle des aspects corporels et psychiques. Le bébé communique son état interne par des expressions toniques et motrices. La mère reçoit corporellement ces signaux, les transforme en matière affective et émotionnelle pour y répondre de manière adaptée. Pour que la relation soit fluide et cohérente, la communication au corps à corps s'impose comme prérequis essentiel.

Même si la rencontre entre un parent et son enfant met au travail tous les sens, certains sont au premier plan. « Le toucher participe à la rencontre fondamentale entre un bébé et ses parents, c'est dans la relation corps à corps, peau à peau, que s'instaure le dialogue tonico-émotionnel »⁶¹. Le toucher accompagne tous les moments relationnels parent-enfant. Il place la peau comme première relation, lieu d'échange entre le corps de la mère et celui du bébé. L'univers psychique du bébé ne dépend pas directement et uniquement de l'univers psychique de la mère, mais il existe une zone de transition et de médiation tierce qui est la tonicité des corps.⁶² Le dialogue tonico-émotionnel met en place les premières réactions d'adaptation réciproque, et lance la dynamique interactionnelle. Il constitue le point d'ancrage de la relation.

⁶¹ Arnaud, 2005, p.6

⁶² Robert-Ouvray, 2007

Dans la rencontre entre Ellie et sa maman, la relation au corps à corps est impactée dès les premiers moments. La naissance survient trop tôt et rompt prématurément l'ajustement tonique opérant entre le fœtus et son enceinte, prémices du dialogue tonico-émotionnel. Après sa naissance, et pendant de nombreuses semaines, Ellie vit des contacts tactiles ponctuels et localisés. « Cette rencontre sensorielle entre la mère et son bébé se trouve altérée par une naissance prématurée et entravée par l'environnement technique. »⁶³ Ellie et sa maman ne vivent que tardivement des moments de peau-à-peau. Je remarque, dans les moments de portage, qu'elles ont du mal à s'ajuster toniquement l'une à l'autre. Le toucher n'a pas pu devenir une porte d'entrée dans leur relation. Lorsque, au fil des semaines, le tonus d'Ellie vient se fixer à un pôle hypertonique, le canal de communication tactile s'amenuise. Le toucher semble compromis dans son rôle de canal sensoriel de la rencontre.

Ellie et sa maman apprennent à utiliser d'autres canaux sensoriels pour entrer en relation. D'après ce que j'observe en séance, il s'agit principalement de la vue et de l'audition. Ellie pleure rapidement lorsque sa mère sort de son champ de vision. La maman s'adresse à sa fille, lui parle, lui raconte ce qu'il se passe entre elles. La psychomotricienne, pendant les séances, prend en compte ces canaux sensoriels privilégiés. Elle essaye toutefois de replacer le toucher en vecteur de la relation, en offrant des possibilités de modulation tonique.

Temporalité et spatialité de la rencontre

L'unité de néonatalogie existe dans une temporalité suspendue par l'urgence médicale et le risque vital. Les préoccupations mortifères viennent comme arrêter le temps pour un moment, jusqu'à ce que la survie du bébé soit envisagée par le parent. Pourtant, la temporalité occupe une place centrale dans la relation entre un parent et son enfant. Nous avons décrit la rythmicité des moments de repas et de changes, qui viennent inscrire les liens parent-enfant dans le temps. Pour Ellie, hospitalisée, le rythme relationnel est artificiel, induit par le service et son organisation. Malgré la présence quotidienne de la maman, la relation peine à trouver sa propre temporalité. Les repas, même lorsque l'hospitalisation touche à sa

⁶³ Thomas & Mero, 2010, p. 61

fin, sont toujours déterminés chronologiquement, et non par rapport aux sensations d'Ellie. Les temps de repas sont désorganisés.

L'espace dans lequel s'effectue leur rencontre est aussi bien différent des conditions habituelles. Ellie reste dans l'espace clos de la couveuse, qui s'étend ensuite à la chambre. L'espace est difficilement personnalisable, malgré quelques photos sur les murs. C'est dans cet espace impersonnel qu'Ellie et sa maman se rencontrent. Les moments d'intimité sont rares, la proximité est relative.

La rencontre entre Ellie et sa maman a lieu dans des conditions spatiales et temporelles singulières, qui demandent aux deux partenaires une adaptation. Leur relation, progressivement mise en place dans ce contexte, nécessitera d'être adaptée lors de l'arrivée à la maison. Ce sera l'occasion de laisser les rythmes biologiques d'Ellie prendre une place centrale, et organiser une nouvelle temporalité à leur relation.

16. ELLIE, UN BEBE A DECRYPTER

Quels sont les moyens utilisés par Ellie pour signifier à sa maman ses états internes ? Existe-t-il des freins à leur compréhension ?

Signaux de stress et d'adaptation

Le bébé communique son état interne par le biais d'un langage corporel : posture, mimiques, pleurs, coloration de la peau, tonus, mouvements,... A travers ces comportements, le bébé envoie des signaux qui peuvent signifier un état de stress, ou à l'inverse, un état d'adaptation. Les parents « lisent » ces signaux, les contextualisent pour y donner du sens.

Le bébé prématuré émet lui aussi des signaux de stress et d'adaptation, qui sont pourtant plus subtils à voir et à interpréter. La maman d'Ellie doit apprendre à « décrypter » les signaux de sa fille, comprendre ses capacités de régulation. Chez Ellie, les changements d'état sont rapides et difficiles à anticiper. Elle est en difficulté pour gérer les informations sensorielles qui lui parviennent, se

« désorganise » fréquemment. Il est parfois difficile, pour la maman comme pour les professionnels, de mettre du sens sur ses réactions.

La compréhension des signaux émis par Ellie est primordiale à la mise en place des comportements de maternage. La maman d'Ellie doit apprendre à voir et interpréter les signaux de son bébé. Elle fait face, au cours de l'hospitalisation, à des situations d'échec où Ellie pleure, lui véhicule un état de détresse, sans qu'elle ne puisse en identifier la cause. Certains comportements d'Ellie ont du mal à prendre sens pour sa maman. Chaque situation d'échec met à mal la maman dans ses compétences maternelles. L'équipe de néonatalogie vient se placer en soutien, pour permettre à la maman de rester disponible à la relation.

C'est au travers de la répétition d'expériences positives que des habitudes se mettent en place entre la mère et la fille, pour venir fluidifier leur relation.

La question de l'oralité

Ellie présente des difficultés majeures autour de la zone orale, qui retentissent sur l'alimentation. Les nombreuses contraintes médicales compromettent l'allaitement exclusif souhaité par la maman. Si cet allaitement semble si important pour la maman, c'est probablement qu'il vient signifier pour elle un point important de la relation avec sa fille.

L'oralité occupe une place centrale dans la vie d'un bébé. Selon A. BULLINGER, la zone orale est le premier organisateur de la motricité chez le bébé.⁶⁴ Le rôle premier des compétences parentales est d'assurer la survie et la croissance du bébé. Dans cette perspective, la zone orale constitue un lieu de rencontre privilégié entre la mère et son bébé. Ce rôle nourricier est très investi pour la maman d'Ellie, qui semble placer beaucoup d'enjeu autour de sa propre capacité à nourrir sa fille.

Ellie rencontre des difficultés à investir la zone orale comme zone de plaisir. Au-delà des difficultés purement liées à l'alimentation, elle a développé une irritabilité

⁶⁴ Bullinger, 2004

autour de la bouche. Cela met en échec l'alimentation et, par extension, le rôle nourricier de sa mère.

Les troubles de l'oralité, qui apparaissent progressivement, viennent majorer les troubles de la relation qui existent déjà à d'autres niveaux. Pour l'équipe de néonatalogie, l'alimentation d'Ellie est un enjeu principal de son hospitalisation. En collaboration avec la maman, les professionnels essaient de mettre en place des adaptations pour qu'Ellie vive une « alimentation plaisir », où les repas constituent des moments agréables qui viennent « nourrir » leur relation.

17. LES ENJEUX DE LA RELATION

Au-delà des interactions réelles entre Ellie et sa maman, d'autres phénomènes psychiques entrent-ils en jeu ? Quelle influence peuvent-ils avoir dans la relation ?

Le sentiment de culpabilité

C. DRUON expose le sentiment de culpabilité parental, faisant écho au traumatisme inhérent à la naissance prématurée. Le parent cherche à donner du sens à un événement qui en est dénué. Dans sa recherche de sens, le parent se sent lui-même coupable de l'arrivée prématurée du bébé⁶⁵. La culpabilité apparaît comme une réponse, permettant de mettre du sens sur la prématurité.

La maman d'Ellie ne nous a pas verbalisé de vécu de culpabilité par rapport à sa fille. Peut-on pour autant en déduire qu'elle ne vivait pas intérieurement ce sentiment ? Lorsque la maman nous exprime que « Ellie est un bébé agréable, qu'elle a de la chance car tous les bébés ne sont pas aussi faciles », cela ne peut-il pas signifier l'inverse ?

La maman ne parvient pas à nous exprimer les difficultés qu'elle rencontre avec Ellie. Elle ne peut pas demander explicitement de l'aide. De même, la maman d'Ellie est restée continuellement auprès de sa fille au cours de l'hospitalisation. Elle a systématiquement refusé lorsque les soignants lui ont proposé de rentrer se reposer

⁶⁵ Druon, 1996

quelques heures chez elle. Cela peut exprimer son besoin de vivre la même hospitalisation que sa fille, comme si elle s'en sentait responsable.

La maman d'Ellie semble faire face à un sentiment de culpabilité non mentalisé qui vient s'exprimer indirectement par ses propos et ses comportements. Elle est probablement prise par des enjeux psychiques autour de la culpabilité, qui la rendent partiellement indisponible à la relation. Pourtant, nous avons vu que le décryptage du comportement d'Ellie demande une grande présence et disponibilité, que sa mère peut difficilement mobiliser.

Les séances en psychomotricité viennent replacer la relation dans l'« ici et maintenant », en se focalisant sur les éléments actuels. L'attention de la maman est ramenée sur le moment présent et lui permet, pour un temps, de s'affranchir du travail psychique autour de son sentiment de culpabilité. La psychomotricienne garde à l'esprit les aspects symboliques qui se jouent sur un plus long terme, mais ne travaille pas directement à leur propos.

Le statut de mère

Selon S. MISSONNIER, le fœtus ne naît pas humain, il le devient pendant la grossesse⁶⁶. Lorsqu'Ellie est née, elle ne montrait pas de signes de vie, elle a dû être réanimée. Sa maman l'a rencontrée par la suite, dans un environnement médicalisé. A travers l'attirail médical qui l'entourait, a-t-elle pu percevoir en Ellie son « bébé » ? Peut-on concevoir un bébé qu'on ne peut ni nourrir, ni porter, ni calmer lorsqu'il pleure ? Considérer Ellie comme son bébé requière de concevoir son propre statut de mère. N'est-il pas difficile d'accepter son nouveau statut de parent lorsqu'on ne peut pas réaliser les missions qui lui incombent ?

Vers la fin d'hospitalisation, l'équipe soignante décide de diversifier l'alimentation d'Ellie pour lui offrir de nouvelles expériences gustatives et lancer une nouvelle dynamique autour de l'alimentation. Habituellement, la diversification alimentaire a plutôt lieu vers les 4 mois de l'enfant. La maman d'Ellie nous exprime sa

⁶⁶ Bergeret, Soulé, & Golse, 2006

frustration : elle a l'impression que le statut de nouveau-né d'Ellie lui échappe, pour déjà passer à celui d'enfant.

Pour que la rencontre ait lieu, qu'elle laisse place à une relation mère-bébé, il est nécessaire que les deux partenaires y trouvent une place. Pour la maman d'Ellie, cette situation ne semble pas innée, et nécessite un processus. Le personnel du service vient confirmer le statut de la mère, notamment en s'adressant à elle par le titre de « maman », et non pas par son propre prénom. L'étayage extérieur vient conforter la place d'Ellie et de sa maman dans la relation qu'elles sont en train de construire.

18. LA NAISSANCE DE L'ATTACHEMENT

Le concept d'attachement est au cœur des théories portant sur le lien parent-enfant. *Dans la situation d'Ellie, qu'est ce qui diffère par rapport à la théorie ? Qu'est-ce que cela peut venir modifier dans la relation ?*

Le concept d'attachement

J. BOWLBY décrit l'attachement comme une pulsion primaire, qui s'exprime par des conduites spécifiques : succions, étreintes, cris, sourires, tendances à aller vers, à s'accrocher. Ces comportements dits d'attachement sont indispensables à la survie du bébé⁶⁷. Les adultes proches du bébé répondent aux comportements d'attachement, un lien affectif se tisse entre le bébé et cette personne. C'est dans la réciprocité des échanges que s'établit le lien. Petit à petit, le bébé dirige ses conduites d'attachement vers une personne privilégiée et discriminée, qui devient sa « figure d'attachement ».

L'attachement est un processus psychocorporel, puisqu'il met en jeu un aspect physiologique et relationnel⁶⁸. L'enfant s'attache à son parent via sa motricité innée et le parent aide ce processus en satisfaisant les besoins corporels et psychiques de son enfant.

⁶⁷ Bowlby, 1978

⁶⁸ Jegou, 2014

Tout au long de notre vie, nous créons de nouvelles figures d'attachement qui nous permettent un soutien lors de situation de détresse émotionnelle. Il peut s'agir du cercle familial, de proches, d'amis par exemple.

L'attachement entre Ellie et sa maman

Quand un nouveau-né est hospitalisé, ses parents sont en proie à un chaos émotionnel, qui active très fortement leur propre système d'attachement. La maman d'Ellie se trouve en situation de détresse, où elle a besoin de se tourner vers ses propres figures d'attachement. Elle se trouve dans une situation ambivalente, partagée entre le besoin de protéger son enfant, et sa propre recherche de réassurance. « Les parents d'un bébé hospitalisé dès la naissance sont soumis à l'activation simultanée de deux systèmes motivationnels, leurs systèmes d'attachement et de *caregiving*, avec le risque que ces deux systèmes n'entrent en compétition l'un avec l'autre »⁶⁹ Ellie vient à la rencontre d'un environnement affectif parental qui est lui-même douloureusement atteint dans son intégrité émotionnelle.⁷⁰

Parallèlement, Ellie est un bébé prématuré, qui ne présente pas les mêmes capacités motrices et réactionnelles qu'un bébé né à terme. Ses comportements d'attachement sont amoindris. La maman d'Ellie peut alors éprouver des difficultés à identifier les comportements d'attachement de sa fille.

Les deux protagonistes de la relation sont perturbés pour entrer dans le processus d'attachement. L'équipe soignante peut, pour un temps, faire office de figure d'attachement pour la mère. Le soutien affectif apporté à la maman lui permet d'être plus disponible pour observer les comportements déployés par Ellie. Sa présence quotidienne auprès de sa fille vient renforcer le sentiment de stabilité chez Ellie, qui peut reconnaître en sa maman une figure d'attachement.

⁶⁹ Sizun et al., 2014, p. 21

⁷⁰ Buil et al., 2017

19. DYNAMIQUE INTERACTIONNELLE

La relation entre Ellie et sa maman est perturbée par des aspects tant physiques que psychiques. Chacune des deux partenaires se trouve impactée par cette naissance prématurée. De la rencontre à la relation, on assiste à un processus interactif, où les difficultés d'Ellie viennent rencontrer celles de sa maman. C'est par une influence réciproque que la relation se construit, ici, difficilement. M. GAUBERTI utilise le terme d' « interrelation » pour qualifier cet échange où les deux partenaires sont actifs et envoient des messages dirigés à l'autre⁷¹. Il s'agit de considérer Ellie et sa maman comme deux actrices de la relation, influant mutuellement sur le comportement de l'autre. Il serait incomplet d'étudier les effets de la prématurité sur Ellie sans prendre en compte les répercussions de cette naissance atypique sur sa maman.

Lors de mon travail d'élaboration autour de leur relation, mon obstacle principal a été de réussir à considérer la maman comme une « patiente » de la prise en charge psychomotrice, au même titre qu'Ellie. Les expressions psychomotrices d'Ellie et sa maman ne peuvent pas être dissociées du contexte d'interrelation qui les lie.

⁷¹ Gauberti, 1993

**IV - REFLEXIONS AUTOUR DU SOUTIEN AU
LIEN EN NEONATALOGIE**

Le service de néonatalogie œuvre à prodiguer les meilleurs soins possibles aux bébés prématurés ou ayant vécu une naissance difficile. A ces objectifs médicaux s'ajoutent des préoccupations à plus long terme concernant le développement psychomoteur des enfants pris en charge. Dans cette optique, il est important d'accorder aux parents une place dans les soins, de les accompagner dans cette parentalité meurtrie par l'hospitalisation néonatale. Une relation de qualité entre le bébé et ses parents est un des soubassements de son développement psychomoteur.

A travers le cas d'Ellie, nous avons compris que la relation pouvait être difficile à établir, du fait de la prématurité. Au cours de mon stage, j'ai rencontré de nombreux parents et enfants, eux aussi impactés dans leurs interactions. *Comment l'équipe soignante de néonatalogie peut être un soutien à la rencontre et à la relation ? Comment le psychomotricien s'intègre-t-il dans cette équipe, quel est son rôle spécifique ?*

1. L'AFFAIRE D'UNE EQUIPE

L' « équipage » de néonatalogie

« L'ensemble du personnel travaillant dans un service de néonatalogie peut faire penser à l'équipage d'un navire. Chacun occupe une fonction précise et, du commandant de bord au simple matelot, tous dépendent les uns des autres pour assurer la bonne marche du vaisseau.⁷² »

La néonatalogie est un service hospitalier, et fonctionne sous le même cadre institutionnel. Un médecin chef de service dirige le pôle de néonatalogie. Le cadre de santé est garant de la bonne marche du service. Œuvrent ensuite de nombreux professionnels, médecins, infirmiers, psychologue, au contact des patients. Chacun occupe un rôle particulier, mais tous partagent le même objectif: la santé et le bien être des bébés.

⁷² Vanier, 1998, p.125

Dès les premiers temps de mon stage, j'ai observé que tous les professionnels soutenaient à leur façon la parentalité naissante, de manière plus ou moins explicite. Une de mes grandes préoccupations était de comprendre le rôle spécifique de chacun, et surtout *ce que chacun percevait de son rôle dans le soutien à la parentalité*. Pour étayer mes observations, j'ai proposé aux soignants de répondre à un questionnaire⁷³. Leurs réponses m'ont ouvert des pistes de réflexion sur le travail en équipe.

Le **médecin**, ou l'interne, est responsable de la santé du bébé. Il examine le bébé quotidiennement, réalise des actes médicaux, rédige des prescriptions et donne les directives de soins. Il coordonne les soins de l'enfant, en rassemblant l'équipe lors de réunions de services. Il est en lien avec la famille, notamment par le biais des entretiens médicaux. Lors de ces entretiens, il explique aux parents la prise en charge médicale de leur enfant, les risques encourus, et les éventuelles pathologies. Le bébé hospitalisé dans le service a un médecin référent, qui continue de le suivre après sa sortie du service lors de consultations. Dans leurs réponses aux questionnaires, les médecins du service estiment que leur rôle dans le soutien à la parentalité réside à la fois dans les explications autour de l'hospitalisation (importance de la présence des parents auprès du bébé), et l'annonce de la pathologie (explication des signes cliniques, de l'étiologie, du devenir potentiel de leur enfant).

La puéricultrice, ou l'**infirmière**, est au contact direct des bébés. Elle représente le premier interlocuteur pour les parents à leur arrivée dans le service. L'infirmière assure la mise en œuvre des soins prescrits par le médecin : analyses médicales, alimentation, changes, toilettes, installation. Elle est garante du lien avec la famille, notamment en leur expliquant ce qu'il se passe pour leur bébé au jour le jour. Lorsque les parents sont présents dans le service, l'infirmière a pour objectif de les inclure dans la prise en charge de leur bébé, de leur expliquer les soins et de les rendre au maximum acteurs. Selon moi, l'infirmière occupe un rôle central dans le soutien à la parentalité puisqu'elle est la professionnelle la plus en contact avec le

⁷³ cf. document en annexe.

bébé. Je n'ai malheureusement pas eu de réponse d'infirmière à mon questionnaire. Cela est venu m'interroger sur la représentation qu'elles avaient de leur rôle, et possiblement leur difficulté à l'expliquer, à en témoigner. Le soutien à la parentalité apparaît comme toile de fond de leur travail, sans en être l'objectif principal.

L'**auxiliaire de puériculture** travaille en lien étroit avec l'infirmière. Elle l'assiste dans les soins donnés aux bébés, accompagne les parents autour de l'alimentation et donne des conseils pour le retour à la maison. En dehors des préoccupations de survie et des soins médicaux, elle offre une autre perspective de soutien.

La **psychologue** fait partie intégrante du service. Son travail consiste majoritairement à « accompagner sur le plan psychologique les parents des bébés hospitalisés dans le service lorsqu'ils ont vécu la naissance de leur bébé de façon difficile voire traumatique afin de leur permettre de récupérer les ressources psychiques indispensables pour tisser un lien avec leur bébé et cheminer vers l'élaboration d'une parentalité la plus solide possible ». Elle travaille en étroite collaboration avec les soignants du service. Dans ce but, elle réalise des entretiens psychologiques thérapeutiques avec les parents, participe aux réunions du service, forme l'équipe soignante. Elle accompagne systématiquement les procédures de soins palliatifs dans l'accompagnement de fin de vie. Si besoin, elle peut orienter les parents vers un accompagnement de plus longue durée.

La **psychomotricienne** intervient quotidiennement dans le service, auprès des bébés, des parents et en collaboration avec les infirmiers. J'ai questionné les soignants du service pour recueillir leurs représentations quant au rôle de la psychomotricité dans le service. Les réponses s'orientent sous trois volets. Le premier décrit le rôle de la psychomotricité **auprès des bébés** : évaluer leur développement psychomoteur, s'assurer de leur confort, améliorer le positionnement en couveuse. Un second axe se dégage, **autour des parents** : les informer sur les compétences de leur bébé, leur montrer comment le nouveau-né s'exprime, les rendre compétents dans leur rôle parental. Un troisième volet s'oriente **autour des soignants**, pour les accompagner lors des soins invasifs, et les guider dans le positionnement.

Pourquoi est-ce si important de comprendre comment l'équipe appréhende le travail du psychomotricien ?

Les indications en psychomotricité viennent en grande partie des observations des soignants, qui observent des difficultés chez certains bébés et chez certains parents. Il est nécessaire qu'ils aient une représentation précise des champs d'action de la psychomotricienne pour que les indications soient pertinentes.

Chacun des professionnels de l'équipe de néonatalogie occupe une place singulière auprès des bébés et de leurs parents. Les points de vue sur l'enfant ne sont pas les mêmes. Le cadre d'intervention change : l'infirmière intervient tout au long de la journée, la psychologue donne un rendez-vous. C'est par l'action coordonnée de chacun que l'équipe peut offrir aux parents un soutien global.

De l'accompagnement vers l'autonomie

Nous l'avons observé au travers de l'histoire d'Ellie : les parents sont, dans un premier temps, dans l'incapacité de répondre seuls aux besoins de leur enfant. Leur fragile relation avec l'enfant est suspendue aux informations médicales données par les soignants⁷⁴. Les parents doivent incarner progressivement cette parentalité, qui leur a au départ été dessaisie par nécessité médicale. Cette appropriation des compétences parentales se fait pas à pas, en corrélation avec l'évolution médicale du bébé. Il s'agit d'un réel travail, du point de vue du parent comme de celui du soignant : le soignant doit laisser progressivement plus de place au parent, et le parent doit se saisir de cette place. Pour les soignants, cela demande de redéfinir leur rôle auprès des bébés. L'infirmière, au-delà des soins prodigués au bébé, doit prendre en compte la dynamique parentale, pour étayer les compétences du parent. Etre une infirmière « suffisamment bonne »⁷⁵ en service de néonatalogie, ne serait-ce pas de rendre accessible le soin au parent, plutôt que d'être dans un geste techniquement parfait ? Cette démarche de soins nécessite un appui, une confiance en ses propres compétences professionnelles.

⁷⁴ Brazelton, 1988

⁷⁵ En référence au terme de « mère suffisamment bonne », décrit par D. WINNICOTT comme la capacité de la mère à répondre de manière adaptée aux besoins de l'enfant, tout en laissant un espace nécessaire entre le besoin et la satisfaction, espace nécessaire à la création du « sentiment continu d'exister » (Winnicott, 1969).

Les soignants en « matrice de soutien »

D. STERN nous parle de la réorganisation psychique opérant chez les jeunes mères : « A la naissance, et plus particulièrement celle d'un premier-né, la mère s'installe dans une organisation psychique très particulière que je nomme la *constellation maternelle*. »⁷⁶ La mère abandonne pour un temps son complexe d'Œdipe en faveur d'un nouvel organisateur psychique, la constellation maternelle. La jeune mère est placée dans une préoccupation avec elle-même, avec son bébé et avec sa propre mère. Peut-elle subvenir à la vie et au développement de son bébé ? S'engager émotionnellement auprès de son bébé ? Créer et accepter la mise en place de supports pour l'accomplissement de ces fonctions ? Lors de cette période sensible de réorganisation psychique, il est nécessaire pour la mère de créer autour d'elle et de son bébé un réseau de soutien protecteur. D. STERN décrit ici la notion de « matrice de soutien ». Il s'agit de toutes les personnes qui entourent la mère et son bébé. Habituellement, la matrice de soutien est assurée par le père du bébé, et surtout par la grand-mère. Lorsque l'enfant né prématurément est hospitalisé, la dynamique familiale est perturbée. La mère est fréquemment éloignée de sa famille, et, de ce fait, moins soutenue. Pourtant, ce soutien est nécessaire à la mise en place des fonctions maternelles de base.

On pourrait considérer l'équipe de néonatalogie comme « matrice de soutien » pour les jeunes mères. Le personnel gravite autour du bébé, vient accompagner puis soutenir sa maman dans ses compétences parentales.

Face à un lien fragilisé : Ellie, sa maman et l'équipe

Lors des discussions avec les soignants, et notamment lors de la réunion d'équipe autour de la situation médicale d'Ellie⁷⁷, j'ai pu me rendre compte que l'équipe était mise à mal par ce bébé. Ellie est restée longtemps hospitalisée dans le service, avec une évolution médicale lente. L'état relationnel d'Ellie et son inconfort face aux soins médicaux amènent des ressentis émotionnels forts. Les infirmières nous ont souvent parlé de leur difficulté à s'occuper d'Ellie, car elles avaient l'impression de lui faire mal, même lors de soins habituellement « anodins ». Ellie renvoyait à

⁷⁶ Stern, 1997, p. 223

⁷⁷ cf. « Réunion de projet de soin en équipe » p.30

l'équipe soignante un sentiment d'incompétence. Nombre de solutions mises en place par l'équipe étaient mises en échec. Une maman qui agace, un bébé que l'on ne comprend pas...

La psychomotricienne me semblait prendre beaucoup de temps pour discuter avec les soignants avant d'aller voir Ellie. Je me suis rendue compte que ce temps était nécessaire : il nous permettait de saisir la dynamique relationnelle entre les soignants autour de Ellie et de sa maman. Pour les infirmières, ce temps de discussion permettait un échange de points de vue qui venait soutenir leur travail.

Au cours de plusieurs séances, j'ai ressenti, moi aussi, ce sentiment d'impuissance difficilement supportable. Je ne comprenais pas ce que l'on y faisait, comment on pouvait aider Ellie et sa maman. J'étais agacée par Ellie, ce bébé si peu « gratifiant », dont moi-même, je ne comprenais pas les codes. Ce qui attirait toute mon attention, c'était cette maman, en souffrance de ne pas pouvoir satisfaire les besoins de sa fille. Je me trouvais dans une sorte d'identification projective à la maman : comment peut-on comprendre un bébé qui ne nous donne aucune clé de son fonctionnement ? Pourquoi Ellie n'était-elle pas plus réceptive aux efforts de sa maman pour entrer en relation ? Peu à peu, mon regard s'est ouvert sur cette petite fille qui, elle aussi, était en souffrance. Ce changement de point de vue s'est fait en corrélation avec les apports théoriques autour de la prématurité. En observant les autres bébés, en lisant des ouvrages sur la prématurité, je me suis rendue compte des difficultés rencontrées par Ellie pour entrer en relation avec sa maman. C'est à partir de ce moment que j'ai pu prendre en considération les deux partenaires de la relation comme influant réciproquement sur l'autre.

20. LE PSYCHOMOTRICIEN EN SOUTIEN AU LIEN

Comment le psychomotricien se distingue-t-il des autres professionnels ? Au début de mon stage, j'ai souvent eu l'impression que nous avions tous les mêmes axes de travail en tête, les mêmes objectifs. J'observais pourtant que nous n'avions pas les mêmes façons de travailler, les mêmes supports théoriques en tête.

Un second questionnement a découlé du premier : *Comment le psychomotricien agit pour soutenir la relation ?* Je me suis confrontée à cette difficulté lorsque j'expliquais le sujet de mon mémoire, et que l'on me demandait « concrètement, tu fais quoi ? » Je trouvais particulièrement difficile de rendre compte des séances de psychomotricité. Pendant les séances, je concevais clairement le positionnement de la psychomotricienne, ses interventions, ses propositions. En dehors de mon stage, c'était une autre affaire. C'était un travail complexe d'explicitation, de mettre en mot les choses subtiles qui se jouaient en séance.

Le corps relationnel du bébé

En néonatalogie, tous les professionnels s'adressent au même bébé, dans la même couveuse, mais tous n'ont pas en tête la même symbolique. Pour le corps médical, le bébé est souvent parlé en termes de chiffres : son âge, son poids, sa saturation... C'est du corps réel du bébé dont il est question, dans sa réalité somatique.

Aux yeux de la psychologue, le bébé existe dans sa dimension symbolique au travers des parents.

La psychomotricité se distingue des autres disciplines par un regard singulier porté sur le bébé. La psychomotricité se détache des paramètres médicaux, pour s'adresser au corps du bébé dans ses capacités relationnelles. Dans la perspective philosophique développée par M. MERLEAU-PONTY, on pourrait admettre que la psychomotricité considère le corps du bébé comme « véhicule de l'être au monde⁷⁸».

Cette démarche nécessite une prise en charge en dehors de l'urgence vitale. Le thérapeute, comme le parent, doit se détacher pour un temps des préoccupations médicales, pour s'adresser au bébé dans ses capacités relationnelles. Il s'agit de s'intéresser au bébé dans l'ici et maintenant, pour faire exister un espace relationnel. Cela demande une grande disponibilité des trois protagonistes : le bébé, le parent et le psychomotricien. C'est ici que prend sens la question du cadre spatial et temporel de la prise en charge psychomotrice en néonatalogie : il faut trouver un temps où parent comme bébé sont disponibles à la relation. Le psychomotricien aide

⁷⁸ Merleau-Ponty, 1945

le parent à voir, au-delà du bébé hospitalisé, leur enfant doué de compétences relationnelles. Ce travail nécessite de prendre le temps, pour l'enfant comme pour le parent.

Interprétation des mots du corps

Parents et enfants communiquent par la relation corporelle, la communication gestuelle et le dialogue tonique. Lorsque ces canaux de communication sont entravés, la relation se désorganise. Le psychomotricien utilise les mêmes modalités de communication que la mère et l'enfant. Il verbalise ce qu'il ressent de la relation au niveau corporel, gestuel, et tonique. Le psychomotricien reçoit corporellement des éléments de la relation, qui viennent prendre corps en lui. Il peut ensuite mettre en mot ce qu'il se passe entre le bébé et son parent, pour formuler « une représentation de l'interaction qui relie le corporel à l'affectif par la médiation du verbe. »⁷⁹ Le discours du thérapeute se place ainsi en média de la relation corporelle. Tout l'intérêt de cette verbalisation est qu'elle vienne prendre sens pour le parent, qu'elle devienne assimilable. Le parent peut alors y répondre par un comportement, un geste, un réajustement tonique. Le psychomotricien se place temporairement en relai de la relation corporelle. Son objectif est de créer la possibilité pour le parent de recevoir directement les signaux du bébé, pour que le corporel devienne espace et canal de communication⁸⁰.

Posture thérapeutique

« Le thérapeute se positionne comme un observateur, un lecteur des mots du corps qui s'enchaînent, cohérents ou non, pour raconter l'histoire de la rencontre entre le corps de la mère et le corps de l'enfant. »⁸¹ Ce positionnement d'« observateur » du psychomotricien intervient à la fois physiquement, dans le positionnement dans l'espace de la salle, mais aussi symboliquement. Le psychomotricien ne se place pas entre le parent et l'enfant, il se place à côté. Cela lui permet de ne pas être tiers dans la relation, mais soutien de la dyade. Le psychomotricien n'est pas là pour expliquer au parent comment fonctionne leur enfant, mais pour soutenir le parent

⁷⁹ Gauberti, 1993, p. 85

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ *Ibid.*, p. 74

dans sa dynamique de compréhension des signaux du bébé. La mise en mot du dialogue tonique impulse une spirale transactionnelle positive qui inaugure encore plus d'échanges entre parents et bébé⁸². Il exerce une sorte de rêverie maternelle et renvoie à la mère d'une façon intégrable par elle, ce qu'il perçoit, tout comme elle va devoir apprendre à le faire pour son bébé.

« Le psychomotricien passe par la relation au bébé au travers du regard, du toucher et de la parole pour s'adresser indirectement aux parents. »⁸³

Le psychomotricien utilise son propre corps comme le vecteur principal de la mise en relation thérapeutique. De ce fait, il est corporellement et psychiquement engagé dans la relation. Il n'est pas un observateur neutre et distant, puisqu'il est présent à la relation, reçoit via le dialogue tonico-émotionnel les affects de la mère et de l'enfant. C. POTELE décrit en ce processus la notion de « contre-transfert corporel »⁸⁴.

Face à la psychomotricité : la maman d'Ellie

Mon choix d'orienter mon mémoire autour du cas clinique d'Ellie et sa maman n'est pas anodin. Cette prise en charge est venue remettre en question pour moi les tenants et aboutissants du suivi en psychomotricité.

J'observais entre Ellie et sa maman un lien corporel et émotionnel fort. Cette maman était la seule à rester dormir chaque nuit dans le service. Il me semblait étonnant d'observer si peu d'accordage entre elles deux, le temps qu'elles passaient ensemble. La maman d'Ellie, enthousiaste tout au long du suivi en psychomotricité, nous accueillait volontiers chaque fois que nous venions la rencontrer dans le service. Elle adhérait à ce que nous lui propositions, de sorte qu'une alliance thérapeutique s'est rapidement construite. Pour autant, je sentais chez elles de discrètes réticences, au travers de regards, de mimiques, de postures. Ce que nous propositions en psychomotricité, le regard que nous portions, la psychomotricienne et moi-même,

⁸² Arnaud, 2005

⁸³ Thomas & Mero, 2010, p. 66

⁸⁴ Potel, 2010

sur elles deux, venait toucher quelque chose de très difficile pour la maman : sa difficulté à être « avec » sa fille.

Par moments, la maman d'Ellie semblait « tester » le cadre thérapeutique mis en place. Elle nous faisait patienter avant de venir en séance, ou bien débordait sur l'heure de fin du groupe... Ces situations sont arrivées à plusieurs reprises, de sorte que cela semblait significatif. La psychomotricienne proposait un temps consacré à Ellie. La plupart du temps, nous patientions à propos d'Ellie : nous attendions qu'elle se réveille, qu'elle se calme, qu'elle finisse de manger... Il me semble que la maman d'Ellie trouvait, à travers le suivi en psychomotricité, un temps accordé à sa fille, accordé à elle, dans cette hospitalisation où toute la notion de temporalité échappait à sa maîtrise.

Pendant les séances de psychomotricité, je constatais régulièrement de beaux moments d'échanges mère-fille. J'avais en tête la dynamique interactive, que j'imaginai nourrie de ces expériences harmonieuses. Lorsque j'y retournais la semaine suivante, je remarquais, non sans une certaine déception, que ces expériences n'avaient pas pris sens dans la relation, que je constatais à nouveau désorganisée.

Quels éléments freinaient le travail en psychomotricité ? Il me semble que les préoccupations médicales occupaient une place prépondérante dans l'esprit de l'équipe et celui de la maman. Les expériences vécues lors des séances de psychomotricité peinaient à se généraliser. Cela tenait probablement aux contraintes induites par l'hôpital. La chambre d'Ellie était peu propice aux situations d'éveil. La salle de psychomotricité offrait cette possibilité, mais dans un cadre contraignant (présence du médecin, durée limitée). L'accompagnement d'Ellie et de sa maman par la psychomotricienne me semble toutefois avoir créé des « tuteurs de résilience »⁸⁵, qui pourront prendre corps, plus tard, dans leur relation.

⁸⁵ Cyrulnik, 2001

CONCLUSION

La « rencontre » définit la situation où deux personnes se trouvent en contact, de manière plus ou moins prévue⁸⁶. Pour Ellie et sa maman, leur rencontre était dans l'ordre des choses. Les circonstances de cette rencontre sont, quant à elles, inattendues. Lorsque Ellie naît, au cinquième mois de grossesse, c'est la rencontre avec sa maman qui en devient, elle aussi, prématurée. De la mère ou de la fille, aucune n'était réellement prête. Chacune éprouvait des difficultés à entrer en relation. La nature et la source de ces difficultés se sont progressivement dessinées. Comprendre ce qui se jouait entre Ellie et sa maman s'est toujours fait dans l'après coup, éclairé par des notions théoriques et par d'autres expériences cliniques.

D'un côté, il y avait Ellie, plongée trop tôt dans un monde aérien auquel son organisme peinait à s'adapter. De l'autre, une jeune maman émotionnellement déstabilisée. Entre elles deux, un lien physique et affectif fort, mais désorganisé. Leur relation s'inscrit dans un parcours médical complexe, qui vient lui aussi impacter le lien mère-enfant. L'équipe de néonatalogie, à travers les spécificités de chacun, est venue soutenir et étayer cette relation naissante. La psychomotricienne s'est préoccupée du confort d'Ellie, partant du postulat que l'aspect corporel constituait le point d'entrée de la relation. Elle est venue donner des appuis, corporels et psychiques, aux deux partenaires de la dyade, pour viser un ancrage relationnel.

A l'issue de ce suivi, Ellie et sa maman me semblent encore être « à côté », sans tout à fait réussir à être « ensemble ». Dans le contexte de cette naissance prématurée, la rencontre n'est ni innée, ni ponctuelle, mais s'inscrit dans un processus dynamique. On se situe encore à l'aube du parcours de rencontre entre Ellie et sa maman. Les expériences qu'elles continuent de vivre ensemble viennent s' « engrammer » dans la co-construction de leur relation.

⁸⁶ Dictionnaire Petit Robert, 2016.

BIBLIOGRAPHIE

- Als, H. (1982). Toward a Synactive Theory of Development: Promise for the Assessment and Support of Infant Individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3, 229-243.
- Arnaud, C. (2005). *L'expérience psychomotrice à la rencontre du bébé prématuré et de ses parents de porcelaine*. 17(67), 5-9.
- Aupetit, L., & André, J. (2010). *Maternités traumatiques*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Bergeret, J., Soulé, M., & Golse, B. (2006). *Anthropologie du fœtus*. Paris, France: Dunod.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. Volume 1, L'attachement* (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris, France: Presses universitaires de France.
- Brazelton, T. B. (1988). *La Naissance d'une famille: ou comment se tissent les liens* (C. Bounay, Trad.). Paris, France: Stock/Laurence Pernoud, 1988.
- Buil, A., Devouche, E., Genet, M.-C., Bobin-Bègue, A., & Apter, G. (2017). Soutenir l'élaboration de la relation parent-enfant en cas de prématurité. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 38(299), 15-19.
- Buil, A., & Rocha, A. P. da. (2009). Un autre monde. *Enfances Psy*, n° 42(1), 51-62.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1, Un parcours de recherche*. Ramonville Saint-Agne, France: Éditions Érès, DL 2004.
- Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 2, L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Toulouse, France: Éditions érès.

- Cyrulnik, B. (1997). *Sous le signe du lien: une histoire naturelle de l'attachement*. Paris, France: Hachette littératures, 1997.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris, France: Odile Jacob.
- Druon, C. (1996). *A l'écoute du bébé prématuré: une vie aux portes de la vie*. Paris, France: Flammarion.
- Garrec, N., & Patte, R. (2008). Sortie de néonatalogie - Rôle de l'hospitalisation à domicile pédiatrique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Vol. 33(1), 104-107.
- Gauberti, M. (1993). *Mère-enfant, à corps et à vie: analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*. Paris, France.
- Golse, B., Gosme-Séguret, S., Mokhtari, M., & Bloch, M. (2001). *Bébés en réanimation: naître et renaître*. Paris, France: O. Jacob, 2001.
- Jegou, S. (2014). *Les liens d'attachement: un tremplin pour la vie : Regard singulier du psychomotricien en Protection Maternelle et Infantile (Mémoire de psychomotricité)*. Bordeaux, France.
- Lejeune, F., & Gentaz, É. (2015). *L'enfant prématuré: développement neurocognitif et affectif*. Paris, France: Odile Jacob.
- Martel, M.-J., & Milette, I. (2017). *Etre parent à l'unité néonatale: tisser des liens pour la vie*. Montréal, Canada: Editions du CHU Sainte-Justine.
- Martinet, M., Bullinger, A., Pfister, R., Launoy, V., Vassant, C., Picard, C., ... Berner, M. (2008). Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance*, Vol. 60(4), 317-335.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien: un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse, France: Érès.

- Robert-Ouvray, S. B. (2007).** *L'enfant tonique et sa mère.* Paris, France: Desclée de Brouwer.
- Sizun, J., Guillois, B., Casper, C., Thiriez, G., & Kuhn, P. (Éd.). (2014).** *Soins de développement en période néonatale: de la recherche à la pratique.* Paris, Berlin, Heidelberg... etc, France: Springer, DL 2014.
- Stern, D. N. (1997).** *La constellation maternelle* (D. Cupa, Trad.). Paris, France: Calmann-Lévy.
- Thomas, N., & Mero, S. (2010).** Mère et bébé prématuré : regards croisés autour de la sortie « le travail au tapis ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, (164), 58-69.
- Vanier, C. (1998).** *Le sourire de la Joconde: clinique psychanalytique avec les bébés prématurés.* Paris, France: Denoël.
- Wallon, H. (1954).** *Les origines du caractère chez l'enfant: les préludes du sentiment de personnalité.* Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Winnicott, D. W. (1969).** *De la pédiatrie à la psychanalyse* (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris, France: Payot.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE SOIGNANTS

Je suis stagiaire psychomotricienne parmi vous cette année, et je prépare un mémoire sur l'abord psychomoteur du soutien à la parentalité. Je souhaiterais recueillir l'avis de plusieurs professionnels du service autour de ce thème. Cela m'aidera à affiner mes observations du travail en équipe pluridisciplinaire.

Merci par avance pour votre participation,

Sibylle Charron

Le poste que vous occupez dans le service :

- IDE / Puéricultrice Auxiliaire de puériculture
 Médecin / Interne Psychologue
 Autre :

- 1) **Pouvez-vous dégager les grands axes de votre travail au sein du service ?**
2) **Estimez-vous qu'une partie de votre travail consiste en un soutien à la parentalité ?**

Oui Non

Si oui, quelle est votre spécificité dans ce rôle

Si non, à qui ce rôle revient-il ?

- 3) **Selon vous, quels sont les axes de travail du psychomotricien au sein du service ?**
4) **Selon vous, quelles sont les actions spécifiques du psychomotricien dans le soutien à la parentalité ?**

Résumé

La rencontre entre un bébé et ses parents constitue un processus psychomoteur, qui se construit par des éprouvés corporels et un accordage affectif. La fluidité des échanges influence la qualité de la relation. Lorsque la naissance survient trop tôt, parents comme bébé se retrouvent prématurés. Nous l'observons à travers l'histoire d'hospitalisation néonatale d'Ellie, née à 26+3 semaines d'aménorrhées. Ellie, confrontée à des expériences sensori-motrices atypiques, rencontre sa maman, elle-même en proie à des enjeux psychiques majeurs. Lorsque les difficultés de ce bébé viennent rencontrer celles de sa maman, leur rencontre peine à trouver une cohérence. L'équipe de néonatalogie occupe un rôle de soutien à cette parentalité naissante. Au sein de cette équipe, le psychomotricien se positionne en lecteur du dialogue tonico-émotionnel, pour étayer la construction des liens parent-enfant.

Mots-clés : prématurité / néonatalogie / soutien à la parentalité / relation mère-enfant / psychomotricité

Abstract

The meeting between a baby and his parents is a psychomotor process, which is built by physical tests and emotional matching. The fluidity of exchanges influences the quality of the relationship. When birth occurs too early, parents and baby become premature. We observe it through Ellie's neonatal hospitalization story, born at 26+3 weeks of amenorrhea. Ellie, confronted with atypical sensory-motor experiences, meets her mother, herself facing major psychic issues. When this baby's difficulties meet his mother's, their meeting hardly find a consistency. The neonatal team plays a role in supporting this nascent parenting. Within this team, the psychomotor therapist is positioned as a reader of the tonic-emotional dialogue, to support the construction of parent-child links.

Keywords : prematurity / neonatology / support for parenting / mother-child relationship / psychomotricity