



HAL
open science

**“ Regardez comme elle vous sourit ! ” : le
psychomotricien à la rencontre du bébé présentant un
trouble du tonus et de ses parents**

Margaut Tisseuil

► **To cite this version:**

Margaut Tisseuil. “ Regardez comme elle vous sourit ! ” : le psychomotricien à la rencontre du bébé présentant un trouble du tonus et de ses parents. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274299

HAL Id: dumas-02274299

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274299>

Submitted on 29 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.

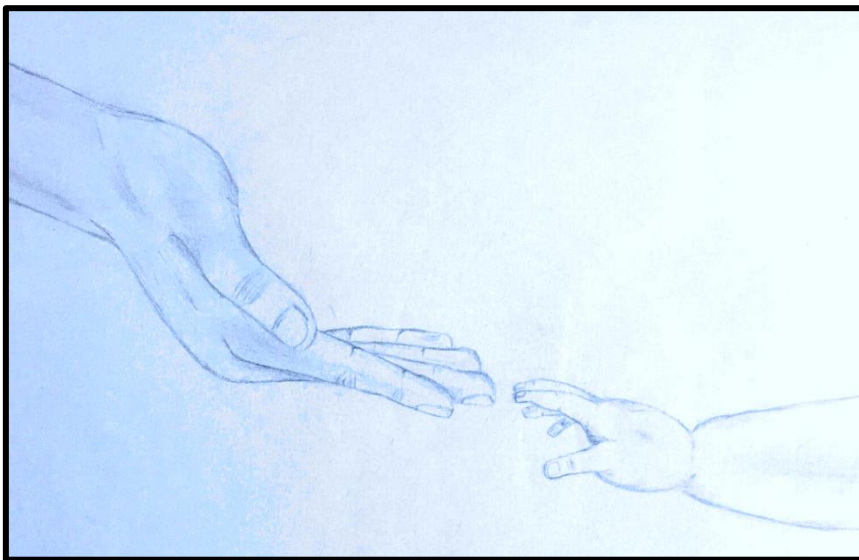
L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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



« Regardez comme elle vous sourit ! »

Le psychomotricien à la rencontre du bébé présentant un trouble du tonus et de ses parents.



Mémoire présenté par Margaut Tisseuil

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

Référent de mémoire :

Violaine Verschoore

Session Juin 2019

REMERCIEMENTS

A Violaine, ma maîtresse de mémoire, pour avoir toujours été si réactive malgré la distance qui nous séparait. Merci pour tous ces conseils cruciaux donnés pendant l'élaboration de mon mémoire, et pour le soutien apporté dans cette aventure.

A Anne, ma maîtresse de stage, qui m'a soutenue tout au long de l'année et m'a accompagnée dans mes réflexions. Ton œil critique et bienveillant m'a beaucoup aidée à faire la part des choses, et ce, plus d'une fois.

A Elise, Marie, Louise et mes autres maîtres de stage, qui m'ont permis de découvrir la psychomotricité au-delà de ce qu'on apprenait en cours.

A ma famille, pour leur soutien infailible depuis les premiers concours jusqu'à la fin de cette troisième année. Votre confiance a beaucoup compté toutes ces années.

A Tanguy, motivateur en chef, toujours à l'écoute quand mon moral vacillait.

A tous mes proches et amis, pour ces délires au cours de ces années d'études.

A Awa, Nadia, et leurs parents, sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour.

MERCI !

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
THEORIE.....	6
<u>I- LE TONUS</u>	6
I.1. Qu'est-ce que le tonus ?	6
a) Définitions	6
b) Les niveaux toniques	7
c) Aspects neurophysiologiques du tonus.....	9
d) Evolution du tonus	11
e) Mécanismes de régulation tonique	12
I.2. La dimension relationnelle du tonus	14
a) Le tonus, premier support des émotions.....	14
b) Les échanges toniques dans le ventre de la mère.....	15
c) Le dialogue tonique, support de la relation	16
I.3. Les troubles du tonus	18
a) Notion de trouble	18
b) L'hypertonie pathologique.....	19
c) L'hypotonie pathologique	20
d) Le cas de la prématurité	21
<u>II- L'ENFANT, SES PARENTS ET LE PSYCHOMOTRICIEN</u>	23
II.1. Le rôle des parents	23
a) Devenir parent	23
b) Le rôle de la mère selon D.W. WINNICOTT	26
c) Le rôle du père.....	28
II.2. Le rôle du psychomotricien auprès de l'enfant et de ses parents	29
a) La rencontre en psychomotricité	29
b) Le cadre thérapeutique et ses fonctions en psychomotricité	31
c) La relation thérapeutique avec le bébé	33
d) L'alliance thérapeutique avec les parents et la guidance parentale	35
CLINIQUE.....	37
<u>I- PRESENTATION DU LIEU DE STAGE</u>	37
I.1. Présentation du libéral	37
a) Spécificités et modalités d'une prise en charge en libéral	37
b) Le cabinet libéral.....	37
c) La salle de psychomotricité et le matériel	38
d) La prise en charge à domicile	39
I.2. Présentation du RPSOF-ASNR	39

<u>II- PRESENTATIONS CLINIQUES</u>	40
II.1. Awa	40
a) Anamnèse.....	40
b) Evaluation initiale.....	42
c) Ma rencontre avec Awa et sa mère	45
d) Prise en charge.....	46
e) Evaluation finale	50
II.2. Nadia	52
a) Anamnèse.....	52
b) Bilan psychomoteur	54
c) Ma rencontre avec Nadia	57
d) Prise en charge et évolution psychomotrice	59
DISCUSSION	64
<u>I- L'IMPACT DES TROUBLES TONIQUES SUR LA RELATION PARENTS-ENFANT</u>	64
I.1. Awa et sa mère	64
a) Retour sur la naissance traumatique d'une mère et sa fille	64
b) Un dialogue difficile.....	66
I.2. Nadia et ses parents	67
a) Le choc de la maladie	67
b) L'influence des différentes stimulations	69
<u>II- INTERETS DE L'INTERVENTION DU PSYCHOMOTRICIEN</u>	70
II.1. L'intervention auprès du bébé	70
a) Une mise en jeu du corps	71
b) En cas d'hypertonie : Awa	72
c) En cas d'hypotonie : Nadia	73
II.2. Le soutien à la parentalité	74
a) La séance de psychomotricité : un espace de rencontre	74
b) Une ouverture au jeu entre parents et enfant	75
c) Un moment d'écoute et d'échanges.....	76
<u>III- LES LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE</u>	77
III. 1. Liées à l'enfant	77
III. 2. Liées aux parents	78
III. 3. Liées au psychomotricien	80
III. 4. Liées au contexte du cabinet libéral	81
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	85

INTRODUCTION

Au cours de mon stage, les bébés que j'ai rencontrés étaient le plus souvent adressés pour un retard de développement psychomoteur associé ou non à un handicap. Au fil des séances, j'ai rapidement constaté que le retard s'étayait sur un trouble du tonus, que ce soit une hypotonie ou une hypertonie. Il m'a ainsi été donné d'observer comment ce trouble du tonus pouvait également venir entraver ou modifier les liens entre parents et enfants, parfois déjà fragilisés.

Je me suis alors interrogée sur le rôle du psychomotricien dans la prise en charge des troubles du tonus chez les bébés, mais aussi son rôle dans l'accompagnement des parents, présents pendant les séances. *Quelle est l'intervention du psychomotricien auprès de bébés présentant un trouble du tonus ? Comment cette intervention vient-elle offrir un soutien à la parentalité ?*

Dans une première partie théorique, je développerai ce qu'est le tonus au travers de ses différentes dimensions, et essaierai de préciser la notion de trouble du tonus. Puis, j'aborderai la parentalité et les fonctions maternelles et paternelles et, enfin, je présenterai le rôle du psychomotricien auprès du bébé et de ses parents.

Dans une seconde partie clinique, j'évoquerai le contexte de prise en charge sur mon lieu de stage et présenterai deux cas cliniques qui m'ont particulièrement touchée cette année.

Enfin, dans une troisième partie, je discuterai, au regard de ma pratique, de la répercussion des troubles toniques du bébé sur les interactions entre parents et enfants, et de l'intérêt, mais aussi des limites, d'une prise en charge psychomotrice.

THEORIE

I- LE TONUS

I.1. Qu'est-ce que le tonus ?

a) Définitions

Le mot tonus est un mot latin issu du grec « *τόνος* » qui signifie « *tout ligament tendu ou pouvant se tendre* »¹. Si par ligament on entend dans la définition grecque aussi bien la physiologie humaine que des objets comme un câble ou une corde, la définition latine ne retiendra que « *tension d'une corde* »², omettant toute dimension physiologique du mot.

De ce mot tonus ont dérivé plusieurs mots comme tonicité, tonifier ou tonique, tous faisant référence à un état de tension particulier ou à une force physique ou mentale. Bien que certains aient plusieurs sens, ces mots dérivés sont essentiellement utilisés en langue française pour décrire des phénomènes physiologiques qui ont trait au vivant. On a, par exemple, longtemps appelé toniques les remèdes destinés à redonner force et vigueur aux malades, à leur permettre de retrouver un élan vital. L'utilisation courante du mot tonus et de ses dérivés s'est donc éloignée de son sens originel pour s'appliquer essentiellement aux êtres vivants.

L'étymologie du mot tonus permet néanmoins de mettre en place la notion d'état de tension que reprend M. JOVER dans la définition qu'elle offre du mot :

« *Le tonus est un état de légère tension musculaire au repos, résultant d'une*

¹ BAILLY A., 1935, *Dictionnaire Grec-Français*, Paris: Hachette, p. 1945

² GAFFIOT F., & FLOBERT P., 2001, *Le Gaffiot de poche: dictionnaire latin-français*. Paris: Hachette. p. 761

stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur du muscle) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales »³.

Le tonus est donc une contraction de nature réflexe, permanente et involontaire des muscles. C'est un prérequis à toute activité motrice et posturale. Il présente également une dimension psychique et relationnelle importante, et il participe beaucoup à la communication infra-verbale. H. WALLON le décrit comme le premier support des émotions puisque « *les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* »⁴. Nous développerons ultérieurement cette dimension relationnelle du tonus.

Le tonus est donc un élément clé de la sémiologie psychomotrice puisqu'il allie dimension psychique et somatique. F. LEPLAT, psychomotricienne, écrit que « *le tonus est l'énergie qui permet au corps de se maintenir par la posture, de se mouvoir par la motricité et de s'é mouvoir par ses variations* »⁵, reprenant ainsi toutes les dimensions du tonus.

b) Les niveaux toniques

Il existe trois niveaux toniques que l'on différencie de manière quantitative les uns des autres : le *tonus de fond*, le *tonus de posture* et le *tonus d'action*. Ces trois niveaux toniques s'étayent les uns sur les autres et sont soumis à des variations

³ JOVER M., Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant, in Rivière J., 2000. *Le développement psychomoteur du jeune enfant: idées neuves et approches actuelles*, p.17

⁴ WALLON H., 2009, *Les origines du caractère chez l'enfant*, 6^e éd., Paris: Quadrige/PUF, p. 174

⁵ LEPLAT F., 2010, Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle, in *Thérapie psychomotrice et Recherches* n°162/09, p.104-105

constantes en fonction de l'état psychique et/ou physique d'une personne, mais aussi de son âge et de son sexe, le tonus étant lié aux hormones.

- Le tonus de fond : Aussi appelé *tonus de base* ou *tonus passif*, le tonus de fond correspond à un état de légère tension isométrique, involontaire et permanente des muscles qui assure le maintien des segments corporels entre eux. Il a une fonction contenante et participe au renforcement du sentiment d'unité corporelle puisqu'il va permettre, avec la proprioception, la constitution d'une « *enveloppe tonique* »⁶. Étant également le lieu d'inscription des émotions, le tonus de fond joue un rôle important dans l'expressivité des mouvements qu'il soutient. Son évaluation se fait par des mobilisations passives permettant d'observer l'extensibilité musculaire, ce qui nous informe sur la maturation neurologique d'une personne.

- Le tonus de posture : Également nommé *tonus d'attitude*, le tonus postural équivaut à l'activité tonique minimale nécessaire pour lutter contre la pesanteur et se maintenir en équilibre dans une posture stable. Il a donc, comme son nom l'indique, une fonction posturale et assure « *un niveau de tension optimum pour l'action et sert, en tant, qu'appui interne (intégré), de préparation à la contraction dite « phasique » du mouvement* »⁷. Le tonus de posture se constitue au fil de la maturation neurologique et s'étaye sur le tonus de fond. Sous commande volontaire pendant les premiers mois de vie, il s'automatise vers 9-10 mois. Par la suite, il est majoritairement sous commande réflexe. Il peut être évalué par le test de résistance à la poussée.

- Le tonus d'action : Il correspond à l'ensemble des « *degrés de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice* »⁸. Sa

⁶ ROBERT-OUVRAY S., 2007, *Intégration motrice et développement psychique*, Paris: Desclée de Brouwer, p. 164

⁷ ROBERT-OUVRAY S. & SERVANT LAVAL A., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 175

⁸ CARRIC J.C., 2001, *Le lexique 2001*, Paris: Vernazobres-Grego. p.190

fonction est donc de préparer et soutenir la motricité. Son recrutement peut reposer sur un processus conscient ou sur un processus plus ou moins automatisé.

c) Aspects neurophysiologiques du tonus

Le tonus musculaire est modulé en réponse à des stimuli internes ou externes par des phénomènes neurophysiologiques complexes. « *C'est un système ouvert au monde qui nous environne et mène à notre monde interne, grâce aux voies descendantes du système nerveux central* »⁹. Essentiellement involontaires, voire réflexes, le contrôle et la régulation toniques se produisent à plusieurs niveaux : *médullaire, sous-corticospinal et corticospinal*.

- Le contrôle médullaire : Le tonus musculaire est essentiellement maintenu par le *réflexe myotatique*, qui siège au niveau de la moelle épinière. A l'origine de ce réflexe on retrouve une structure appelée *fuseau neuromusculaire* (récepteurs sensibles à l'étirement du muscle qui participent à la proprioception en recevant une double innervation, sensorielle et motrice) qui, par son étirement, va déclencher des influx nerveux amenés jusqu'au neurone sensitif situé dans la corne ventrale de la moelle épinière. Ce neurone sensitif transmet l'information au *motoneurone alpha* qui, stimulé, renvoie des influx nerveux vers les *plaques motrices* du muscle, entraînant sa contraction en réponse. L'ensemble de ces structures constituent une boucle monosynaptique appelée arc réflexe, qui permet donc à un muscle donné de s'opposer, en se contractant, à son propre étirement, assurant ainsi la régulation de la longueur de ce muscle. Le réflexe myotatique permet donc de lutter contre les effets de la pesanteur en maintenant un tonus suffisant à l'entretien des postures statiques et dynamiques.

⁹ GUIOSE M., 2007, *Relaxations thérapeutiques*, Paris: Heures de France, p. 59

- Le système sous-corticospinal: Aussi nommé *système inférieur* ou *extrapyramidal*, c'est un système archaïque issu du tronc cérébral qui permet la régulation involontaire du mouvement. La myélinisation, qui est un « *phénomène essentiel pour la vitesse de conduction de l'influx nerveux* »¹⁰, du système sous-corticospinal est précoce et s'effectue entre la 24^{ème} et la 34^{ème} semaine de gestation en direction ascendante caudo-céphalique. Ce système comprend plusieurs faisceaux, dont certains issus de la *formation réticulée*, structure qui joue un rôle important dans la régulation tonique en agissant sur l'activité médullaire par le biais des *motoneurones gamma*. Les motoneurones gamma, qui innervent les fibres intrafusales situées aux deux extrémités du fuseau, vont permettre au fuseau neuromusculaire d'être toujours dans un état de tension suffisant pour repérer l'étirement du muscle. La *boucle gamma* ajuste et régule ainsi en permanence le réflexe myotatique. La formation réticulée est également impliquée dans le traitement des informations sensorielles et dans la fonction de vigilance, à partir desquels elle module l'état tonique. De nombreux facteurs environnementaux peuvent donc influencer la régulation tonique, comme la température extérieure ou l'intensité sonore.

- Le système corticospinal: Qualifié également de *système supérieur* ou *pyramidal*, il est issu du cortex hémisphérique et est responsable de la motricité volontaire. Sa myélinisation se fait en direction descendante céphalo-caudale et proximo-distale, et commence plus tardivement, vers 32 semaines de gestation. Elle se poursuit rapidement jusqu'à 2 ans, puis se prolonge lentement jusqu'à 12 ans. On parle d'*encéphalisation* pour désigner le passage du système inférieur au système supérieur. Cette encéphalisation se caractérise notamment par un accès, chez le nourrisson, à la motricité volontaire. Ce système a un rôle prédominant dans la

¹⁰ AMIEL-TISON C., 1999, *Neurologie périnatale*, Paris: Masson, p. 67

motricité fine, gère le tonus des muscles fléchisseurs et participe au contrôle du tonus postural en contribuant à l'inhibition et à l'excitation des motoneurones, modérant ainsi les réactions posturales.

d) Evolution du tonus

L'évolution du tonus au cours du développement psychomoteur est liée à la maturation du système nerveux, elle-même dépendant de deux processus appelés *myélinisation* et *développement dendritique et axonal*. Ces processus, qui permettent l'amélioration de la conduction de l'influx nerveux, se développent dès la vie intra-utérine et se prolongent pendant l'enfance.

Le fœtus est, pendant les six premiers mois de grossesse, en hypotonie globale et en position d'enroulement dans l'utérus. De la 24^{ème} à la 34^{ème} semaine de gestation, les réflexes archaïques du fœtus se mettent en place de manière ascendante caudo-céphalique avec la maturation du système sous-corticospinal. A la 32^{ème} semaine de gestation, le système corticospinal commence à se développer et, progressivement, le tonus des membres inférieurs puis supérieurs du fœtus augmente.

Chez le nouveau-né né à terme, le système sous-corticospinal demeure donc prédominant et l'enfant présente une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique. L'hypotonie axiale du nouveau-né se traduit par un tonus faible au niveau des muscles extenseurs du cou et de la colonne vertébrale, entraînant une cyphose globale de cette dernière. L'hypertonie périphérique se caractérise par une flexion importante des membres supérieurs et inférieurs. La motricité est alors majoritairement involontaire et est dominée par les réflexes archaïques.

Par la suite, les réflexes disparaissent et sont remplacés par une motricité volontaire de plus en plus harmonieuse. La répartition du tonus dans le corps

s'harmonise et la régulation tonique s'installe peu à peu pour permettre le développement moteur et postural de l'enfant. Cette évolution du contrôle du tonus se fait selon les deux lois de succession :

- La loi *céphalo-caudale* (de haut en bas) détermine le fait que les muscles seront progressivement contrôlés en direction descendante : ceux proches de la partie céphalique d'abord, puis ceux du tronc et, enfin, ceux des jambes. L'hypotonie axiale laisse la place à un renforcement tonique progressif, et le bébé commence ainsi par contrôler les muscles de son visage, puis il va soulever sa tête (2-3 mois) avant d'atteindre la station assise (6-8 mois), et peut enfin se mettre debout (9-10 mois).

- La loi *proximo-distale* (du tronc vers la périphérie) fait que la maîtrise des muscles commence au niveau des segments proches de l'axe corporel avant d'évoluer vers les segments distaux. L'hypertonie périphérique va peu à peu disparaître aux profits d'un relâchement tonique permettant le développement de la motricité fine et de la préhension.

e) Mécanismes de régulation tonique

Dès la naissance, le tonus varie donc constamment entre deux pôles, l'hypertonie et l'hypotonie, pour progressivement parvenir à un équilibre tonique permettant le développement posturo-moteur, mais aussi psychoaffectif. En effet, « *les deux pôles extrêmes trop dur ou trop mou mettent mal à l'aise. C'est dans un juste milieu tonique, entre hypo et hypertension, que l'humain trouve son équilibre sensoriel et affectif et une certaine sérénité* »¹¹. Au cours de son développement, le bébé a peu à peu accès à la régulation tonique grâce à laquelle ce « *juste milieu* » peut être atteint.

¹¹ ROBERT-OUVRAY S. & SERVANT LAVAL A., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 177

Cette régulation dépend de l'environnement et de l'état physique et émotionnel d'une personne, elle est donc fluctuante et difficile à évaluer.

Après avoir étudié les mécanismes qui sous-tendent la régulation tonique, A. BULLINGER les a regroupés en quatre niveaux qui « *diffèrent par le moment dans le développement où ils sont accessibles et par la forme de la régulation qu'ils offrent* »¹²:

- Les états de vigilance : On distingue différents niveaux de vigilance chez le nouveau-né (sommeil calme ou agité, veille calme ou active, pleurs) qui sont modulés par des facteurs endogènes comme exogènes. Ces différents niveaux influent sur l'état tonique et le comportement du bébé, et jouent donc sur la qualité de ses échanges sensori-moteurs avec l'environnement. Le passage d'un état tonique à un autre en fonction du niveau de vigilance du bébé se fait selon le mode de régulation archaïque du « tout ou rien », on peut ainsi « *observer de brusques effondrements toniques consécutifs au passage d'un état de vigilance à un autre* »¹³.

- Les flux sensoriels : Les différents flux sensoriels sont les flux gravitaires, tactiles, visuels, auditifs et olfactifs. Les variations de ces flux sont perçues par les capteurs des organes sensoriels qui, selon l'intensité de la variation, modifient l'état tonique du bébé en entraînant une réaction d'alerte et une augmentation soudaine du tonus chez celui-ci. Puis, le bébé s'oriente vers l'origine des flux pour par la suite se permettre de les explorer. Ces stimulations sensorielles doivent donc être répétées et limitées pour former la base de la fonction proprioceptive, puisque « *trop peu de stimulation et la variation tonique disparaît ; trop de stimulation et l'état tonique échappe au contrôle* »¹⁴.

¹² BULLINGER A., 2004, *Le développement sensori-moteur et ses avatars*, Toulouse: Erès, p.34

¹³ BULLINGER A., De l'organisme au corps : une perspective instrumentale. In: *Enfance*, n°3, 2000, p. 217

¹⁴ BULLINGER A., 2004, *Le développement sensori-moteur et ses avatars*, Toulouse: Erès, p.35

- L'interaction avec le milieu humain : C'est un moyen, externe à l'organisme, primordial dans la régulation tonique chez le nouveau-né. Cette régulation résulte du dialogue sensori-moteur instauré entre le bébé et le milieu humain environnant, dialogue qui permet de donner sens aux variations tonico-émotionnelles expérimentées par le bébé. Le porteur détermine les états toniques du bébé et peut y répondre en ajustant son portage ou en parlant à l'enfant et, ainsi, « *les variations des états toniques sont beaucoup plus amples et variées que lorsque le tonus est réglé par un ajustement actif et solitaire des flux sensoriels* »¹⁵.

- Les représentations : Elles représentent le dernier mécanisme de régulation tonique à se mettre en place. L'enfant, grâce à la répétition des interactions sensori-motrices entre son milieu et lui, a intériorisé la régulation de ses états toniques et est en mesure d'anticiper et comprendre les stimulations sensori-motrices. Il s'en est donc créé des représentations qui vont lui permettre, lors de stimulations, d'anticiper ses ajustements toniques et ses mises en forme.

Ces quatre mécanismes de régulation du tonus s'établissent pendant le développement de l'enfant et sont essentiels à celui-ci. Un défaut de régulation peut entraîner un trouble du tonus, entravant le développement psychomoteur.

I.2. La dimension relationnelle du tonus

a) Le tonus, premier support des émotions

Les mécanismes neurophysiologiques seuls ne suffisent pas à une bonne régulation du tonus, celle-ci dépendant également du milieu humain, d'après A. BULLINGER. La vie relationnelle entre l'enfant et son environnement contribue donc

¹⁵ BULLINGER A., 2004, *Le développement sensori-moteur et ses avatars*, Toulouse: Erès, p.36

au développement du tonus, et de cet échange émergent également des émotions.

H. WALLON, après avoir étudié les liens entre tonus et émotions, a mis en évidence que chaque émotion entraîne une réaction tonique chez la personne qui l'expérimente. Les émotions sont donc véhiculées et exprimées par le biais d'une modulation du tonus, et on peut observer des postures et mimiques différentes selon celle ressentie. H. WALLON écrit ainsi que « *l'émotion, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique* »¹⁶.

Cette intrication entre tonus et émotion est primordiale dans les interactions mère-bébé puisque le bébé, qui n'est pas encore en mesure de subvenir à ses propres besoins, communique ses états émotionnels par une modulation tonique. H. WALLON parle de « *relation tonico-affective* », relation qui se met en place dès la grossesse.

b) Les échanges toniques dans le ventre de la mère

Pendant la grossesse, le fœtus, dans l'espace clos de l'utérus de sa mère où il baigne dans le liquide amniotique, expérimente ses premières relations avec celle-ci. Ces premières relations sont essentiellement toniques, l'utérus étant en tension permanente autour du fœtus qui, au fur et à mesure de sa croissance, va percevoir de plus en plus de sensations tactiles sur son dos, sa nuque et ses fesses. Il va pouvoir répondre à ces sensations par modification de son tonus. En effet, « *l'étude de l'activité du bébé in utero par l'échographie montre que, dès la vie intra-utérine, les récepteurs vestibulaires du fœtus sont capables de lui faire rétablir sa position en fonction des déplacements du corps de la mère* »¹⁷.

¹⁶ WALLON H., 2009, *Les origines du caractère chez l'enfant*, 6^e éd., Paris: Quadrige/PUF, p. 78

¹⁷ JARICOT, B., 2006, Du corps à corps à sa propre verticalité. *Enfances & Psy*, n° 33(4), p. 81.

De même, la mère ressent donc les variations toniques du fœtus par les différents contacts que celui-ci va avoir avec la paroi de l'utérus. Vers 4-5 mois de grossesse, elle sent les mouvements du fœtus, et ceux-ci vont lui permettre de se figurer son enfant et d'enrichir l'imaginaire qui a émergé autour de sa grossesse. La mère peut également ajuster sa posture en fonction de celle du fœtus.

Il y a donc une continuité entre la mère et le fœtus, qui s'ajustent l'un à l'autre, ce que P. DELION qualifie d' « *ajustement postural intra-utérin, sur fond de pré-dialogue tonique* »¹⁸. L'espace intra-utérin permet ainsi d'amorcer une première forme de dialogue tonique entre deux corps, dialogue qui va produire des sensations et des affects chez la mère et le fœtus.

c) Le dialogue tonique, support de la relation

Après la naissance, le bébé et sa mère, bien que séparés physiquement, continuent à échanger des informations l'un avec l'autre. Comme nous l'avons vu, le tonus est le lieu d'inscription des émotions, son examen renseigne donc sur l'état émotionnel de tout un chacun. J. de AJURIAGUERRA s'appuie ainsi sur les travaux de H. WALLON pour établir la notion de « *dialogue tonique* ». Selon lui, « *la préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé le dialogue tonique. Ce dialogue tonique qui jette le sujet dans la communication affective ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le Corps* »¹⁹.

¹⁸ DELION, P., 2012, Donald Winnicott, Michel Tournier et la fonction phorique, in : Alain Braconnier éd., *Winnicott et la création humaine*, Toulouse: Erès, p. 21

¹⁹ AJURIAGUERRA J. (de), ANGELERQUES R., 1962, De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui: à propos de l'œuvre d'Henri Wallon, in *L'évolution psychiatrique*, p. 171

Le nouveau-né communique ses états internes à l'adulte par une variation tonique et posturale, son instrument étant le corps. On peut ainsi observer une agitation, des cris et un tonus augmenté lorsque ses sensations sont désagréables, et, à l'opposé, une détente et un relâchement important lorsque ses besoins sont satisfaits. J. de AJURIAGUERRA nomme ces deux extrêmes « *hypertonie d'appel* » et « *hypotonie de satisfaction* », qui renseignent l'adulte sur l'état interne du bébé pour qu'il puisse au mieux s'y ajuster. Le dialogue tonique est alors un moyen de communication privilégié entre l'adulte et le bébé puisqu'il « *correspond au processus d'assimilation et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant* »²⁰. Véritable dialogue infra-verbal et essentiellement inconscient, le dialogue tonique va permettre à l'adulte et au bébé de répondre par un ajustement tonique adapté aux variations toniques de l'autre.

L'adulte accompagne donc le bébé dans ses manifestations tonico-émotionnelles en leur donnant sens tout en agissant dessus. « *Le bébé animé de tensions liées à ses émotions passe au niveau symbolique lorsque son parent donne du sens à ce qu'il vit. Il a ainsi accès à la symbolisation* »²¹. Progressivement, l'enfant va être en mesure de connaître ses propres états toniques et d'anticiper ceux de l'adulte qui va le porter, un dialogue adéquat donnant au bébé accès à la symbolisation de ses ressentis. Le dialogue tonico-émotionnel participe ainsi à la construction psychoaffective de l'enfant, lui permettant de passer « *d'une succession d'états toniques à des états d'âmes* »²².

²⁰ AJURIAGUERRA J. (de), 1985, Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements, In: *Enfance*, n°2, p.272

²¹ ROBERT-OUVRAY S. & SERVANT LAVAL A., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 181

²² LIVOIR-PETERSEN M., 2008, Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme, In: *Contraste*, vol 28-29(1), p. 41

I.3. Les troubles du tonus

a) Notion de trouble

Comme nous l'avons vu précédemment, la régulation tonique repose sur des prérequis physiologiques et psychoaffectifs. Lorsque ceux-ci sont affectés, cette régulation peut faire défaut, entraînant un trouble du tonus. D'après l'Académie nationale de médecine, le mot trouble se définit comme une « *déficience d'une fonction dont une personne a sujet de se plaindre, compte tenu de ses manifestations : douleur, gêne à l'accomplissement de gestes ou de fonctions usuels, etc.* ». La notion de trouble du tonus implique donc la déficience d'une fonction, écartant les facteurs physiologiques non pathologiques de variation tonique comme le sexe, l'âge et l'état de vigilance.

Je tenterais de définir les troubles du tonus comme des variations toniques anormales qui ne sont pas liées au sexe, à l'âge ou à l'état de vigilance d'une personne, et qui viennent entraver considérablement ses activités motrices et posturales ainsi que ses capacités d'expression. Ces variations peuvent avoir une origine physiologique ou relationnelle. Un trouble du tonus peut donc retarder les acquisitions psychomotrices du bébé et entraver sa relation avec ses parents.

Nous nous concentrerons ici sur l'hypertonie et l'hypotonie pathologiques. L'origine de ces troubles toniques peut être physiologique et due, par exemple, à une maladie génétique, une infection intra-utérine, une infection péri et post-natale, un accident... ou relationnelle caractérisée par une difficulté d'accordage entre le parent et l'enfant. Généralement, on retrouve une intrication des origines.

b) L'hypertonie pathologique

L'hypertonie est une « *une augmentation pathologique du tonus avec pour signes cliniques une augmentation de la résistance du muscle à son étirement* »²³.

L'hypertonie a deux origines physiologiques principales, l'atteinte *pyramidale* et l'atteinte *extrapyramidale*, mais aussi une *origine relationnelle*.

- L'atteinte pyramidale : Une lésion de ce système provoque un désordre moteur dont l'un des signes cliniques majeurs est l'*hypertonie spastique* ou *spasticité*. La spasticité est une « *une hypertonie musculaire élastique qui intéresse les muscles les plus volitionnels, avec prédominance sur les fléchisseurs aux membres supérieurs et sur les extenseurs aux membres inférieurs* »²⁴. Elle se caractérise par des contractions musculaires réflexes involontaires entraînant une résistance des muscles à l'étirement. Le muscle, une fois relâché, revient dans une position de repos permanente. La spasticité peut engendrer de fortes douleurs chez la personne atteinte.

- L'atteinte extrapyramidale : Lorsque la voie extrapyramidale est lésée, le désordre moteur qui s'ensuit se caractérise par une *rigidité plastique*. Au cours de mobilisations passives, on peut ainsi observer une résistance du membre mobilisé qui va céder par à-coups à l'étirement, ce que l'on appelle le *phénomène de roue dentée*. Après relâchement de l'étirement, le muscle demeure dans la même position.

- Hypertonie d'origine relationnelle : L'hypertonie est pour le bébé un moyen d'appel pour communiquer son état afin qu'on puisse y répondre et l'apaiser. Elle a aussi une fonction pare-excitatrice importante. Elle devient réactionnelle lorsque l'enfant expérimente une discontinuité dans les soins qui lui sont apportés, avec des

²³ ALBARET J.M. & FEUILLERAT B., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2018, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 4.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 143

²⁴ CARRIC J.C., 2001, *Le lexique 2001*, Paris: Vernazobres-Grego. p. 150

situations incohérentes et des stimulations inadéquates (lorsque sa mère est dépressive par exemple). Selon S. ROBERT-OUVRAY, « *la froideur émotionnelle de la mère ou son état d'angoisse permanent, l'absence de contacts réguliers, son retrait devant son bébé, le manque de reconnaissance et d'admiration devant ses exhibitions motrices, conduisent l'enfant à se mettre dans une position de vigilance, d'attente et de recherche anxieuse de gratifications et de satisfactions* »²⁵. Le bébé, dans un état d'hypervigilance, se crée alors une « *paroi tonique* » qui compense la défaillance de la fonction pare-excitatrice maternelle et lui permet de construire ses limites corporelles par une auto-stimulation.

c) L'hypotonie pathologique

L'hypotonie se traduit par une « *diminution pathologique du tonus avec pour signes cliniques une diminution de la résistance du muscle à son allongement passif* »²⁶. Elle entrave considérablement la motricité, l'enfant hypotonique semblant souvent passif. Elle peut résulter d'une atteinte physiologique ou d'un dysfonctionnement relationnel entre l'enfant et les parents.

- L'atteinte cérébelleuse : Résultant d'une lésion des voies cérébelleuses, l'un des signes cliniques est l'hypotonie, avec une amplitude de mouvements augmentée lors de l'étude du ballant, et dans certains l'apparition d'un réflexe pendulaire.

- L'atteinte neuromusculaire : C'est une affection primitive des fibres musculaires, entraînant un déficit moteur et une atrophie musculaire précoce avec une conservation des réflexes ostéo-tendineux. Il peut y avoir une hypotonie associée.

- L'atteinte du système nerveux périphérique : Les lésions de ce système

²⁵ ROBERT-OUVRAY S., 2007, *Intégration motrice et développement psychique*, Paris:Desclée de Brouwer, p. 178

²⁶ ALBARET J.M. & FEUILLERAT B., in Albaret, J.-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2018, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 4.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 148

compromettent, voire empêchent, la transmission des messages nerveux. Les signes cliniques varient selon la localisation de l'atteinte sur les fibres nerveuses périphériques, et peuvent être moteurs, sensitifs, trophiques ou végétatifs. Lorsqu'il y a un déficit moteur, on observe une hypotonie associée.

- Hypotonie d'origine relationnelle : Chez le bébé, l'hypotonie témoigne d'une satisfaction, d'une sensation agréable. Elle peut cependant devenir un moyen de désinvestissement relationnel pour fuir des interactions incohérentes et défailtantes. On est alors face à un bébé « *trop mou qui file dans les mains comme une poupée de son, qui n'accroche pas le regard, ne cherche pas la relation, amène le parent à être également très mal à l'aise. L'inquiétude, le rejet, le dégoût, l'angoisse s'éveillent alors chez celui qui tient le bébé* »²⁷. Une hypotonie axiale importante, appelée « *hypotonie des psychoses symbiotiques* »²⁸, peut aussi résulter d'un échec du processus de séparation-individuation mère-bébé, le bébé a alors l'illusion d'être fusionné à sa mère.

d) Le cas de la prématurité

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, il y a prématurité lorsque la naissance survient avant 37 semaines d'aménorrhée (SA), le terme gestationnel étant à 41 SA. On distingue trois niveaux de prématurité : la *prématurité moyenne* qui comprend les naissances survenues entre 33 et 36 SA +6 jours, la *grande prématurité* avec des naissances intervenant entre 28 et 32 SA +6 jours et la *très grande prématurité* avant 28 SA, que l'on qualifie aussi de *prématurissimes*.

Le bébé né prématurément « *est trop tôt plongé d'emblée dans un monde qu'il*

²⁷ ROBERT-OUVRAY S. & SERVANT LAVAL A., in Albaret, J.-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 177

²⁸ GUILLAUMIN J.B. & SAGE B., 1990, L'évaluation précoce du tonus, In: *Evolutions psychomotrices*, vol 8, p. 20

n'est pas prêt à affronter »²⁹. Chez les grands prématurés et les prématurissimes notamment, le tonus progresse dans le sens caudo-céphalique selon la maturation du système sous-corticospinal, avec une augmentation progressive du tonus des muscles extenseurs. Les muscles du plan postérieur sont en extension, et ce n'est que vers ce qui aurait été la 34^{ème} SA que le système corticospinal commence à prendre le dessus, avec une progression céphalo-caudale, permettant le rétablissement d'un équilibre postural entre plans postérieur et antérieur. Si cet équilibre ne s'établit par correctement, la posture en extension du bébé peut devenir pathogène, avec le développement d'une hypertonie du plan postérieur qu'A. BUIL décrit comme « *une perte de chance pour l'enfant de développer des capacités d'autorégulation* »³⁰.

De plus, les organes d'un bébé prématuré sont encore immatures et leur fonctionnement ne permet pas à l'enfant de s'adapter pleinement à la vie extra-utérine, c'est pourquoi il est placé en couveuse. Dans cette couveuse l'enfant doit faire face à de nombreuses stimulations sensorielles qu'il peut vivre comme des agressions par rapport à celles expérimentées dans le milieu intra-utérin. Il reçoit également de nombreux soins pouvant entraîner des vécus douloureux. Le bébé prématuré est alors dans un état d'hypervigilance quasi-constant, empêchant l'instauration d'une régulation tonique satisfaisante.

Comme nous l'avons vu, l'interaction avec le milieu humain est un moyen de régulation tonique, moyen auquel l'enfant en couveuse a difficilement accès les premières semaines de sa vie. Le fait d'être dans une couveuse est également un frein à l'établissement d'un dialogue tonico-émotionnel entre les parents et l'enfant, qui ne

²⁹ VASSEUR, R. & DELION, P., 2010, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Toulouse: Erès, p. 39

³⁰ BUIL, A., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2018, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 4.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 369

peuvent expérimenter l'ajustement tonique réciproque et ses vertus apaisantes. La régulation tonique de l'enfant se voit donc entravée par ces modalités.

Le tonus suit donc des lois de maturation neurologique précises et est au fondement du développement psychomoteur de l'enfant, sa bonne régulation est donc primordiale pour que celui-ci soit harmonieux. Il est le moyen d'expression privilégié du tout-petit, que ce soit par son rôle dans le mouvement et le maintien des postures, ou parce qu'il est le premier support des émotions et donc un moyen de communication infra-verbale avec les adultes. C'est dans le dialogue tonique avec l'enfant que le psychomotricien va pouvoir évaluer ses besoins et établir une conduite thérapeutique pour y répondre.

II- L'ENFANT, SES PARENTS ET LE PSYCHOMOTRICIEN

II.1. Le rôle des parents

a) Devenir parent

« Un jour donc, un père va naître, une mère va naître. Ce jour n'est pas habituellement, et malgré l'idée qu'on peut s'en faire, celui de la naissance de l'enfant. Naître à la parentalité est d'un autre temps »³¹.

Le terme de « *parentalité* » est un néologisme qui a été introduit en 1961 par le psychanalyste français J-C RACAMIER dans un article sur la psychose puerpérale. Depuis, la psychanalyse s'est attelée à l'étude des processus du « *devenir parent* », et M. LAMOUR et M. BARRACO définissent, en 1998, la parentalité comme étant « *l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des*

³¹ BEN SOUSSAN P., 2007, *La parentalité exposée*. Toulouse: Erès, p. 13

*adultes de devenir parents ; c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. C'est un processus maturatif »*³². Cette définition ne comprend pas de dimension biologique et génétique, parentalité se différencie ainsi du terme « *parenté* ». Devenir parent n'est donc pas automatique dès lors que son enfant vient au monde, c'est une notion qui repose sur des processus psycho-affectifs particuliers qui se mettent en place avant la grossesse et se prolongent après la naissance de l'enfant.

Pendant la grossesse, chaque parent traverse une période de profonds bouleversements, semblable à une crise identitaire, et expérimente un « *retournement de situation, renversement des alliances et des rôles : celui qui était fils devient père et celle qui était fille devient mère. Ce changement, cette mutation [...] commencent seulement aujourd'hui à être pensés et élaborés dans l'approche d'une véritable crise identitaire et narcissique du couple et de chacun de ses partenaires* »³³. Les parents s'engagent dans la parentalité avec toutes leurs expériences passées, et celles-ci vont ressurgir pendant la gestation, entraînant de nombreux remaniements psychiques.

De plus, « *l'enfant construit et parentalise ses parents en même temps qu'il se construit lui-même* »³⁴. La parentalité se construit donc également dans les interactions précoces entre l'enfant et ses parents, que l'on peut définir « *comme l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent entre un nourrisson et ses différents partenaires* »³⁵. L'enfant est actif dans ces interactions, dont S. LÉBOVICI, S. MAZET et J-P VISIER, en 1989, distinguent trois niveaux : les *interactions comportementales*, les *interactions affectives* et les *interactions fantasmatiques*.

³² LAMOUR M. & BARRACO M., 1998, *Souffrances autour du berceau*, Paris: Gaëtan Morin Éditeur, p. 26

³³ BEN SOUSSAN P., 2007, *La parentalité exposée*, Toulouse: Erès, p. 15

³⁴ SOLIS-PONTON L., 2001, Sur la notion de parentalité développée par Serge Lebovici, *Spirale*, n° 17(1), p. 141

³⁵ LAMOUR M. & BARRACO M., 1998, *Souffrances autour du berceau*, Paris: Gaëtan Morin Éditeur, p. 15

- Les interactions comportementales : Ces interactions concernent l'ensemble des échanges observables entre le parent et son enfant, mais aussi leur adaptation réciproque. Ces interactions se font par trois canaux relationnels que sont le *corps*, le *regard* et la *voix*. Les *interactions corporelles* comprennent les notions de *holding* et *handling* que nous détaillerons ultérieurement, mais aussi celle de *dialogue tonico-émotionnel* que nous avons déjà abordé. Les *interactions visuelles* s'expriment dans le *dialogue œil-à-œil* entre le bébé et l'adulte, dialogue qui permet une relation dans laquelle sont échangées beaucoup d'émotions. La mère a alors une fonction de *miroir*, que nous développerons dans la partie suivante. Les *interactions vocales*, quant à elles, constituent un moyen de communication privilégié dans lequel l'enfant peut exprimer ses besoins et désirs par les cris et les pleurs, par exemple. Le parent parle aussi à son bébé, et la modification de sa voix et de son vocabulaire va favoriser chez celui-ci l'engagement relationnel, mais aussi l'émergence du langage.

- Les interactions affectives : Ces interactions désignent les influences que l'état émotionnel de la mère peut avoir sur celui de son bébé et réciproquement celui du bébé sur sa mère, ce que D. STERN appelle l'*accordage affectif*. Lorsque le bébé exprime un affect, la mère y répond en mettant des mots dessus, associés à des mimiques reproduisant celles du bébé. Plus la mère va changer d'expression en réponse aux mimiques du bébé, plus celui-ci va y réagir en modifiant son expression. « Cela permet d'avoir le sentiment d'une communication intime entre soi et l'autre, de pouvoir partager ses émotions. On entre dans le domaine de l'intersubjectivité »³⁶.

- Les interactions fantasmatiques : Elles correspondent au premier *processus de parentification* qui se met en place, avant le début d'une grossesse. C'est le *désir d'enfant* qui se manifeste sous une dimension *imaginaire* consciente et pré-consciente,

³⁶ LAMOUR M. & BARRACO M., 1998, *Souffrances autour du berceau*, Paris: Gaëtan Morin Éditeur, p. 18

et une dimension *fantasmatique* inconsciente. L'*enfant imaginaire* est l'enfant rêvé et imaginé par les parents avant même sa conception, et l'*enfant fantasmatique* est lié aux fantasmes anciens que l'on retrouve dans le complexe d'Œdipe. L'enfant dont le parent prend soin est réel, il doit donc concilier cette réalité avec l'enfant imaginaire et fantasmatique. Le parent transmet de ce fait plus ou moins consciemment sa vie fantasmatique au bébé par les soins qu'il lui apporte.

Ainsi, devenir parent se fonde sur plusieurs remaniements psychiques, et la construction de la parentalité se poursuit après la naissance grâce aux interactions précoces. Par ailleurs, la mère et le père ont chacun une fonction propre dans la « *triade père-mère-bébé* »³⁷.

b) Le rôle de la mère selon D.W. WINNICOTT

Lorsque le bébé naît, il est dans un état de dépendance absolu par rapport à son entourage. Les quelques semaines qui précèdent et suivent l'accouchement, notamment pendant la période de dépendance absolue, sont marquées chez la mère par un état de « *préoccupation maternelle primaire* »³⁸ qui se caractérise par un épisode passager de repli narcissique où elle s'identifie fortement à son bébé et est ainsi en mesure de répondre efficacement à ses besoins. Selon D. W. WINNICOTT cette préoccupation « *donne à la mère sa capacité particulière à faire ce qu'il faut. Elle sait ce que peut ressentir le bébé* »³⁹.

D.W. WINNICOTT identifie trois dimensions présentes chez la mère suffisamment bonne qui sont primordiales au développement harmonieux du bébé : le *holding*, le *handling* et l'*object-presenting*. Le *holding* (maintien) est l'un des besoins

³⁷ LAMOUR M. & BARRACO M., 1998, *Souffrances autour du berceau*, Paris: Gaëtan Morin Éditeur, p. 24

³⁸ WINNICOTT D. W., 2014, *La famille suffisamment bonne*, Paris: Payot & Rivages, p. 10

³⁹ WINNICOTT D. W., 2014, *La famille suffisamment bonne*, Paris: Payot & Rivages, p. 10

fondamentaux du bébé et correspond au portage que sa mère lui propose tant sur le plan physique que psychique. La mère, par le holding, a un rôle de pare-excitation, et de la qualité de ce portage va dépendre la construction de la sécurité psycho-affective de l'enfant et l'intégration du self. Le *handling* (maniement) est la façon dont l'enfant est manipulé par sa mère lors de soins quotidiens. Grâce à ces soins quotidiens, qui contribuent « *au sentiment d'être « réel »* »⁴⁰, l'enfant va peu à peu prendre conscience de son individualité en réalisant qu'il a un corps et une psyché propre. L'*object-presenting* (présentation de l'objet) est la capacité qu'a la mère à présenter à l'enfant le bon objet, physique ou psychique, au bon moment, lui donnant l'illusion qu'il a créé l'objet. L'enfant expérimente ainsi l'omnipotence dans un premier temps, puis la mère, en délayant progressivement le moment d'apparition de l'objet, propose dans un second temps des frustrations qui présentent le monde extérieur et désillusionnent l'enfant quant à son omnipotence. Cette désillusion entraîne l'intégration pour l'enfant de la réalité et de ses propres existence et influence au sein de son environnement.

D.W. WINNICOTT décrit aussi, en s'appuyant sur les idées de J. LACAN, le rôle de *miroir* qu'a la mère qui, par le regard qu'elle porte sur son bébé, permet à celui-ci de se percevoir en partie lui-même. Il se questionne : « *que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit* »⁴¹. La mère est alors perçue par le bébé comme un double pourtant différent, lui offrant progressivement accès à la subjectivité, et participant donc à la construction de son psychisme.

La mère suffisamment bonne a donc pour fonction principale d'accompagner le

⁴⁰ Ibid., p. 16

⁴¹ WINNICOTT D.W., 2002, *Jeu et réalité*, Paris: Gallimard, p. 205

bébé d'un état de dépendance absolu vers un état d'indépendance en lui offrant des stimulations ni trop ni pas assez importantes, qui permettent à l'enfant de se sentir suffisamment en sécurité pour se développer. La mère n'est cependant plus la seule à encadrer le développement, puisque le père y participe aussi.

c) Le rôle du père

F. HURSTEL définit la notion de *rôle du père* comme « *ce que les hommes disent, demandent et font de leur paternité* »⁴², notion dans laquelle se confrontent paradoxes et contradictions entre l'identité traditionnelle du père et la mutation de cette identité. En effet, depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale, le père a été progressivement déchu de son statut légal de référent familial, avec un partage égal des droits parentaux avec la mère, mais aussi la disparition du *patronyme du père*, qui aujourd'hui n'est plus nécessaire pour déclarer un enfant puisqu'il peut être substitué par le *patronyme de la mère*. Outre ce changement de statut dans la juridiction, la structure traditionnelle de la famille est bouleversée par le fait que les mères travaillent et que le père est tenu de partager les tâches ménagères et parentales. Actuellement, on observe donc une implication croissante des pères dans l'encadrement du développement psychomoteur de leur enfant, et on voit émerger une « *demande des hommes de vivre autrement la paternité, d'en vivre les différents temps (depuis la conception, la naissance, ...) sur un mode plus chaleureux, plus charnel* »⁴³.

D'après S. ROBERT-OUVRAY, « *la première fonction du Père sera d'aider l'attachement afin de favoriser le détachement* »⁴⁴. Le père a ainsi une fonction importante avant même la naissance de l'enfant puisqu'il va, pendant la grossesse,

⁴² HURSTEL F., 1987, La fonction paternelle aujourd'hui: problèmes de théorie et questions d'actualité., In: *Enfance*, tome 40, n°1-2, p. 165

⁴³ Ibid, p. 166

⁴⁴ ROBERT-OUVRAY S., 2007, *L'enfant tonique et sa mère*, Paris: Desclée De Brouwer, p. 139

porter son attention sur la mère et le fœtus qu'elle porte, favorisant ainsi l'attachement de ces derniers. Dès la naissance, la présence du père auprès de la mère et du bébé va participer à la sécurisation affective de l'enfant au sein de la dyade mère-bébé. Par la suite, en sa qualité de tiers séparateur, le père a pour fonction de détacher la mère de l'enfant pour qu'il puisse s'individualiser en dehors de cette dyade mère-bébé.

D. PAQUETTE qualifie de « *relation d'activation père-enfant* »⁴⁵ le lien qui émerge entre un père et son bébé, et ajoute que lorsque ce lien est de bonne qualité « *l'enfant apprendrait à faire confiance en ses propres capacités à faire face aux menaces et à l'étrangeté de son environnement physique et social, puisque son père l'aura incité à oser aller plus loin dans son exploration, et ce dans un contexte sécuritaire* »⁴⁶. Le père a une fonction d'ouverture au monde, et permet l'autonomisation et la socialisation de l'enfant en lui apportant des stimulations physiques et psychiques plus affirmées que la mère, notamment par le biais de *jeux physiques et de lutte*, mais aussi lors de sa participation aux soins quotidiens du bébé.

Les rôles du père et de la mère au sein de la triade père-mère-bébé sont donc différents, mais se complètent et parfois même se recoupent. *In fine*, les fonctions parentales ont toutes pour vocation de favoriser le développement psychomoteur harmonieux de l'enfant. Néanmoins, lorsque ce développement est compromis, les parents peuvent avoir recours à un tiers professionnel, comme le psychomotricien.

II.2. Le rôle du psychomotricien auprès de l'enfant et de ses parents

a) La rencontre en psychomotricité

Il arrive que les soins, même suffisamment bons, ne puissent pas permettre à

⁴⁵ PAQUETTE D., 2004, La relation père-enfant et l'ouverture au monde, In: *Enfance*, vol. 56(2), p. 213

⁴⁶ Ibid., p. 213

l'enfant de se développer harmonieusement, d'autres facteurs entrant en compte tels que la maladie, le handicap ou la prématurité. Les parents sont alors amenés à intégrer dans l'encadrement du développement psychomoteur de leur enfant un professionnel, comme le psychomotricien, sur la demande d'un médecin prescripteur.

Dès le premier contact entre un enfant, ses parents et le psychomotricien, une demande émerge de la part des parents et de l'enfant (quand celui-ci est en mesure de l'exprimer), demande sur laquelle le psychomotricien doit porter toute son attention pour permettre une rencontre. Un bébé n'ayant pas encore accès au langage, la demande vient du parent, qui va livrer une partie de son histoire familiale lors des entretiens tout en décrivant le développement psychomoteur de son enfant. Pour que la rencontre se fasse correctement avec la famille, elle doit se fonder « *sur un «regard» autant qu'une écoute, et un état intérieur de l'intervenant, sans lesquels la rencontre sera formelle et risque d'être vide de sens ou de ne pas tenir ses objectifs* »⁴⁷.

L'attention du psychomotricien ne va cependant pas porter uniquement sur le parent, mais aussi sur le bébé, qu'il soit au tapis ou dans les bras pendant l'entretien. « *Son action thérapeutique [...], se situe non seulement dans les interactions motrices mais également dans l'observation et l'écoute du corps en relation* »⁴⁸, le psychomotricien fonde donc son évaluation du tout-petit avant tout sur l'observation psychomotrice, qui commence dès la rencontre et en constitue une forme. Cette observation permet de combiner des éléments objectivables, qui sont les échelles de développement psychomoteur, avec des éléments tels que la tonicité du bébé, sa capacité à être en relation avec l'autre, son exploration de l'espace... C'est en prenant en compte tous ces éléments que le psychomotricien va être en mesure de dégager

⁴⁷ MARTIN M., 2001, Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité (Du cadre analytique au pacte), In: *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), p. 104

⁴⁸ POTEL C., 2010, *Être psychomotricien*, Paris: Eres, p. 287

des axes de travail et accompagner au mieux le bébé et ses parents.

La rencontre est essentielle à la mise en place d'une prise en charge effective puisqu'elle est au fondement de la relation thérapeutique, relation que nous évoquerons plus en détail ultérieurement. Une autre modalité est primordiale pour que la rencontre se fasse entre le psychomotricien le patient et sa famille : c'est le *cadre*.

b) Le cadre thérapeutique et ses fonctions en psychomotricité

C. POTEL définit le cadre thérapeutique comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* »⁴⁹. Le cadre thérapeutique constitue l'un des fondements de toute prise en charge et s'articule autour de deux aspects, *physique* et *psychique*, qui viennent garantir l'intégrité du patient et assurer la continuité des soins.

Le *cadre physique* se caractérise par tous les éléments concrets du cadre qui représentent un des prérequis à toute prise en charge. Parmi ces conditions on retrouve l'espace (son aménagement, le lieu des séances...), le temps (heure, durée et fréquence des rendez-vous), le matériel (jeux, médiations, tissus, etc.), la législation, mais aussi l'aspect monétaire qui encadre les séances de psychomotricité. Ces éléments doivent être stables « *afin que les séances soient vécues dans la sécurité et permettent le lâcher-prise* »⁵⁰.

Par ailleurs, les modalités du cadre physique sont fortement liées au fonctionnement interne du professionnel, qui doit « *s'appuyer sur ses propres ressources psychiques internes, afin que la qualité de sa présence soit sensible à l'enfant* »⁵¹. On parle de *cadre psychique*, cadre qui, selon les postulats théoriques sur

⁴⁹ POTEL C., 2010, *Être psychomotricien*, Paris: Eres, p. 321

⁵⁰ DELOURME A., 2003, La souplesse du cadre, In: *Gestalt*, n° 25(2), p. 36

⁵¹ POTEL C., 2010, *Être psychomotricien*, Paris: Eres, p. 327

lesquels le psychomotricien se fonde, mais aussi selon son vécu et sa personnalité, va varier. Il dépend de la disponibilité psycho-corporelle du psychomotricien, mais aussi de sa structure psychique. Le psychomotricien incarne le cadre, qui présente trois fonctions principales : *contenance*, *limitation*, et *symbolisation*.

- Fonction de contenance : D. ANZIEU compare le cadre à un « *contenant maternel* », enveloppe protectrice dans laquelle le patient peut déposer ses pensées et affects, puisque le psychomotricien va « *contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction* »⁵². Le cadre va alors agir comme une seconde peau, séparant le dedans du dehors, et protège le patient de la désorganisation engendrée par les agressions extérieures et intérieures auxquelles il fait face. Le patient va tester le cadre et si celui-ci est stable, il va permettre à l'enfant de se sentir en sécurité, et donc d'expérimenter librement.

- Fonction de limitation : Par ses caractéristiques spatio-temporelles et les règles qui y règnent, le cadre pose des limites au patient. Se crée alors une distinction entre un avant/après les séances, un dedans/dehors et un Moi/non-Moi, permettant à l'enfant de différencier les limites les unes des autres. De plus, le psychomotricien, parce qu'il représente les règles et limites, a une fonction de tiers, qui vient renforcer cette différenciation. L'enfant peut alors s'individualiser.

- Fonction de symbolisation : Le psychomotricien accueille les actes et paroles du patient et y met du sens, ce qui permet à ce dernier d'accéder progressivement au processus de symbolisation et donc aux représentations.

Ainsi, le psychomotricien doit maintenir un cadre rigoureux tout en l'adaptant continuellement aux problématiques du patient. Lorsqu'il est « *suffisamment*

⁵² Ibid., p. 324

sécurisant et apaisant pour accueillir et contenir les éprouvés corporels et émotionnels du patient »⁵³, il va pouvoir prêter son appareil psychique au patient et éclairer ses éprouvés. Le patient a alors une place toute particulière dans la prise en charge, qui lui est réservée, ce qui permet le développement d'une relation régie par des règles.

c) La relation thérapeutique avec le bébé

Le bébé naît avec des compétences et est actif dans ses interactions avec le monde qui l'environne. « *Dans les séances, la communication infraverbale du bébé est mise en valeur et reconnue comme une première mise en forme de langage de l'enfant* »⁵⁴, et le psychomotricien s'appuie sur cette communication pour entrer en relation avec le bébé. La relation qui se met en place entre le psychomotricien et le bébé se fonde alors sur le décryptage du langage corporel de l'enfant, auquel il va pouvoir répondre au niveau corporel, sensoriel, et langagier, en étant vigilant à ne pas sur-stimuler l'enfant. L'échange qui s'établit alors se rapproche des trois niveaux d'*interactions comportementales* qu'on observe entre un parent et son enfant.

« *Le corps est la voix d'expression privilégiée du bébé* »⁵⁵ et, comme nous l'avons vu, il communique ses états internes par une variation tonique et posturale. Le dialogue tonico-émotionnel engagé par le psychomotricien est donc un outil thérapeutique primordial qui lui permet de « *renouer un dialogue fructueux avec l'enfant, de relancer le processus intégratif et de l'amener progressivement à la symbolisation de ses ressentis* »⁵⁶. Lors des diverses sollicitations proposées à l'enfant, les modulations toniques de ce dernier vont renseigner le psychomotricien

⁵³ PIREYRE, E.W., 2018, *19 situations cliniques en psychomotricité*, Malakoff: Dunod, p. 36

⁵⁴ PERRIER-GENAS M., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 15

⁵⁵ LAMOUR M. & BARRACO M., 1998, *Souffrances autour du berceau*, Paris: Gaëtan Morin Éditeur, p. 145

⁵⁶ ROBERT-OUVRAY S. & SERVANT LAVAL A., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 181

quant aux émotions, aux sensations de confort ou d'inconfort que peut avoir le bébé, et il va s'y adapter. L'enfant pourra aussi s'ajuster au psychomotricien par un échange de tensions, dans une interaction corporelle. Du toucher émerge un dialogue venant nourrir la relation entre le professionnel et l'enfant, et le psychomotricien va être en mesure de proposer à celui-ci des stimulations et portages adaptés à ses problématiques. Les parents pourront se saisir de ces techniques de communication.

L'enfant est capable très rapidement de distinguer les visages et de percevoir les expressions faciales. Le psychomotricien, face aux expressions du bébé ou à ses actions, va réagir par des mimiques qui renseignent l'enfant sur ses propres émotions. Le psychomotricien est également vigilant à l'attention portée par le bébé sur les différents objets qu'il lui présente. Le bébé pourra d'abord regarder pour indiquer quel objet il veut, avant de tenter de le saisir. De plus, le « *psychomotricien parle à l'enfant, met des mots sur son vécu* »⁵⁷, il interagit aussi vocalement avec le bébé, répondant aux manifestations corporelles positives ou négatives par des mots. Le psychomotricien chante des comptines, gazouille, donne de la voix pour permettre à l'enfant d'intégrer ses sensations, mais aussi de s'apaiser dans certains cas, comme lorsqu'il chante une comptine pour calmer des pleurs. Il donne ainsi des clefs aux parents pour interpréter les actions de leur bébé, et encourage le dialogue entre eux.

« *Cette relation particulière, basée sur le mouvement, favorise le développement des compétences fonctionnelles et propose à l'enfant un espace de sécurité et de liberté à conquérir et où s'exprimer en laissant émerger le plus possible de compétences motrices, perceptives et cognitives* »⁵⁸. Grâce à l'établissement d'un

⁵⁷ PERRIER-GENAS M., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3*, Paris: De Boeck-Solal, p. 9

⁵⁸ BOSCAINI F. & SAINT-CAST A., 2010, L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice, In: *Enfances & Psy*, 49(4), p. 84-85

dialogue entre le bébé et le psychomotricien, ce dernier va être en mesure d'adapter au mieux sa prise en charge aux problématiques de l'enfant et, ainsi, favoriser sa progression. Les parents, premiers partenaires de soin, vont également être des acteurs clés dans la prise en charge de leur bébé.

d) L'alliance thérapeutique avec les parents et la guidance parentale

« L'espace de soin en psychomotricité est un espace-temps propice à l'animation du lien parent/enfant, où le cadre posé permet que se déploie un élan du parent vers son bébé et du bébé vers son parent. Cet élan psychomoteur est essentiel pour le développement du bébé et de la parentalité »⁵⁹.

Le psychomotricien rencontre le bébé de manière particulière et va s'attacher à mettre en place avec celui-ci une relation fondée sur la communication infraverbale et non-verbale. Cette communication va lui permettre de proposer des stimulations tactiles, kinesthésiques, visuelles, auditives ou olfactives adaptées à l'enfant, et de pointer du doigt les compétences de celui-ci auprès des parents présents pendant les séances, qui *« sont demandeurs d'informations, de conseils et d'une écoute attentive »⁶⁰*. En se rendant disponible à l'échange avec ceux-ci, il permet la création d'une alliance thérapeutique, qui peut être définie comme la collaboration mutuelle entre le soignant et le patient dans le but d'atteindre des objectifs fixés. Dans le cas de bébés, les parents font partie de cette alliance puisqu'ils participent aux séances et peuvent prolonger ce qui y est fait après celles-ci, accompagnant leur enfant vers les objectifs fixés. Cette alliance permet par ailleurs au psychomotricien d'établir, dans un contexte bienveillant, avec les parents une guidance parentale, dont *« l'objectif [...] est*

⁵⁹ PERRIER-GENAS M., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3*, Paris: De Boeck-Solal, p. 5

⁶⁰ JACQUET S., & MIERMON A., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2*, Paris: De Boeck-Solal, p. 178

alors de favoriser le lien parent/enfant et de soutenir la parentalité »⁶¹.

Être parent n'est pas chose aisée et, lorsque l'enfant ne va pas bien, cela peut devenir encore plus complexe. C'est alors le rôle des professionnels de santé, comme le psychomotricien, d'intervenir auprès des parents pour leur offrir un soutien dans leur parentalité *via* une guidance parentale. « *La guidance est donc une attitude de consultation qui apprend aux parents à apprendre à être parents, à s'affirmer et à tenir leur place parentale. Elle a pour finalité de soulager une situation et des individus. C'est une part fondamentale de notre travail qui prend de plus en plus d'ampleur »⁶²* et qui est nécessaire lors des prises en charge de bébés, les parents étant des partenaires actifs au sein de celles-ci. En apportant aux parents des conseils, une écoute, mais aussi des jeux à destination de leur enfant, le psychomotricien vient renforcer le lien parent/enfant, mais aussi valoriser les compétences du bébé comme des parents.

Le psychomotricien est donc garant du cadre et de la relation au cours des séances de psychomotricité et, ce faisant, il permet aux parents et à leur enfant d'établir de nouveaux liens au sein desquels chacun est acteur de la construction de l'autre que ce soit dans la parentalité ou le développement psychomoteur.

⁶¹ CORNOT A., & SCIALOM P., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 190

⁶² SCIALOM P., 2004, La guidance parentale, In: *Evolution psychomotrice*, n° 65, p. 158

CLINIQUE

I- PRESENTATION DU LIEU DE STAGE

I.1. Présentation du libéral

a) Spécificités et modalités d'une prise en charge en libéral

L'exercice en libéral est réglementé, le psychomotricien ayant un statut d'auxiliaire de la médecine, et entraîne l'engagement de la responsabilité civile ou pénale du psychomotricien, tout en lui permettant d'avoir une certaine indépendance. Un bilan psychomoteur et une prise en charge se réalisent uniquement sur prescription médicale, dans un contexte de démarche diagnostique ou non. Le psychomotricien travaille en réseau, en partenariat avec les institutions, structures spécialisées et écoles, participe aux réunions de synthèses, échange avec les autres professionnels tout en faisant le lien avec les parents. Il arrive que le psychomotricien soit amené à faire des prises en charge en dehors de son cabinet, selon les modalités de celles-ci.

b) Le cabinet libéral

J'ai effectué mon stage de troisième année dans un cabinet libéral situé en ville, au rez-de-chaussée d'une habitation à loyer modéré. Plusieurs professions y sont présentes : deux psychomotriciennes, trois infirmières, une ergothérapeute, deux psychologues, une neuropsychologue et deux ostéopathes, avec comme salles communes la salle d'attente, un bureau de réunion, une cuisine et des toilettes. Les psychomotriciennes se partagent un bureau et le matériel de psychomotricité.

Je suis présente tous les jeudis au sein de ce cabinet. Ma maîtresse de stage accueille des enfants et adolescents de tous âges, et se déplace également à domicile,

en écoles ou en institutions. Au cours de mon stage, j'ai ainsi eu l'occasion d'assister à plusieurs séances à domicile et à l'école, mais aussi à des réunions de synthèse. La psychomotricienne travaille beaucoup avec les partenaires qui l'entourent comme les pédiatres, écoles, Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), etc. Les motifs de consultation en psychomotricité sont donc très variés : prématurité, retard de développement psychomoteur, épilepsie, difficultés scolaires...

Je me concentrerai dans la suite de ma description sur les prises en charge de bébés ayant de quelques mois à 3 ans, qui se font toujours en présence des parents. Une prise en charge démarre toujours par un bilan psychomoteur réalisé sur trois séances. Les séances de psychomotricité de jeunes enfants durent 45 minutes à raison d'une, voire deux, fois par semaine, et ont lieu au cabinet ou à domicile.

c) La salle de psychomotricité et le matériel

La salle de psychomotricité fait 18 mètres carrés, est préservée des bruits urbains, et est correctement éclairée, bien que la luminosité puisse être adaptée selon les problématiques du patient. La psychomotricienne fait toujours attention à ce que la température soit suffisamment élevée pour permettre le bon déroulement de la prise en charge des bébés. Lors de l'accueil de ceux-ci, l'espace est modulé et un grand tapis posé sur le sol pour pouvoir les installer dessus, avec des chaises et un banc à disposition pour les parents s'ils ne souhaitent pas s'asseoir au tapis avec nous.

Avant la séance, le matériel est mis à disposition sur le tapis afin que l'enfant puisse ou non s'en saisir. Ce matériel comprend souvent des petites balles de toutes formes et couleurs, des maracas, des hochets, des palets en bois... Une fois le bébé mis au tapis, on enlève ses chaussettes et on prend un temps d'observation de l'enfant en situation de motricité libre. Cela nous permet de constater le niveau d'éveil de

l'enfant au moment de la séance et sa capacité à explorer l'espace et le matériel. On s'appuie pendant la séance sur le matériel vers lequel il s'est orienté seul pour lui proposer différentes stimulations psychomotrices adaptées à ses problématiques.

d) La prise en charge à domicile

Lorsque le bébé est trop vulnérable pour sortir ou que le parent est dans l'incapacité de se rendre au cabinet, c'est la psychomotricienne qui se rend au domicile pour les séances de psychomotricité. Elle se déplace alors avec une partie de son matériel, ce qui lui permet de s'assurer de la présence d'objets et jeux adaptés sur place au moins pendant la séance. Les parents, qui participent à la séance, peuvent ainsi découvrir quels jeux sont le plus adaptés à l'âge et aux problématiques de leur bébé. S'il y a déjà des jeux adaptés sur place, elle limite l'utilisation de son matériel afin d'encourager l'enfant à manipuler ce qui est déjà à sa disposition, mais aussi montrer au parent comment il peut jouer avec son enfant.

Le fait d'aller au domicile lui permet également d'observer l'espace dans lequel l'enfant évolue, comment celui-ci est installé (au tapis, sur un siège-auto, dans un trotteur...), et si cette installation est adaptée au développement. Si ce n'est pas le cas elle peut intervenir auprès du parent pour, dans un dispositif de guidance parentale, le conseiller de manière bienveillante sur les aménagements potentiels à faire pour favoriser le développement du bébé, voire éviter le sur-handicap dans certains cas.

I.2. Présentation du RPSOF-ASNR

Ma maître de stage est une professionnelle du Réseau Pédiatrique du Sud et Ouest Francilien (RPSOF), réseau mis en place par l'Association pour le Suivi des Nouveau-nés à Risque (ASNR) et financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS),

dans le but de suivre, accompagner et prendre en charge les nouveau-nés à risque de manière précoce et pluridisciplinaire. Ces nouveau-nés à risque peuvent être prématurés, avoir présenté un Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU), une encéphalopathie anoxique ou ischémique... L'objectif du RPSOF est d'apporter un soutien aux familles et de favoriser au maximum le développement de l'enfant, qui est suivi à partir de sa sortie du service néonatal jusqu'à ses 7 ans. Ce suivi se caractérise par des consultations avec un médecin pilote qui va orienter, si besoin, la famille vers d'autres professionnels de santé selon les problématiques de l'enfant. Les professionnels du réseau sont ainsi formés spécifiquement au dépistage des troubles du développement que les bébés à risque peuvent présenter, et à la prise en charge de ceux-ci. Dans le cadre du RPSOF, ma maître de stage est ainsi amenée à rencontrer ces bébés et leurs parents, qui ont la possibilité d'être remboursés par le RPSOF pour 10 séances. Le réseau demande alors deux évaluations, initiale et finale.

II- PRESENTATIONS CLINIQUES

II.1. Awa

a) Anamnèse

Awa est née le 12 novembre 2017. Elle est le premier enfant de sa mère, 36 ans, et le troisième de son père, 39 ans, qui a déjà, d'un premier mariage, une fille et un garçon de respectivement 6 et 2 ans qui sont au domicile familial un week-end sur deux. Ses parents vivent en couple, sa mère ne travaille pas et son père est chauffeur de taxi. Ils sont tous les deux tunisiens, et la mère d'Awa est arrivée en France juste avant sa grossesse, qui suit une première fausse couche spontanée à 6 SA.

La grossesse a été marquée pour la maman par un dépistage d'hépatite B,

maladie provoquant une inflammation importante du foie avec ou sans ictère, mais aussi par de nombreuses complications. Ainsi, à 23 SA +3 jours, un diabète gestationnel est repéré, diabète qui entraîne une hyperglycémie et qui s'accompagne d'un risque accru de complications pendant la grossesse. Suite à l'échographie du deuxième trimestre, un RCIU est découvert qui, lors d'une hospitalisation de la mère à 25 SA +2 jours, est réévalué en RCIU vasculaire sévère. Cette même hospitalisation s'accompagne d'un diagnostic de pré-éclampsie pour la mère nécessitant un traitement important, puisque la pré-éclampsie, se caractérisant par une hypertension artérielle et l'apparition de protéines dans les urines, peut entraîner le décès de la mère et de l'enfant si elle n'est pas traitée. L'accouchement est finalement déclenché en urgence à 27 SA +1 jour dans un contexte de RCIU sévère avec une Anomalie du rythme cardiaque du fœtus (ARCF) et de pré-éclampsie.

Awa naît le 19 novembre 2017 et est transférée en service de néonatalogie. A la naissance elle pèse 690 g pour 32 cm, présente un périmètre crânien de 24 cm, et son score d'Apgar est de 1 à 1 minute et atteint 8 à 10 minutes. Sur le plan respiratoire, elle présente une maladie des membranes hyalines sévère et une dysplasie broncho-pulmonaire sévère entraînant la mise en place d'une ventilation mécanique conventionnelle jusqu'à son 29^{ème} jour de vie, puis une ventilation non invasive jusqu'à son 84^{ème} jour, l'oxygénothérapie est poursuivie par la suite. Sur le plan cardiologique, elle est sous cure médicamenteuse pour permettre la fermeture du canal artériel. Sur le plan organique, elle a une rétinopathie du prématuré de grade III au maximum, régressive. Elle est sérovaccinée contre l'hépatite B et l'examen neurologique ne révèle aucune particularité. Elle sort de l'hôpital à 4 mois +6 jours AR, soit 1 mois +8 jours AC, toujours sous oxygénothérapie nasale. Elle est hospitalisée à nouveau en mai pour une bronchiolite, puis en juin suite à des épisodes de désaturation.

Awa et ses parents sont orientés vers une prise en charge en psychomotricité par un médecin pilote du RPSOF fin juin 2018, alors qu'elle a 7 mois +8 jours AR et 4 mois +4jours AC. Ma maître de stage rencontre ainsi cette famille dans le cadre du RPSOF le 17 juillet 2018, au domicile des parents, suite au constat du médecin pilote d'un retard de développement moteur, d'une insuffisance posturale et d'une agitation psychomotrice. Un soutien à la parentalité est aussi demandé par le médecin.

b) Evaluation initiale d'Awa

Je n'ai pas pu participer à la réalisation de ce bilan, mais il me semble important de le présenter pour mieux apprécier l'évolution d'Awa entre cette première évaluation et la dernière. Lors de la première séance de bilan (il y en a eu deux), Awa a 7 mois +28 jours AR, soit 5 mois AC. Le support de ce bilan, fondé sur l'observation, appartient au RPSOF, qui l'a élaboré en collaboration avec des psychomotriciens pour la tranche d'âge 0-1 ans, je ne peux donc pas le présenter. Lors des échanges avec les parents, ceux-ci ne s'étendent pas beaucoup sur leur vécu, mais la mère semble fatiguée. Au cours du deuxième rendez-vous, la mère confie son désarroi face aux pleurs d'Awa, qu'elle a du mal à gérer seule, son conjoint étant absent dans la journée.

- Rythmes dans la journée : Awa dort dans la chambre de ses parents, dans un lit pour bébé comportant des vitres transparentes. Elle est installée en position basse, avec la tête inclinée à 10/20 degrés, et dort entre minuit et 7h de manière ininterrompue. Elle fait deux siestes, une le matin et la seconde l'après-midi, de 1 à 2 heures chacune. Lorsqu'elle est éveillée, elle est installée sur un tapis d'éveil où plusieurs jeux sont à sa disposition. Elle y reste 20 à 30 minutes, puis réclame les bras, dans lesquels elle n'est à l'aise que si elle est portée en position debout ou assise.

- Alimentation : Awa boit son biberon matin, midi et soir, elle a aussi le droit à

une compote le midi et au goûter, et une purée de légumes le midi. Elle mange bien.

- Comportement global pendant les examens : Awa est dans un état de veille calme pendant les premières 20 minutes, puis elle est en veille agitée. Elle est difficilement consolable en cas de veille agitée et cris, un distracteur (comptine, jeux...) et les bras ne suffisant pas à l'apaiser rapidement. Elle nécessite sa tétine, les bras, et des bercements pour s'apaiser complètement au bout de plusieurs minutes.

- Interactions, communication et socialisation : Awa est attentive pendant le bilan : elle s'immobilise à la voix, explore, se montre curieuse. Son regard est accrochable, avec un échange soutenu et prolongé possible, et elle réagit de manière dirigée. Elle présente des sourires spontanés ou réponses, des mimiques faciales, et produit quelques vocalises. Ses membres supérieurs sont très raides.

- Capacités de régulation tonico-émotionnelle : Awa accepte facilement le toucher corporel, la contenance, l'effleurement, mais refuse le portage en enroulement en s'agitant et pleurant, elle devient alors toute rouge. La régulation tonico-émotionnelle lui est très difficile et elle présente une hypertonie de l'axe corporel.

- Fonctions neuro-sensorielles et intégration sensorielle : La poursuite visuelle est facilement obtenue et Awa présente une bonne orientation sonore. Elle accepte facilement les stimulations vestibulaires et de la zone orale et péri-orale, et réagit de manière adaptée au contact du hochet.

- Posture, motricité et tonus : Spontanément, Awa est sur le dos avec les bras en chandelier. Elle présente une plagiocéphalie occipitale moyenne, et oriente sa tête de manière variable. Son activité motrice spontanée est saccadée, explosive, désordonnée, et, bien qu'elle soit capable de regrouper ses membres, elle ne peut pas prendre de posture d'enroulement. Mains fermées, son pouce est parfois rétracté dans

la paume. Awa bouge bien ses pieds, dont les orteils sont parfois en griffe.

Au niveau du tonus passif, le signe du foulard est limité à droite comme à gauche par rapport à son âge, que ce soit réel ou corrigé. Le talon oreille, l'angle poplité et l'angle des adducteurs sont normaux en se fondant sur l'âge corrigé d'Awa. L'angle des dorsiflexions du pied est normal pour son âge réel.

Awa est très raide au cours des manœuvres de l'évaluation du tonus actif. Le tiré assis est normal, ainsi que la manœuvre inverse du tiré assis, bien qu'elle présente une hypertonie des muscles extenseurs de la nuque. Lors de la mise en station assise le contrôle de la tête est présent et la tête et le dos sont droits.

- Réactions posturales globales : Lors des retournements dos-ventre et ventre-dos guidés par les membres inférieurs, le mouvement, possible vers la droite et la gauche, est dissocié et manque de fluidité. En décubitus ventral, Awa dégage ses bras seule, lève la tête, se met en appui sur les avant-bras, mains ouvertes, n'a pas d'attitude du planeur et semble confortable dans cette position. Lors de la manœuvre du tiré assis latéral, Awa redresse la tête et accompagne le mouvement en se mettant en appui sur l'épaule, puis sur le coude, sur l'avant-bras et, enfin, sur la main, poing fermé, tant à droite qu'à gauche. Elle ne s'assoit pas encore seule. Au cours de la manœuvre accroupi-debout, il y a un redressement des membres inférieurs, du tronc et de la tête. Awa présente de bons appuis plantaires, mais est très raide et hypertonique au niveau des membres inférieurs et de l'axe. La suspension ventrale est exagérée et Awa est en hyperextension.

- Préhension, coordination et motricité fine : Awa saisit les objets au contact, et est capable de les passer de la main à la bouche, ou d'une main à l'autre. Elle peut centrer ses mains sur un objet, avoir des mouvements dirigés vers celui-ci. Elle peut en saisir un et regarder le deuxième, en saisir un dans chaque main, et joue parfois à

secouer. Sa saisie est palmaire.

En *conclusion*, Awa présente des difficultés modérées au niveau de son comportement global, mais aussi des difficultés posturo-motrices modérées et des difficultés de régulation tonico-émotionnelle importantes, avec une hypertonie axiale et périphérique. Des difficultés dans l'accordage parents-enfant sont également à noter, et la mère témoigne de son désarroi face à l'agitation de sa fille. Le *projet thérapeutique* consiste à :

- Travailler sur l'hypertonie axiale et périphérique d'Awa, hypertonie dont découlent ses difficultés de régulation tonico-émotionnelle et posturo-motrices.
- Travailler sur l'état d'agitation et d'irritabilité d'Awa, qui est probablement dû à son vécu d'hospitalisation, qui l'empêche d'expérimenter pleinement au tapis.
- Proposer une guidance parentale aux parents qui semblent avoir besoin de soutien dans leurs interactions avec leur fille.

Des conseils d'exercices ludiques avec des jeux adaptés, des mobilisations particulières et des postures de portage en enroulement pourront être proposés et présentés aux parents. En amenant de la contenance et de l'enroulement à Awa, on favorisera ses capacités de régulation tonico-émotionnelle et lui permettra de d'expérimenter l'hypotonie de plaisir. Elle pourra alors se relâcher dans les bras de ses parents et accéder à l'apaisement physique et psychique.

c) Ma rencontre avec Awa et sa mère

Je rencontre pour la première fois Awa et sa mère le 13 septembre 2018, à leur domicile, Awa a alors 9 mois +24 jours AR, soit 6 mois +26 jours AC, et en est à sa septième séance financée par le RPSOF. Elle est aussi suivie une fois par semaine

en kinésithérapie, et a bénéficié d'une séance d'ostéopathie pour sa plagiocéphalie.

La mère nous accueille bien habillée et coiffée très soigneusement, avec un léger sourire. Ce qui me frappe beaucoup en la rencontrant, ce sont ses traits tirés et son air soucieux. La première chose dont elle nous parle lorsque nous nous installons au tapis avec Awa pour lui dire bonjour et me présenter, c'est du dernier rendez-vous médical de sa fille, qui a eu lieu 2 jours plus tôt, au cours duquel les médecins ont décidé que l'oxygénothérapie pouvait être arrêtée. Ma maître de stage m'apprend alors que c'est la première fois qu'elle voit la petite fille sans canule nasale à oxygène. La mère s'assoit à côté de nous, en dehors du tapis, et nous observe avec sa fille, sans intervenir dans la prise en charge. Elle semble très fatiguée.

Awa est en décubitus dorsal sur le tapis, ses bras n'étant pas en chandelier, et a sa tétine dans la bouche quand nous arrivons. Elle se présente comme une petite fille curieuse, attentive, avec beaucoup d'expressions et mimiques faciales. Je suis étonnée de constater à quel point elle semble « à plat » sur le sol, avec très peu de courbures au niveau de sa colonne vertébrale en plus de sa plagiocéphalie. Elle paraît toute excitée de nous voir, et bouge les bras et jambes de manière saccadée. Quand je me penche sur elle pour me présenter, elle fronce soudainement les sourcils et m'observe sévèrement quelques secondes, avant de recommencer à sourire. Ma maître de stage sort quelques jouets, et Awa tend les mains pour les saisir.

d) Prise en charge

En me fondant sur les différents axes du projet thérapeutique présentés dans le bilan, je présenterai ce qui est fait en séance et décrirai l'évolution psychomotrice d'Awa, mais aussi celle de sa mère (je ne rencontrerai pas le père), et de leur relation.

Chaque séance, un travail autour de l'enroulement est proposé à Awa, afin

d'amener de la flexion au niveau de son axe corporel. Pour ce faire, ma maître de stage utilise des contacts tactiles fermes et appuyés, plus sécurisants pour Awa, et est attentive au tonus de celle-ci. Ce travail se fait par des mobilisations et portages particuliers, qui sont présentés à la maman d'Awa afin qu'elle puisse s'en saisir dans les moments où Awa s'agite beaucoup. Plusieurs mobilisations sont proposées, au cours desquelles Awa est plus ou moins active. Un travail sur les retournements et la mise en station assise, avec un jouet encourageant le mouvement d'Awa, permet de l'accompagner vers des postures de regroupement et d'enroulement.

Quand je la rencontre, Awa sait se retourner seule dos/ventre et ventre/dos, mais ces retournements se font en bloc, sans dissociation des ceintures scapulaire et abdominale. Sur le ventre, elle relève exagérément la tête, qui touche presque son dos, nous lui proposons alors des jouets pour qu'elle ramène sa tête vers l'avant. En station assise, elle garde le dos relativement droit ce qui l'empêche de maintenir sa posture en trépieds très longtemps, elle finit par se laisser tomber en arrière ou sur les côtés. Ma maître de stage l'accompagne dans ces changements de postures afin de favoriser la fluidité, l'équilibre et le confort de celles-ci.

D'autres mobilisations, plus passives, sont également effectuées, comme celle-ci : ma maître de stage place une main sous le bassin d'Awa, qui est en décubitus dorsal, et de l'autre elle ramène les jambes de la petite fille vers sa tête, amenant une flexion du bassin. Pendant cette mobilisation, ma maître de stage crée une enveloppe sonore accompagnant la mobilisation comme, ce jour-là, « les pieds décollent et pouf! Viennent toucher ton front, pouf! Viennent toucher ton nez... ». Une autre mobilisation, en décubitus dorsal, est de faire attraper ses pieds à Awa, permettant également une exploration sensorielle de ceux-ci. Ma maître de stage m'explique avoir initié les parents au portage en position du Bouddha, en leur expliquant bien que leur

installation, et donc leur confort, jouait beaucoup sur la qualité du portage. La maman nous apprend qu'elle a de plus en plus recours à ce portage lorsqu'Awa s'agite, et que celle-ci commence à l'accepter, et s'apaise plus rapidement dans cette position.

Lors de la première séance, Awa accepte et rigole en premier lieu, puis se met à rougir, se débat et crie, en hypertonie, gênée par ces mobilisations, qui ne sont pas poursuivies. La maman, en voyant sa fille s'agiter et pleurer, semble décontenancée et particulièrement affectée. Je la sens en détresse, tendue, mais elle ne dit rien. Elle se projette instinctivement en avant comme pour prendre sa fille dans les bras, mais se retient, ma maître de stage apaisant Awa en détournant son attention sur un jouet. Le tonus de cette dernière s'abaisse alors : elle se regroupe et explore le jouet.

A travers chaque mobilisation proposée, nous cherchons à ce qu'Awa explore corporellement, et avec plaisir. Nous utilisons donc beaucoup de jouets pour la stimuler, que ce soit pour l'encourager à se mouvoir, ou pour entrer en relation avec elle. Ma maître de stage inclut beaucoup la maman dans les jeux en lui proposant de présenter le jouet et d'encourager sa fille, ce que la maman fait avec un plaisir manifeste. Awa répond bien à ces stimulations, et initie les mouvements vers sa maman en allant chercher le jouet. Ma maître de stage pointe du doigt cet élan vers la maman, mais aussi chaque progrès qu'elle observe de séance en séance, ce qui a l'air de rassurer considérablement la maman.

Awa est au tapis en décubitus dorsal, et ma maître de stage lui donne deux maracas, une dans chaque main. Awa les secoue et tape l'une contre l'autre en souriant, et ma maître de stage et moi-même faisons mine de danser en lui disant, dès qu'elle arrête la production de son, « oh non, continues à faire de la musique ! ». Awa comprend alors petit à petit que c'est son action qui nous fait danser, et cela lui apporte une certaine jouissance, elle rit et reste attentive. Awa regarde sa mère, et je dis à celle-ci

« regardez comme elle vous sourit ! », sourire auquel répond aussitôt la maman. Nous invitons la maman à se joindre à notre danse, et elle le fait en chantonnant et tapant dans ses mains. Sa fille la regarde faire, très intéressée, et interagit avec sa maman en entrechoquant les maracas. Un dialogue se forme entre mère et fille, qui se sourient, vocalisent, se regardent...

Sur les quatre séances auxquelles j'ai participé, la majeure partie du temps des deux premières a été utilisée pour ces mobilisations passives et actives. Lors de la deuxième séance le 2 septembre 2019, Awa se retourne dos/ventre et ventre/dos à droite comme à gauche en dissociant bien les ceintures scapulaire et abdominale, tourne en horloge et commence à initier le ramper : elle fait de la marche arrière. La mère nous dit en rigolant qu'elle retrouve sa fille à l'autre bout de la pièce de temps en temps, bloquée par une armoire située derrière elle. En lui proposant un appui au niveau d'un pied, jambe fléchie, elle parvient à pousser et à se projeter en avant. Nous travaillons donc aussi le ramper en mettant en action ses jambes, afin que celui-ci devienne effectif. Pendant cette séance, la maman, habillée et coiffée, est plus souriante et nous parle du rendez-vous à l'hôpital que sa fille a la semaine suivante.

La troisième séance à laquelle je participe marque un véritable tournant dans la prise en charge. Lorsque nous nous présentons, je suis étonnée que la mère nous accueille en pyjama, ni maquillée, ni coiffée, ce qui détone par rapport à sa présentation habituelle. Elle semble détendue et reposée. Puis Awa entre dans notre champ de vision, dans le couloir de l'entrée, et sourit en rampant vers nous. « Elle rampe ! », nous exclamons-nous, ce à quoi la mère répond « Elle rampe, elle se lève, elle s'assoit ! Elle me suit partout dans l'appartement. ». Au cours de cette séance, Awa accepte toutes les postures en enroulement sans se débattre, et son tonus est plus harmonieux. Elle cherche la relation en secouant les objets et guettant nos réactions,

et discute beaucoup avec des « bababa » et « dadada » aux intonations variées. La maman, quant à elle, échange sourires et babillages, et joue beaucoup avec sa fille lorsque celle-ci vient vers elle, et nous confie être sereine vis-à-vis de son enfant, qui pleure beaucoup moins et s'apaise rapidement. Elle finit par nous avouer, à la fin de la séance, désirer un autre enfant, avant d'être trop âgée. Je pense, avec le recul, que la maman était suffisamment rassurée et en confiance pour paraître moins soignée.

Bien qu'ayant participé seulement aux quatre dernières séances de la prise en charge d'Awa, j'ai pu être témoin de sa progression, avec une harmonisation du tonus favorisant ses acquisitions posturo-motrices. Parallèlement à cela, la relation mère-bébé s'est considérablement améliorée, et la mère d'Awa, si soucieuse et fatiguée quand je l'ai rencontrée, prend plaisir à interagir avec sa fille, qui est moins agitée.

e) Evaluation finale

J'ai participé à la passation de l'évaluation finale d'Awa, qui a été réalisée surtout sur la dernière séance. Awa a alors 10 mois +15 jours AR, et 7 mois +17 AC, et nous montre dès notre arrivée qu'elle a acquis la quadrupédie. Je présenterai essentiellement ici les éléments qui ont évolué depuis l'évaluation initiale.

- Alimentation : La mère nous parle beaucoup de diversification alimentaire car Awa réclame de plus en plus lorsque ses parents mangent. Nous lui transmettons une fiche explicative sur l'introduction des aliments selon l'âge et les textures.

- Comportement global pendant les examens : Awa est dans un état de veille calme et explore l'environnement. Elle est facilement consolable en cas de pleurs.

- Interactions, communication et socialisation : Les membres supérieurs d'Awa sont détendus, et il lui arrive de rire aux éclats. Elle réagit à son prénom et émet des sons différenciés et des syllabes dédoublées.

- Capacités de régulation tonico-émotionnelle : Awa accepte le portage en enroulement, et ses capacités de régulation tonico-émotionnelle sont adaptées.

- Fonctions neuro-sensorielles et intégration sensorielle : Rien à signaler.

- Posture, motricité et tonus : L'activité motrice spontanée d'Awa est normale pour son âge réel et elle peut s'enrouler sans inconfort. Ses doigts se délient et son pouce adductus est toujours présent, bien qu'inconstant.

Au niveau du tonus passif, le signe du foulard est toujours limité à droite comme à gauche par rapport à son âge corrigé, mais le talon oreille, l'angle poplité, l'angle des adducteurs et l'angle de dorsiflexion du pied sont normaux pour son âge réel.

Le tiré assis est normal, ainsi que la manœuvre inverse du tiré assis, et, mise en station assise, elle présente une attitude cyphotique normale. On remarque cependant la persistance d'une hypertonie des muscles extenseurs de la nuque.

- Réactions posturales globales : Awa se retourne seule aussi bien à droite qu'à gauche, de manière dissociée avec un dégagement volontaire des bras. Lors de la manœuvre du tiré assis latéral, Awa participe au redressement, se met en appui avec sa main ouverte. Elle peut s'asseoir seule, en trépieds, et les réactions de balanciers sont présentes à droite comme à gauche. Pendant la manœuvre accroupi-debout, le mouvement manque de fluidité, mais Awa n'est plus en hypertonie de l'axe et des membres inférieurs. La suspension ventrale est normale.

- Acquisitions motrices : En décubitus ventral, Awa rampe, tourne en horloge, et se déplace en quadrupédie de manière fluide et dissociée. Depuis la station assise, elle est capable de se mettre en assis plage (vers sa droite ou sa gauche), en quadrupédie, et debout avec appuis en passant par la position du chevalier servant. Debout, elle ne sait pas se rasseoir seule et s'agite lorsqu'elle veut repasser au sol.

- Préhension, coordination et motricité fine : Awa saisit un objet dans chaque main, regarde le troisième, et essaie de le prendre. Sa saisie est palmaire, et elle joue à secouer, à jeter, et à frapper deux objets ensemble. Elle peut attirer un jouet vers elle en tirant sur une ficelle.

En conclusion, Awa présente encore de légères difficultés posturo-motrices et de régulation tonico-émotionnelle, avec une légère hypertonie périphérique. Elle ne s'irrite et s'agite plus aussi rapidement, et le trouble du tonus a évolué positivement, permettant l'enroulement de son axe corporel et favorisant les acquisitions motrices. Cette évolution fait qu'elle peut s'apaiser plus rapidement, et entrer en relation avec l'autre, relation qu'elle cherche beaucoup.

La maman d'Awa est, quant à elle, rassurée vis-à-vis de l'état de sa fille, et souhaite ardemment un second enfant. Elle sourit beaucoup pendant les séances, prend plaisir à interagir avec sa fille, avec laquelle elle joue et discute. Elle rit en voyant sa fille expérimenter, et est toujours à l'écoute des conseils qui lui sont donnés.

La prise en charge d'Awa en psychomotricité s'arrête donc, mais elle est suivie en kinésithérapie parallèlement, et sera suivie par le RPSOF jusqu'à ses 7 ans.

II.2. Nadia

a) Anamnèse

Nadia est une petite fille née à terme le 9 novembre 2016, après une grossesse et un accouchement qui se sont bien déroulés, bien qu'elle soit née par césarienne suite à une circulaire du cordon ombilical. Elle est la fille unique de ses parents, qui sont algériens, et est gardée par sa mère au domicile. Le père de Nadia travaille en Algérie et rentre chaque week-end (vendredi et samedi) en France.

Nadia a été allaitée et nourrie au biberon jusqu'à ses 5 mois, puis uniquement au biberon. Elle présente un développement psychomoteur homogène, acquiert la marche vers 11 mois et dit ses premiers mots à peu près au même moment.

A 16 mois, Nadia est prise d'une forte fièvre, qui nécessitera une hospitalisation en urgence. Le diagnostic tombe rapidement : elle présente une encéphalite, qui se caractérise, d'après l'Académie nationale de médecine, par une « *atteinte inflammatoire et non suppurée de l'encéphale, dont la topographie et l'extension varient selon la cause, microbienne, virale ou parasitaire* ». Dans le coma, elle est intubée pendant une semaine et transférée en service de réanimation, où elle reste pendant 17 jours. Suite à cette maladie, Nadia perd la vue, ainsi que toutes ses acquisitions psychomotrices préalables, et développe une épilepsie qui se caractérise par des crises tonico-cloniques et des absences. Après 3 mois, Nadia récupère la vue, mais présente une paralysie du côté gauche et une thrombose dans la jambe droite.

Actuellement, Nadia n'est plus paralysée et la thrombose a été traitée. Elle porte des lunettes pour corriger un strabisme divergent de l'œil gauche. Sur le plan O.R.L., elle ne présente plus aucune problématique. Au niveau de son développement psychomoteur, elle présente les acquisitions d'un enfant de quelques mois.

Elle est prise en charge à raison d'une demi-heure, trois fois par semaine, par un kinésithérapeute en libérale. Son épilepsie est suivie par un neuropédiatre à l'hôpital, et un traitement antiépileptique et un régime cétogène sont mis en place, bien qu'ils ne soient pas encore efficaces, Nadia ayant encore des absences plusieurs fois par jour, et des spasmes importants la nuit. Les parents ne notent pas d'espacement particulier des absences depuis la mise en place des traitements, mais les crises sont un peu moins fréquentes. Des rendez-vous à l'hôpital sont fréquemment organisés pour modifier le traitement et surveiller le poids de Nadia, qui est en fort surpoids.

Nadia est actuellement sur liste d'attente pour intégrer un SESSAD, ses parents ont donc été orientés vers la psychomotricité en libéral en attendant cette intégration.

b) Bilan psychomoteur de Nadia

Je rencontre Nadia au cabinet le 10 janvier 2019, alors qu'elle a 26 mois. Ma maître de stage a alors déjà effectué le bilan. Un mois après cette rencontre, que je détaillerai ultérieurement, je décide d'inclure Nadia à mon mémoire, et effectue la passation d'un deuxième bilan psychomoteur fondé sur l'observation, et initialement prévu pour la tranche d'âge 0-1 ans. Ce bilan se déroule sur les séances du 21 et 28 février 2019, Nadia a donc 27 mois.

- Rythmes dans la journée : Nadia se réveille vers 8h30, fait une sieste de 1h à 1h30 après avoir mangé, le midi, et s'endort vers 22/23h le soir. Depuis son hospitalisation, Nadia dort dans le lit parental. Eveillée, elle est installée au sol, où ses parents (surtout la maman) la stimulent beaucoup afin de favoriser son développement, le grand-père paternel de Nadia, kinésithérapeute, leur ayant montré comment la solliciter. Ils observent encore plusieurs crises d'épilepsie par jour.

- Alimentation : Nadia suit un régime cétogène, et a donc des repas aux quantités et contenants prédéterminés qu'elle doit prendre le plus régulièrement possible. Elle doit aussi prendre son traitement antiépileptique deux fois par jour : à 9h30 le matin, et 21h30 le soir (heures fixes).

- Comportement global pendant les examens : Nadia est en état de veille calme pendant le bilan. Elle accepte facilement les mobilisations, cherche beaucoup la relation et est attentive à son environnement et aux autres. Elle est souriante et coopérative pendant le bilan, et facilement consolable les rares fois où elle pleure.

- Interactions, communication et socialisation : Nadia est très attentive, réagit à

son prénom et s'immobilise à la voix. Elle présente des comportements exploratoires, bien que limitée dans ses mouvements. Ses mimiques faciales sont riches, l'échange est soutenu, son regard étant accrochable et prolongé, et elle rit aux éclats et sourit spontanément ou en réponse de façon adaptée. Lors de comptine chantée, elle observe, gesticule ou fait bravo. Nadia vocalise et émet des sons différenciés, des syllabes dédoublées, et dit quelques mots isolés (papa, mama). Elle participe activement au jeu de cacher/coucou, et fait « au-revoir » de manière adaptée.

- Capacités de régulation tonico-émotionnelle : Nadia accepte le toucher corporel, la contenance, l'effleurement et l'enroulement. Ses capacités de régulation tonico-émotionnelle sont presque inexistantes, avec une hypotonie importante.

- Fonctions neuro-sensorielles et intégration sensorielle : La poursuite visuelle est obtenue facilement malgré un strabisme divergent de l'œil gauche (corrigé), l'orientation sonore est présente à droite et à gauche, et sa sensibilité vestibulaire est normale. Elle réagit de manière adaptée au contact d'un hochet. Elle accepte les stimulations de la zone orale et péri-orale.

- Posture, motricité et tonus : De manière spontanée, Nadia est en décubitus dorsal avec la tête à plat sur le sol, ses bras sont en mouvement, mais ses jambes non. Elle présente une plagiocéphalie occipitale discrète. Son activité motrice spontanée est pauvre, mais harmonieuse (les mouvements ne sont pas saccadés), et elle n'est pas capable de s'enrouler seule. Ses mains peuvent s'ouvrir et se fermer, mais, sans objets dans les mains, demeurent le plus souvent fermées avec parfois le pouce rétracté dans la paume. Elle ne bouge pas ses pieds.

Au niveau du tonus passif, Nadia présente une hyperlaxité et le signe du foulard, le talon oreille et l'angle poplité sont normaux. L'angle des adducteurs est exagéré. L'angle de dorsiflexion du pied est limité avec une cheville figée en extension. A la

palpation, les masses musculaires de Nadia sont molles, et le tonus de fond est à peine repérable.

Au niveau du tonus actif, les manœuvres du tiré assis, inverse du tiré assis sont normales. Mise en station assise, elle parvient à contrôler sa tête, mais son menton pointe en avant lorsqu'elle relâche ce contrôle, et son attitude cyphotique est anormale avec une tendance à s'effondrer en avant.

- Réactions posturales globales : Lors des retournements guidés par les membres inférieurs, Nadia participe peu aux retournements. Le mouvement est possible vers la droite et la gauche, et dissocié au niveau du bassin. En décubitus ventral, elle lève la tête et prend appui sur ses avant-bras, mains fermées. Elle semble à l'aise dans cette position, bien qu'elle nécessite un soutien pour la maintenir. Au cours de la manœuvre du tiré-assis latéral, Nadia redresse la tête et participe au mouvement à droite comme à gauche en prenant appui sur ses coudes, puis ses mains (ouvertes). Assise en trépied, elle tient avec soutien et ne présente pas de réactions de balanciers. Pendant la manœuvre de l'accroupi-debout, Nadia ne présente pas de mouvements spontanés de poussées et ses chevilles sont en hyperextension, elle parvient à redresser difficilement la tête. La suspension ventrale est très insuffisante.

- Préhension, coordination et motricité fine : Nadia a une prise palmaire et saisit l'objet au contact de sa main, le passe de la main à la bouche et d'une main à l'autre. Elle présente des mouvements dirigés de préhension et peut tendre ses mains vers un objet. Un objet en main elle regarde le second, s'en saisit aussi et peut regarder un troisième. Elle joue à secouer, jeter, à frapper deux objets entre eux, et à vider, les transvasements et encastements n'étant pas acquis. Elle retrouve un objet caché.

En *conclusion*, Nadia a un bon comportement global, avec une recherche importante de la relation. J'observe un trouble du tonus important avec une hypotonie

axiale et périphérique entraînant de fortes difficultés posturo-motrices et de régulation tonico-émotionnelle. Nadia présente ainsi un retard d'acquisitions motrices globales, de préhension et de coordinations motrices fines. De plus, elle désinvestit ses membres inférieurs et ne les bouge pas. Ses parents, qui parlent peu de leur vécu, ont un comportement adapté pendant la passation du bilan et interagissent beaucoup avec leur fille. Je note néanmoins que la maman a tendance à venir pousser du bout des doigts sa fille dès que j'initie un mouvement avec celle-ci, pour accélérer le changement de posture. Pour un suivi psychomoteur, le *projet thérapeutique* est de :

- Travailler sur l'hypotonie axiale et périphérique de Nadia afin de favoriser la régulation tonico-émotionnelle, et la motricité volontaire globale et fine.
- Travailler sur l'intégration du schéma corporel, et notamment des membres inférieurs.
- Proposer une guidance parentale aux parents qui, bien qu'adaptés dans la relation avec leur fille, semblent beaucoup la stimuler sans y associer de contexte ludique.

c) Ma rencontre avec Nadia

Alors que nous déjeunons, ma maîtresse de stage et moi, un jeudi de décembre, elle regarde son téléphone pour y découvrir cinq appels manqués d'un même numéro, qui lui est inconnu. Elle écoute le message vocal laissé, que j'entends également, et nous découvrons alors un bout de l'histoire de Nadia expliquée brièvement par sa mère dans l'espoir d'avoir un rendez-vous rapidement. Je considère ce moment comme ma première « rencontre » avec Nadia, puisque je me la suis représentée après ce message à partir de mon expérience auprès d'enfants polyhandicapés. Un peu moins d'un mois plus tard, lorsque ma maîtresse de stage m'a annoncée que je la rencontrerais réellement, elle m'a aussitôt prévenue que cette petite fille pouvait surprendre par le décalage existant entre sa taille et ses capacités, sans s'attarder sur celles-ci.

Le 10 janvier, nous allons donc accueillir Nadia et sa maman dans la salle d'attente, et je découvre une petite fille brune aux cheveux bouclés, extrêmement souriante et curieuse qui, du haut de sa poussette, observe attentivement son environnement. En me voyant elle se fige et reste focalisée sur moi, je me mets donc à sa hauteur pour la saluer et lui dire qui je suis. Elle tend alors sa main vers mon visage, les yeux grands ouverts, et je comprends sa fascination : je porte des lunettes, comme elle. Je m'approche pour qu'elle puisse les toucher et constater que ce sont les mêmes que les siennes (les modèles sont très proches) et elle vient poser une main timide dessus, avant de venir toucher les siennes. Son visage s'éclaire d'un grand sourire, auquel je réponds franchement, et elle se met à rire aux éclats. Je tends les bras vers elle, comme pour la prendre, afin de voir sa réaction, et elle se penche aussitôt en avant en ouvrant les siens pour que je le fasse. Les représentations que j'avais forgé disparaissent, laissant place à une réalité plus encourageante que celle à laquelle je m'attendais : Nadia interagit avec son environnement.

Je me présente également à la mère de Nadia, qui est souriante bien que réservée. Nous entrons dans le bureau, préparé pour l'arrivée de Nadia, et sa maman la sort de la poussette et la pose sur le tapis. En l'observant faire cette manœuvre, je remarque à quel point Nadia a l'air lourde, sa mère prenant garde à bien fléchir ses genoux avant de la soulever difficilement. Une fois au tapis, Nadia bouge peu, voire pas, et nous observe calmement. Nous nous installons toutes trois au tapis autour d'elle, et je remarque très rapidement dans la séance que la maman, que le beau-père, kinésithérapeute, a initié à certaines mobilisations, a tendance à reprendre ma maître de stage sur la manière dont le mouvement doit être accompagné chez Nadia, ou à pousser légèrement sa fille pour qu'elle complète celui-ci plus rapidement. Je suis surprise par cette attitude particulière, que je n'avais jamais observée chez un parent

en séance auparavant. Cela me pose vite question sur les stimulations proposées à Nadia chez elle, et je me demande si celles-ci sont ludiques ou non, et leur quantité. Néanmoins, je trouve la mère de Nadia très attentive à sa fille, qu'elle semble constamment porter par le regard, la voix (elle lui parle en arabe), ou le toucher.

Le père vient toujours en séance lorsqu'il est en France, et se présente comme un homme souriant, très à l'écoute de sa fille avec laquelle il joue et parle beaucoup. Il s'assoit en retrait du tapis, sur une chaise, et observe attentivement la séance depuis celle-ci. Nous l'avons invité à venir au tapis, mais il choisit de rester en retrait. Au cours des séances où il est présent, Nadia le cherche de temps en temps du regard et, lorsqu'elle le voit, fait un bisou dans le vide en souriant.

d) Prise en charge et évolution psychomotrice

La prise en charge de Nadia se fonde beaucoup sur le travail autour des différents niveaux d'évolution motrice (NEM), au cours desquelles on la stimule de sorte à ce qu'elle participe le plus possible aux enchaînements, mais aussi sur l'appropriation du bas de son corps, qu'elle désinvestit complètement.

Nous travaillons beaucoup autour des retournements, de la mise en station assise et du maintien de l'axe corporel avec Nadia, en utilisant son appétence pour les jouets et la relation pour la stimuler. Son hypotonie globale l'empêche de se mouvoir et de manipuler au mieux les objets, mais elle est très avide d'expérimentations et d'échanges. Acceptant facilement le contact, elle le cherche en tendant la main pour faire « check » ou en allant au contact de l'autre.

J'ai l'occasion de prendre dans mes bras Nadia et de constater par moi-même la difficulté du portage, Nadia « fondant » entre mes bras, son hypotonie importante contrastant beaucoup avec ma propre rigidification à son contact. Nadia n'adapte pas

du tout son tonus au mien, et me dévisage au début, avant de se laisser aller à rire et sourire alors que je joue au cacher/coucou avec elle.

Au niveau postural, Nadia tient très peu de temps en position assise en trépied, et finit par s'effondrer en avant, la contraction musculaire de son dos la fatigant beaucoup. Elle a également beaucoup de mal à se maintenir en trépied et ses bras se dérobent rapidement, empêchant le maintien de la posture. Lorsqu'elle tombe en avant, son hypotonie et son hyperlaxité l'empêchent de se remettre au sol, on doit donc l'accompagner dans le redressement de l'axe, puis le passage au sol par le côté.

Le 14 mars, je la mets en position assise par une manœuvre de tiré-assis latéral, et Nadia participe au redressement. Une fois assise, elle pose ses mains, ouvertes, d'elle-même pour avoir une position en trépied, et redresse la tête pour regarder sa mère et ma maître de stage, puis leur sourit. Je parle à Nadia pour la prévenir que je vais me placer derrière elle pour l'aider, et je me positionne de sorte à ce qu'elle ne puisse pas se reposer contre moi. Ma maître de stage vient lui proposer des jouets, et Nadia a du mal à coordonner ses gestes pour les attraper, et tend les deux bras simultanément. Je viens donc appliquer des pressions sur le bras lui servant d'appui, pour qu'elle puisse le maintenir comme il est pendant qu'elle dégage l'autre et attrape le jouet. Je me sers du toucher pour qu'elle prenne conscience de la place de son premier bras, et puisse utiliser le deuxième pour saisir. Lorsqu'elle relâche ses bras, les pressions lui permettent de se redresser d'elle-même. De même, quand son dos s'affaisse, je viens appliquer des pressions au niveau de celui-ci, entraînant chez elle un recrutement tonique et un redressement de la tête. Ce jour-là elle tient presque 10 minutes assise en trépied, sans se reposer une seule fois sur moi.

Nous travaillons beaucoup sur les retournements dos/ventre et ventre/dos depuis le début de la prise en charge Nadia. Nous présentons un jouet à Nadia, elle

mobilise alors sa tête en premier, avant de tendre le bras opposé vers le jouet, en croisant l'axe, et de relever sa tête en décollant légèrement son épaule. On place une première main sous cette épaule afin d'accompagner le haut de son corps, et de l'autre main on fléchit la jambe opposée au sens du retournement pour amener une rotation du bassin et du dos, et permettre le retournement. Cette manœuvre peut prendre du temps, car nous faisons attention à ce que Nadia soit actrice de ce changement de position et participe au mouvement. De même, lorsqu'on l'accompagne dans un retournement ventre/dos, on lui présente un jouet qui va stimuler son intérêt à se retourner. Elle positionne correctement ses bras seule, puis on va placer ses membres inférieurs dans la position adéquate pour qu'elle se retourne. Le retournement ventre/dos est plus fluide que dos/ventre, et Nadia y participe plus.

Le 21 mars, Nadia vient en séance avec son père, sans la maman. C'est la première fois que cela arrive, et le père nous explique que sa femme, très malade, est désolée de ne pouvoir être présente. Il pose Nadia au tapis alors que nous échangeons quelques mots, lui enlève son manteau et ses chaussettes, puis se relève. Comme d'habitude, des jouets sont à disposition sur le tapis et, sous nos yeux ébahis, Nadia se contracte et se retourne aussitôt pour se mettre sur le ventre et les atteindre. L'enchaînement est lent et harmonieux, les ceintures scapulaire et abdominale sont bien dissociées et, une fois sur le ventre, Nadia tourne en horloge pour prendre le jouet qu'elle veut. Son papa la regarde de manière attendrie et rigole en nous disant qu'elle reste de moins en moins sur le dos et explore leur salon en tournant sur elle-même. Ce début de séance m'a profondément marquée par ce sentiment de joie accompagnant les acquisitions de Nadia, sentiment également transmis par son père.

Pour favoriser l'investissement du bas du corps de Nadia, qu'elle ne bouge pas du tout spontanément, nous lui proposons plusieurs stimulations au niveau des jambes

et des pieds. La première chose que nous faisons, c'est ramener ses pieds sur son buste, lui permettant de les prendre dans les mains, de les toucher, et même de les mettre à la bouche. Nadia est très intéressée par ce moment de la séance où elle semble découvrir cette partie de son corps, qu'elle essaie tout de suite de mettre à la bouche. Nous lui montrons alors diverses balles et objets aux surfaces différentes, qu'elle explore d'abord avec les mains, avant que nous ne les lui passions sur les pieds. Elle observe très sérieusement ces stimulations et, chatouilleuse, réagit plus ou moins selon les objets en riant aux éclats. On passe aussi les objets sur ses jambes, et Nadia demeure très attentive à ce que l'on fait, et bouge généralement un peu les jambes. En décubitus dorsal, nous lui proposons également des exercices où elle soulève le bassin ou pousse contre nous avec ses jambes, afin de favoriser la mobilité de ses membres inférieurs et le renforcement musculaire de ses muscles extenseurs.

Début mars, tandis que sa mère nous explique comment s'est passée l'hospitalisation (dans le cadre du suivi de l'épilepsie) pendant que ma maître de stage la met au tapis, Nadia, très souriante et attentive, commence à pédaler dans le vide en nous observant discuter. Ses mouvements de jambes sont fluides, avec un recrutement tonique harmonieux, et Nadia manifeste beaucoup de plaisir à bouger ainsi ses jambes.

Lorsque nous travaillons les NEM, la mère de Nadia participe beaucoup en encourageant sa fille en arabe. Ma maître de stage lui a expliqué que l'objectif n'est pas de venir pallier au déficit musculaire de Nadia, mais bien d'encourager celle-ci à participer aux mouvements proposés (retournements, tiré-assis latéral...), même si cela prend plus de temps. Au fil des séances, la mère s'est donc autorisée à ne pas intervenir auprès de sa fille lors des enchaînements, ce qui lui permet de participer en tant que partenaire de jeu, non comme « rééducateur », favorisant le lien avec sa fille. Progressivement, elle prend de plus en plus une posture d'observateur, pose des

questions sur ce que l'on fait, et accueille les conseils donnés. Elle semble prendre beaucoup de plaisir à venir en séance de psychomotricité avec sa fille, pendant lesquelles elle joue avec celle-ci, et est un peu plus souriante et ouverte chaque fois.

Fin mars, un évènement de dernière minute a empêché la maman d'emmener sa fille à la prise en charge à l'heure, elle a donc téléphoné pour dire qu'elle viendrait pour les 15 minutes de séance restantes. Lorsque ma maître de stage a expliqué qu'il valait mieux annuler la séance pour cette semaine, la maman a répondu « je suis très embêtée, parce qu'elle aime vraiment venir vous voir toutes les deux et apprécie beaucoup les séances ». J'ai été très touchée d'observer que cette maman, au départ si impliquée dans la prise en charge « rééducative » de sa fille, semble plus affectée par le fait que celle-ci ne puisse profiter de sa séance hebdomadaire, que par le fait de rater une prise en charge paramédicale.

Depuis le début de la prise en charge en janvier, Nadia a déjà fait des progrès dans la régulation de son tonus et la maîtrise de son corps, et parvient de plus en plus à augmenter son tonus musculaire volontairement pour se mettre en mouvement. Cette évolution n'est pas uniquement le fait de la psychomotricité et est sûrement due à la prise en charge en kinésithérapie. Elle continue à évoluer rapidement et nous surprend un peu plus à chaque séance.

Par ailleurs, la prise en charge en psychomotricité vise aussi bien à accompagner Nadia que ses parents, et ceux-ci, notamment la mère, s'autorisent de plus en plus à profiter de la séance pour échanger et jouer avec leur fille. Nadia cherche beaucoup l'interaction avec ses parents pendant les séances, ce qu'elle ne faisait pas autant au début, et prend plaisir à imiter les gestes et, parfois, les sons que ceux-ci peuvent avoir.

DISCUSSION

I- L'IMPACT DES TROUBLES TONIQUES SUR LA RELATION PARENTS-ENFANT

En observant les relations parents-enfant au cours de mon stage, j'ai vite réalisé que les troubles toniques du bébé ont un fort impact sur la qualité des interactions entre parents et enfant. Cependant, selon le trouble et l'histoire de vie de l'enfant, on ne retrouve pas les mêmes problématiques au sein de la relation avec les parents. Je tenterai d'illustrer, pour chacun des cas exposés dans la partie clinique, l'impact que les troubles toniques du bébé ont sur sa relation avec ses parents.

I.1. Awa et sa mère

a) Retour sur la naissance traumatique d'une mère et sa fille

Comme nous l'avons vu, la naissance d'un enfant prématuré advient avant le terme de la grossesse. Awa étant née à 27 SA +1 jour, elle est considérée comme une prématurissime, avec un diagnostic vital engagé dans les premiers jours ayant suivi sa naissance. Cette naissance est traumatique pour le bébé prématuré, qui passe d'un milieu protégé où il est enveloppé et maintenu par sa mère, à un milieu où il est agressé par un environnement pour lequel il n'est pas suffisamment préparé (cf. pages 21-22).

Cette naissance est également traumatique pour les parents, qui sont soudainement projetés d'une parentalité en construction à une parentalité efficiente. L'enfant imaginaire est réel et il n'est plus temps de le fantasmer, comme le rappelle brutalement l'environnement médicalisé dans lequel évoluent mère et bébé pendant les premières semaines suivant l'accouchement. Le stress, l'angoisse et les autres

émotions ressentis par les parents lors de la venue au monde prématurée d'un bébé peuvent compromettre leurs interactions, les parents n'étant pas disponible pour rencontrer leur bébé. De plus, l'enfant étant très immature, il n'est pas en mesure d'être actif dans les interactions avec ses parents, interactions que nous savons fondamentales pour la construction de la parentalité. Le parent, au même titre que l'enfant, « *naît prématurément* » et doit achever sa construction en dehors du cadre de la grossesse, accompagné pour cela des professionnels de santé.

*« A l'angoisse de la mort toujours présente, à l'angoisse du devenir, s'ajoutent la souffrance liée à la séparation ressentie comme un arrachement brutal, la blessure narcissique de ne pas avoir mené la grossesse à son terme, le sentiment de culpabilité devant la souffrance physique et psychique du bébé, le sentiment d'incompétence pour s'occuper de son propre enfant, renforcé par la réticence à simplement toucher le corps du bébé dans un environnement de haute technicité. Le traumatisme psychique qui en résulte reste souvent profond »*⁶³, et c'est ce dont témoigne la mère d'Awa lorsqu'elle parle de la naissance de celle-ci comme d'un événement inattendu, difficile, stressant, qui lui a fait remettre en question sa capacité à être une mère suffisamment bonne. Son accouchement ayant été déclenché parce que sa fille ne grandissait plus in-utero, j'ai ressenti chez cette mère une forte culpabilité mêlée à un sentiment d'impuissance. Pendant les deux premières séances auxquelles j'assiste, elle ne prend la parole que pour discuter de l'environnement médical et paramédical dans lequel évolue Awa, comme si son quotidien se résumait à celui-ci, et sûrement est-ce le cas pour cette maman si envahie par les problématiques de sa fille. Cet envahissement rend sa disponibilité au dialogue avec Awa d'autant plus compliquée.

⁶³ VASSEUR, R. & DELION, P., 2010, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans.*, Toulouse: Erès, p. 46

b) Un dialogue difficile

Le fait qu'Awa soit née prématurément compromet l'évolution de son tonus, mais aussi la mise en place des mécanismes de régulation de celui-ci. Comme nous l'avons vu en partie clinique, Awa a développé une hypertonie axiale et périphérique qui a considérablement entravé ses capacités d'auto-régulation. Lorsque je la rencontre, c'est une enfant en état d'hypervigilance qui peine à s'apaiser dès lors qu'elle s'agite et pleure. Le mécanisme de régulation tonique sur lequel elle pourrait donc le plus se reposer est l'interaction avec le milieu humain (cf. page 14) via la mise en place d'un dialogue tonico-émotionnel avec les adultes qui l'entourent, et notamment ses parents. Néanmoins, je remarque rapidement que la mère d'Awa, elle aussi en état d'hypervigilance et prête à réagir au moindre signe d'agitation de sa fille, est assise de manière extrêmement raide lors de la première séance. A un moment donné, elle prend sa fille dans les bras, dos à elle, la tenant sous les épaules tandis qu'elle la place contre son buste. Cette position semble très inconfortable pour la maman, qui est en extension pour la maintenir. Elle explique que c'est l'un des rares portages qu'Awa tolère sans se débattre, qu'elle est obligée de l'adopter si elle veut pouvoir la calmer. Je me suis alors demandée si l'hypertonie d'Awa, dont l'origine est la prématurité et ce qu'elle implique (cf. page 22), n'enferme pas cette dyade « *dans une spirale relationnelle négative* »⁶⁴ au sein de laquelle l'hypertonie de l'une entraîne l'hypertonie de l'autre, et inversement.

De plus, la mère d'Awa n'ayant pu expérimenter les interactions avec sa fille de manière précoce, la mise en place du dialogue tonique entre elle et Awa a été compromise très tôt dans le développement de la dyade mère-bébé. Or, ce dialogue

⁶⁴APTER-DANON G. & JARICOT B., 2004, Le dialogue tonico-émotionnel parents-bébé : une mise en scène de l'intersubjectivité, In: *Evolutions psychomotrices*, vol 16 (63), p. 31

(cf. page 17) va permettre à parent et enfant de reconnaître et anticiper les états toniques l'un de l'autre et, à terme, amener l'enfant vers la symbolisation de ses ressentis. Un dialogue tonique difficile, voire impossible, participe donc à l'enfermement des enfants dans un état tonique particulier, mais aussi à la dévalorisation des mères qui sont « *épuisées physiquement et psychiquement par un enfant qu'elles ne comprennent pas ou peu, et qui les déroutent dans leur capacité à être mère* »⁶⁵. La maman d'Awa nous partage qu'elle a l'impression de faillir à sa fille, de ne pas être suffisamment bonne pour accompagner le développement de celle-ci, et le fait que cette dernière soit hypertonique vient lui confirmer cela, l'enfermant dans ce versant dépressif. Ce dialogue difficile entre mère et fille a un impact important sur l'harmonisation du tonus d'Awa et ses acquisitions posturo-motrices, sur la construction de la parentalité de la maman qui peine à remplir ses fonctions (cf. page 27), et sur la qualité de la relation parent-enfant.

I.2. Nadia et ses parents

a) Le choc de la maladie

Nadia, contrairement à Awa, est née à terme et en bonne santé, et s'est bien développée durant ses 16 premiers mois de vie. Au cours de ces premiers mois, les interactions précoces entre Nadia et ses parents ont pu se mettre en place, et la relation parents-enfant s'est construite. Bien que ses parents évoquent rarement leur vécu autour de l'hospitalisation de Nadia et des conséquences de sa maladie, je suis convaincue que ces événements ont modifié les interactions qui existaient dans la triade père-mère-bébé. En effet, l'enfant est investi, dès sa naissance, des projets de

⁶⁵ BUIL, A., in Albaret, J.-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2018, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 4.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 371

ses parents, qui s'imaginent son évolution. « *Lors d'une atteinte grave de la santé, ce projet est remis en question. Cela ne concerne donc pas seulement l'évolution de l'enfant mais aussi les aspirations et les attentes ou les projections des parents eux-mêmes. Ils vont se retrouver sur le terrain de leurs propres angoisses face à la mort. [...] L'anxiété parentale se manifeste alors par des attitudes d'excès de protection, de restriction ou d'indulgence* »⁶⁶, et les parents peuvent aussi bien se laisser dépasser par les problématiques de l'enfant qu'être adaptés dans leur réponse à celles-ci. Un deuil de l'enfant sain doit être fait, notamment lorsque la maladie implique de graves séquelles neurologiques comme dans le cas de Nadia. Les projets pour l'enfant sont cruellement effacés par la maladie, et la menace de mort planant sur celui-ci empêche les parents de s'autoriser à prévoir un futur avec leur bébé.

Le père ne s'exprime pas sur cette période à l'hôpital. La mère de Nadia, quant à elle, témoigne du choc qu'a été l'hospitalisation de sa fille, mais ajoute qu'elle a pu être entièrement disponible à Nadia et à ses soins grâce au soutien des soignants, de sa famille, mais aussi de sa foi. Elle s'est, par ailleurs, beaucoup renseignée sur le vocabulaire médical pour pouvoir échanger au mieux avec les professionnels de santé, et a décidé de tout mettre en œuvre pour que sa fille récupère rapidement. Cependant, elle explique ne pas aimer parler de l'époque où sa fille n'était pas malade, parce que ça la ramène à une vision de Nadia qu'elle n'aura peut-être plus. Elle dit aussi refuser de se projeter avec sa fille, de peur de tenter le mauvais sort, ou d'avoir à essuyer une déception encore plus grande. Lors d'une séance où Nadia est attirée par le collier de ma maître de stage, qu'elle touche et regarde fixement, celle-ci lui dit qu'elle en aura un quand elle sera plus grande. J'ai remarqué qu'à ces mots, les lèvres de la maman

⁶⁶ LONG N., 2003, Parents d'enfants hospitalisés pour des raisons somatiques : la parentalité en question, In: *Thérapie Familiale*, vol. 24(3), p. 263

se sont pincées, et elle a murmuré « Si Dieu le veut » en arabe. J'ai compris que la blessure infligée par la maladie est bien plus grande que ce que son mari et elle laissent à percevoir. Néanmoins, ces parents sont très adaptés dans leur fonction parentale respective, et très attentifs aux manifestations psycho-corporelles de leur fille, avec laquelle ils interagissent avec un plaisir manifeste.

b) L'influence des différentes stimulations

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, l'anxiété des parents peut se manifester par un excès de protection et, de ce fait, une volonté plus ou moins consciente de permettre à l'enfant de rattraper aussi vite que possible son retard. La mère de Nadia a très rapidement partagé avec nous cette volonté qu'elle a de faire son maximum pour que sa fille, qui présente un déficit musculaire important, récupère en masse musculaire et progresse. C'est d'ailleurs en ce sens qu'elle s'est formée auprès de son beau-père, kinésithérapeute, aux mobilisations nécessaires à la stimulation de Nadia. Je constate très rapidement que la maman est dans une stimulation quasi-constante de sa fille qui, très fatigable du fait de son hypotonie importante et de son épilepsie, n'est pas toujours en mesure de répondre à cette stimulation. Lorsque Nadia est fatiguée, elle demeure allongée sur le dos, refuse de participer aux propositions, et fuit les interactions avec son environnement. Je me pose alors la question de l'influence réciproque existant entre l'hypotonie de Nadia, dont l'origine est essentiellement neurologique, et les stimulations proposées par la maman. Est-ce que l'excès de stimulation visant à réharmoniser le tonus de Nadia ne vient pas, ponctuellement, entraîner chez celle-ci un désinvestissement relationnel renforçant son hypotonie (cf. page 21) ? Ce désinvestissement, par ailleurs, frustré la maman les rares fois où il advient, maman qui désinvestit alors à son tour la relation avec sa fille, si peu coopérative dans la prise en charge. La surstimulation, car je considère que, au

début de la prise en charge, on peut parler de surstimulation, de Nadia par sa mère constitue parfois un frein à leur relation.

De plus, Nadia présentant une hypotonie importante et un surpoids, elle est très peu portée. Lorsqu'un adulte la prend dans les bras, l'hypertonie engendrée chez cet adulte par le poids de Nadia permet à celle-ci d'expérimenter, d'une certaine manière, l'hypertonie, ne pouvant faire cette expérience par elle-même. Le fait que Nadia soit rarement prise dans les bras limite donc cette expérience. J'observe que son père la porte beaucoup plus que sa maman, qui se plaint de douleurs au dos et aux genoux à force de soulever sa fille. Le portage ne semble plus être un plaisir pour cette maman puisqu'il constitue une source de douleurs articulaires, mais aussi musculaires par l'hypertonie qu'il engendre. Certaines interactions corporelles s'en voient d'autant plus compromises, puisque Nadia les expérimentent très peu avec ses parents et que le dialogue s'établissant *via* ces interactions n'est pas efficient. L'ajustement tonique avec Nadia est difficilement réalisable, ce qui influence nécessairement les échanges et adaptations observables dans la triade père-mère-bébé.

II- INTERETS DE L'INTERVENTION DU PSYCHOMOTRICIEN

L'intervention précoce permet de proposer à l'enfant un cadre dans lequel il peut expérimenter et explorer en toute sécurité, soutenu et accompagné par le psychomotricien. Cette intervention a pour vocation de favoriser le développement psychomoteur des enfants, mais aussi d'offrir aux parents un soutien.

II.1. L'intervention auprès du bébé

L'un des objectifs de la prise en charge d'un bébé présentant un trouble du tonus est de l'accompagner dans ses acquisitions posturo-motrices en lui proposant

plusieurs expériences sensori-tonico-motrices. Le psychomotricien se fonde sur les élans de l'enfant vers son environnement pour le solliciter, et son action diffère en fonction du trouble de l'enfant : hypertonie ou hypotonie.

a) Une mise en jeu du corps

J'ai très vite remarqué à quel point l'adhésion de l'enfant, quel que soit son âge, était importante en séance de psychomotricité. Ainsi, le psychomotricien prend en compte les manifestations et élans de l'enfant vers un jouet, une comptine, un son, etc. pour organiser et ajuster sa prise en charge. « *Le psychomotricien a un savoir-faire du jeu* »⁶⁷, la séance de psychomotricité est donc un moment où l'enfant va jouer. J'ai ainsi pu observer tout au long de mon stage que les bébés, comme les parents, savent, en nous voyant arriver chez eux ou en entrant dans le cabinet, qu'ils vont prendre du plaisir. Awa, Nadia et les autres bébés que nous avons pris en charge nous accueillent presque toujours avec de grands sourires, et certains boudent lorsque la séance touche à sa fin. Dans le jeu, tous les niveaux d'interactions comportementales (cf. page 25) sont sollicités et le psychomotricien, qui a une fonction de symbolisation pendant la séance, donne du sens au jeu. Lors de cette mise en mot, le bébé reçoit une interprétation de ses expériences, ce qui lui permet de mieux intégrer celles-ci pour pouvoir, progressivement, se les représenter et les prévoir (cf. page 17).

En jouant, nous favorisons également les explorations toniques et corporelles des enfants, car « *ces jeux sont en lien direct avec leur sensorialité, leur psychomotricité qu'ils découvrent. Jouer, alors, c'est faire l'expérience de Soi, explorer ses contours, ses limites, ses possibilités, de mouvements en émotions. Jouer, c'est agir. C'est être* »⁶⁸. Les jeux sont en lien direct avec la sensorialité de l'enfant, qui y

⁶⁷ POTE L C., 2010, *Être psychomotricien*, Paris: Eres, p. 352

⁶⁸ BEN SOUSSAN P., 2002, *Enjouer les bébés !*, In: *Spirale*, n° 24(4), p. 16

découvre son corps et son environnement avec plaisir. Lors d'une séance où je propose à Nadia, en décubitus dorsal, de me repousser avec ses jambes que j'ai préalablement fléchies pour poser ses pieds contre moi, celle-ci rit aux éclats dès que je m'exclame « Tu es trop forte je suis encore tombée ! ». Sa poussée entraîne ma « chute » et mon exagération la fait rire : nous jouons en travaillant, elle prend donc plaisir à mobiliser le bas de son corps initialement désinvesti. Ici, le jeu a été moteur de la mise en mouvement de Nadia.

b) En cas d'hypertonie : Awa

L'hypertonie représente un frein à l'accès aux différents NEM, mais aussi à l'autorégulation (cf. page 22). La première action du psychomotricien va être d'amener le bébé à sortir de sa position en hyperextension en lui proposant des postures et installations dans lesquelles l'enfant peut se regrouper et s'enrouler. « *C'est sur cette posture regroupée qu'il construit ses schémas moteurs de base, ses coordinations sensori-motrices, en particulier la coordination main-bouche, ses interactions avec le milieu humain, et qu'il réalisera plus tard une première unification de ses sensations corporelles* »⁶⁹. C'est ce que nous avons fait avec Awa *via* les exercices décrits dans la partie clinique, mais aussi en initiant sa mère à des installations et portages en schéma d'enroulement. Si, au début de la prise en charge, Awa accepte peu ces postures regroupées et s'agite, la « *mise en jeu* » de leur répétition a permis leur intégration progressive. Lors des dernières séances, Awa adopte volontairement ces postures et peut les maintenir longtemps. Sa mère nous a également confié qu'elle s'apaise plus aisément lorsque portée en enroulement.

Parallèlement au travail en enroulement, Awa acquérait de plus en plus de

⁶⁹ VASSEUR, R. & DELION, P., 2010, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans.*, Toulouse: Erès, p. 61

fluidité dans ses mouvements, et a pu accéder à d'autres NEM. L'accompagnement de ces enchaînements, que nous décomposons pour qu'elle puisse expérimenter au mieux les différentes postures et déséquilibres qu'ils engendrent, a favorisé les schémas d'enroulement et les attitudes exploratoires. Awa cherche à découvrir non seulement l'environnement, mais aussi les autres, qu'elle sollicite de plus en plus dans ces jeux et mouvements, pour le plus grand plaisir de sa mère.

c) En cas d'hypotonie : Nadia

L'hypotonie, comme l'hypertonie, affecte le développement psychomoteur de l'enfant (cf. page 20) qui, du fait de son déficit musculaire, ne peut expérimenter librement et peut sembler passif. « *Plus l'enfant renforce cette tonicité axiale, plus il va pouvoir avoir des désirs et les réaliser, investir sa curiosité et l'agir* »⁷⁰, les stimulations proposées par le psychomotricien ont donc pour objectif de renforcer le tonus musculaire de l'enfant ou de mettre en place des stratégies pour combler ce manque de tonus. Avec Nadia, nous effectuons un travail sur les NEM afin de stimuler ses chaînes musculaires. Lorsque nous initions avec elle un changement de posture, nous sommes attentifs à la contraction des muscles sollicités, et faisons en sorte qu'elle soit le plus possible génératrice du mouvement. Ces sollicitations sont proposées ludiquement et Nadia, motivée par les jouets, participe d'autant plus à celles-ci. Au fur et à mesure de la prise en charge, elle parvient à recruter suffisamment son tonus pour changer de posture seule (retournements), et elle est de moins en moins fatigable lors des propositions. Progressivement, elle parvient à se mettre en mouvement volontairement et à maintenir les postures, sous les encouragements de ses parents.

Les stimulations des membres inférieurs de Nadia ont également permis à celle-

⁷⁰ POTEL C., 2010, *Être psychomotricien*, Paris: Eres, p. 115

ci de redécouvrir les possibilités de mouvement de ses jambes. Cela participe à l'évolution de sa motricité, puisqu'elle peut mobiliser ses membres inférieurs consciemment lorsqu'elle veut changer de posture.

II.2. Le soutien à la parentalité

a) La séance de psychomotricité : un espace de rencontre

La prise en charge en psychomotricité d'un bébé ne saurait être effectuée sans la présence d'au moins un parent, puisque la salle de psychomotricité est avant tout un espace de rencontre et de découverte pour la triade père-mère-bébé. Lorsque le psychomotricien rencontre la triade, ou dyade, il porte son attention sur tous les membres de celle-ci, tous acteurs de la prise en charge. La première rencontre est celle du bilan, au cours de laquelle le psychomotricien est à l'écoute des parents et du bébé (cf. page 30) pour pouvoir déterminer le plus précisément possible l'origine de la demande. Pendant les séances, le psychomotricien va pouvoir pointer du doigt au parent ce qui ne va pas chez l'enfant, mais surtout valoriser les capacités et progrès de celui-ci. Progressivement, en amenant l'enfant à montrer ses compétences, le psychomotricien accompagne les parents dans la reconnaissance, le soutien et l'encouragement de celles-ci. *« Ce faisant, ils participent à l'élan narcissique de leur enfant en lui renvoyant en miroir leur émerveillement. Cet émerveillement est animateur d'une relation puissante où le partage émotionnel entraîne la spirale interactive »*⁷¹. L'enfant, narcissisé par cette valorisation du psychomotricien, va renarcissiser ses parents dans leur rôle de parent d'un enfant en développement.

De plus, en interagissant avec le bébé, le psychomotricien établit un dialogue

⁷¹ ANZIEU-PREMMEREUR C., 2004, Le jeu dans les thérapies parents-bébés, In: *Revue française de psychanalyse*, vol. 68(1), p. 147

tonico-émotionnel lui permettant d'adapter la prise en charge et d'éclairer les éprouvés de l'enfant. Cette mise en mots est primordiale pour celui-ci, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, mais aussi pour le parent qui, lorsque la prise en charge débute, se sent parfois incapable d'interpréter les manifestations corporelles de son enfant. Le psychomotricien devient alors médiateur de la relation entre le parent et l'enfant et accueille leurs éprouvés en assurant le lien entre eux *via* le dialogue tonico-émotionnel. Le psychomotricien a alors un rôle de « « *métaphorisation sensoritonique* » des éprouvés »⁷² de parents et enfant. Dans le cas de la maman d'Awa, celle-ci était complètement déroutée par les pleurs de sa fille, dont elle ne comprenait pas l'origine, et ne parvenait pas à y mettre du sens. Le dialogue était difficile, la mère était fatiguée, et elle se sentait incapable de calmer sa fille. Ma maître de stage, en mettant des mots sur les différents éprouvés d'Awa au cours des séances, a également permis à la mère, petit à petit, d'élaborer psychiquement autour des manifestations de sa fille, et de les interpréter à son tour. Le dialogue a pu se rétablir, et la mère a pu rencontrer sa fille autrement, favorisant leur relation.

b) Une ouverture au jeu entre parents et enfant

Comme nous l'avons vu, le jeu est primordial dans l'action du psychomotricien. M. PERRIER-GENAS dit ainsi que « *parfois, les séances de psychomotricité sont le premier lieu où le jeu fait son apparition entre le parent et l'enfant* »⁷³. Le psychomotricien utilise le jeu comme élément clef pour solliciter l'enfant, mais aussi pour étayer l'élan psychomoteur entre enfant et parents et soutenir les interactions (*cf.* page 25) entre ceux-ci. Souvent, j'ai remarqué que les parents de bébés adressés en

⁷² APTER-DANON G. & JARICOT B., 2004, Le dialogue tonico-émotionnel parents-bébé : une mise en scène de l'intersubjectivité, In: *Evolutions psychomotrices*, vol 16 (63), p. 32

⁷³ PERRIER-GENAS M., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 15

psychomotricité pour un handicap ou un retard ne savent pas, ou plus, jouer avec leur enfant. La dimension ludique de la prise en charge peut alors déstabiliser certains parents. Ça a été le cas de la mère de Nadia, à qui nous devons systématiquement expliquer l'intérêt de certains jeux pour sa fille (bulles, vider une bassine de jouet...). Au fur et à mesure des séances, elle s'est néanmoins « laissée prendre au jeu », et a commencé à participer aux séances non plus uniquement comme partenaire de prise en charge, mais comme partenaire de jeu pour Nadia. La séance est devenue un espace de plaisir partagé et d'ouverture au jeu.

En jouant avec leur enfant, les parents accompagnent celui-ci et favorisent son développement psychomoteur. « *Restaurer le pouvoir de jouer chez les parents leur permet de retrouver la confiance dans la capacité d'élever l'enfant, d'inventer les rêves nécessaires à son support narcissique* »⁷⁴. Le psychomotricien accompagne les parents dans le jeu, leur permettant de s'ajuster aux propositions de leur enfant. L'enfant est narcissisé par le regard et l'investissement de ses parents, et les parents renarcissisés par le désir de jouer de leur enfant. Le jeu constitue donc à lui seul un soutien à la parentalité, puisqu'il permet la narcissisation des parents et la mise en place d'interactions comportementales entre parents et enfants.

c) Un moment d'écoute et d'échanges

Le psychomotricien, par sa disponibilité psycho-corporelle au sein du cadre thérapeutique (*cf.* pages 30-31), offre aux parents un espace où ils peuvent s'exprimer librement sur leurs ressentis et difficultés. Lors des séances, la mère d'Awa livre rapidement ses inquiétudes quant à l'avenir de sa fille, qu'elle ne s'imagine pas évoluer. Nous accueillons ces angoisses et tentons de rassurer la maman en lui

⁷⁴ ANZIEU-PREMMEREUR C., 2004, Le jeu dans les thérapies parents-bébés, In: *Revue française de psychanalyse*, vol. 68(1), p. 150

montrant les capacités de sa fille. Nous ne nous prononçons pas sur le futur, puisqu'il est impossible de prévoir l'évolution d'un enfant sur le long terme, mais mettons l'accent sur le présent et les compétences actuelles d'Awa, tout en donnant des conseils quant aux portages et stimulations les plus adaptées à son cas. De même, lorsque cette maman confesse son sentiment d'incapacité vis-à-vis de sa fille, nous avons un rôle de valorisation de ses compétences en tant que mère. En recevant les craintes de cette maman, nous permettons l'élaboration d'une alliance thérapeutique de qualité, et donc la mise en place d'un échange. Cet échange représente un moteur de la prise en charge de bébés, puisque le psychomotricien peut ainsi présenter aux parents des stimulations adaptées pour leur enfant, et prévenir les sur- et sous-stimulations. Par ailleurs, par le biais des conseils qu'il donne et de son écoute, il soutient les parents dans leur rôle (*cf.* page 35).

III- LES LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE

J'ai très rapidement rencontré, au cours de mon stage, des difficultés nuisant au bon déroulement de la prise en charge en psychomotricité de bébés, qui m'ont beaucoup questionnée. Ces difficultés, dues à plusieurs facteurs, peuvent affecter la prise en charge, mais sont inévitables et représentent donc des limites.

III. 1. Liées à l'enfant

Les enfants en bas-âge présentent des rythmes spécifiques qui, s'ils ne sont pas respectés, peuvent venir entraver les séances de psychomotricité. On distingue ainsi chez les bébés cinq différents niveaux de vigilance (*cf.* page 13). Selon le stade dans lequel l'enfant se trouve, la séance sera plus ou moins possible, puisque, par exemple, un enfant en état de sommeil calme ne sera pas réceptif aux sollicitations du

psychomotricien. Néanmoins, ces cinq stades ayant « *une organisation cyclique. Ils se répètent selon une séquence particulière, indépendante du hasard* »⁷⁵, il est possible de prévoir le moment de la journée où l'enfant sera le plus disponible. Le psychomotricien doit donc convenir avec les parents d'un horaire pendant lequel l'enfant devrait être en état de veille calme, le rendant disponible à la séance.

Le niveau de vigilance de l'enfant n'est cependant pas l'unique facteur entraînant un manque de disponibilité chez celui-ci, on retrouve également la maladie, la douleur (dents qui percent), la faim, la soif, la fatigue, les événements de vie... Tous ces éléments peuvent affecter la disponibilité du bébé aux sollicitations, qu'elles viennent du psychomotricien ou des parents. Dans ces situations, le psychomotricien doit adapter sa séance à l'état de l'enfant, voire l'annuler selon la disponibilité du bébé. Ça a été le cas pour Awa qui, vers la fin de la deuxième séance a soudainement commencé à s'agiter. Elle râle, refuse les stimulations, pleure, jette les jouets et, rapidement, se met à crier. Cela me surprend, ne comprenant pas à quoi les cris sont dûs. La maman la prend et nous explique alors qu'elle a eu son biberon plus tôt ce matin-là. Je réalise alors qu'elle a faim, entraînant ce changement de comportement brutal. La séance, qui touchait à sa fin, ne sera pas poursuivie face aux pleurs d'Awa.

III. 2. Liées aux parents

Il y a toujours au moins un parent présent en séance lors de la prise en charge en psychomotricité d'un bébé. A domicile ou au cabinet, le parent est un partenaire privilégié du psychomotricien et est invité à participer activement aux séances. Comme pour les bébés, cela sous-entend une disponibilité suffisante chez le parent pour

⁷⁵ VASSEUR, R. & DELION, P., 2010, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans.*, Toulouse: Erès, p. 57

intervenir dans la séance et interagir. Lorsque le parent n'est pas en capacité d'être attentif et réceptif à la prise en charge pour des raisons physiques ou psychiques, il peut transmettre son état tonico-émotionnel à l'enfant par le biais des interactions qu'il a avec celui-ci, affectant son niveau de vigilance. Cela peut limiter la prise en charge. Ainsi, un jour où Nadia arrive au cabinet avec son père et sa mère, je remarque aussitôt que la maman de Nadia paraît très pâle. Dans la salle de psychomotricité, père et mère s'installent tous deux en retrait, ce qui m'étonne puisque la maman vient toujours au tapis avec nous. Nadia regarde sa mère de loin, les sourcils froncés. La maman nous explique alors qu'elle a une rage de dent et qu'elle souffre beaucoup, elle a donc choisi de venir sans participer. Pendant toute la séance, Nadia sera agitée et cherchera le regard de ses parents, délaissant la plupart des propositions que nous lui faisons et évitant certaines sollicitations. J'observe à quel point l'état de sa mère affecte Nadia, affectant sa disponibilité pour la séance.

J'ai également pu observer au cours de mon stage que certains parents, avec qui l'alliance thérapeutique n'a pas pu se construire pour des raisons qui ne me sont pas toujours connues, n'accueillent aucunement les conseils que l'on donne dans le cadre d'une guidance parentale. Dans ces cas-là, des postures et installations à éviter sont maintenues par les parents, ce qui peut compromettre fortement l'évolution d'une prise en charge, notamment dans la prise en charge de troubles du tonus.

Je pense à Issam, petit garçon de 8 mois adressé pour un retard de développement psychomoteur par son pédiatre. Ses parents nous le présentent comme un enfant fainéant et capricieux qui, contrairement à son frère jumeau, ne fait pas d'effort pour évoluer. Etonnée, je n'ose rien dire, mais ma maître de stage poursuit l'échange calmement, en signalant que ce n'est probablement pas la faute de leur fils s'il est « en retard » par rapport à son frère. Pendant le bilan, nous remarquons rapidement

qu'Issam présente une hypotonie globale. Les parents, en recherche de conseils pour que leur fils aille mieux, écoutent les nôtres très attentivement et les mettent rapidement en place. Néanmoins, dès la deuxième séance, la mère nous demande quand elle pourra mettre Issam dans le trotteur, pour qu'il puisse se déplacer seul et qu'il ne pleure plus dès qu'il est coincé dans une position. Nous l'informons sur les dangers du trotteur pour le développement de l'enfant, et ajoutons qu'Issam, qui tient difficilement assis, n'est pas prêt à être debout. La maman nous fait aussitôt remarquer que si elle veut mettre son fils dans le trotteur nous n'avons rien à y redire. Par ailleurs, elle nous annonce que, depuis que son mari et elle ont décidé de laisser pleurer Issam lorsqu'il était inconfortable dans une position, celui-ci faisait plus d'efforts pour s'en sortir seul. Nous lui demandons combien de temps son fils pleure-t-il et, à sa réponse (15-20 minutes), nous tentons de lui faire comprendre qu'il n'est pas bon de laisser un enfant s'agiter trop longtemps. La maman ne nous répond pas et change de sujet de conversation, ce qui me laissera très incertaine sur le devenir de cette prise en charge.

III. 3. Liées au psychomotricien

« Le thérapeute devra par ses communications non verbales offrir [sic] les signaux de sécurité posturaux et faciaux qui constituent un rituel d'accueil qui signifie qu'on est le bienvenu, que l'on est disposé à satisfaire certaines attentes, en l'occurrence son aide »⁷⁶.

La prise en charge repose sur l'investissement psycho-corporel et la structure psychique du psychomotricien (cf. page 31), et « *notre voix [...], notre tonicité, notre musculature, nos propres résonnances toniques et respiratoires, sont forcément*

⁷⁶ CORRAZE J., in Albaret, J-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F., 2015, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1.*, Paris: De Boeck-Solal, p. 341

convoquées et parfois de façon douloureuse »⁷⁷ au cours des séances. Le psychomotricien accueille les éprouvés de plusieurs patients quotidiennement, la qualité de son investissement psycho-corporel peut donc se dégrader au fil des séances, selon l'importance des tensions, angoisses, colères qu'il a pu recevoir. Travaillant avec son corps et prêtant son psychisme au patient, si sa disponibilité physique ou psychique est compromise, le cadre de la séance s'en voit donc affecté et la résonance en écho des éprouvés de l'enfant chez le psychomotricien peut être altérée. La communication non verbale du psychomotricien n'a pas la même qualité, et l'enfant et le parent le ressentent. Les interactions avec le bébé (*cf.* page 33) sont plus difficiles à mettre en place, le psychomotricien étant trop parasité par ses propres problématiques. J'ai ainsi été confrontée à cette situation lorsque, en période d'examens, je n'ai pas su écarter suffisamment mes problématiques liées à l'appréhension des écrits dans ma prise en charge des patients. Ainsi, lors de la séance d'une enfant de 6 ans présentant des difficultés de régulation tonique, j'ai été incapable de réguler correctement mon tonus pour qu'un ajustement tonique se fasse entre nous. J'étais plus raide que cette jeune fille, rendant difficile l'abaissement de son propre tonus, et n'ai pas été capable d'assurer le bon déroulement de la séance.

III. 4. Liées au contexte du cabinet libéral

Exercer en libéral présente plusieurs inconvénients que l'on retrouve moins dans les structures spécialisées. Les séances de psychomotricité étant financées par les parents dans la plupart des cas, ceux-ci peuvent choisir à tout instant de mettre fin à la prise en charge. La prise en charge est donc dépendante des parents, qui établissent la demande dès la première séance et peuvent décider à tout moment de

⁷⁷ POTEL C., 2010, *Être psychomotricien*, Paris: Eres, p. 343

limiter, voire stopper, la prise en charge. Je me suis beaucoup questionnée sur ce fonctionnement, qui me semble paradoxal. Lorsqu'une prise en charge est débutée et soudainement interrompue, malgré les inquiétudes quant au développement psychomoteur d'un enfant, comment réagir et accepter ? Il arrive parfois que le psychomotricien, en lien avec les autres partenaires de soins, puisse resolliciter la famille pour une reprise de la prise en charge, mais je l'ai très peu observé.

Je repense à Issam, évoqué un peu plus haut. Après nos trois séances de bilan, un rendez-vous est pris pour une quatrième car, bien qu'Issam ait rapidement progressé, nous pouvons encore travailler avec lui et ses parents. Cependant, le jour même de la séance, les parents ne se présentent pas et, lorsque ma maître de stage les appelle, expliquent qu'Issam n'en a plus besoin et qu'ils ne viendront plus. Je me demande depuis comment Issam a évolué, d'autant plus que les parents étaient à l'écoute de certains conseils, mais en rejetaient en même temps d'autres, primordiaux.

Le psychomotricien en libéral, bien qu'il travaille en réseau, ne dispose pas des mêmes moyens d'action que certaines structures spécialisées. Selon les difficultés ou le handicap, les modalités de prise en charge en libéral peuvent, avec le temps, ne pas être suffisamment adaptées aux problématiques de l'enfant. La famille est alors orientée vers une structure qui conviendra plus à l'enfant, et cette séparation peut être mal vécue par les parents, qui entrent parfois dans un milieu beaucoup plus médicalisé. Le psychomotricien assure alors un accompagnement de ceux-ci dans cette transition, qu'il peut lui aussi mal vivre après s'être investi dans la prise en charge.

CONCLUSION

Tout au long de la rédaction de mon mémoire, je me suis attelée à comprendre la place du tonus dans le développement de l'enfant et la construction de la relation parents-enfants. Partant initialement du simple constat que les troubles du tonus avaient un impact sur les acquisitions posturo-motrices, je me suis progressivement rendue compte qu'ils influençaient beaucoup plus de niveaux du développement psychomoteur que je ne le suspectais. En me fondant sur mon expérience en stage auprès de bébés comme Awa et Nadia et sur les contenus théoriques existants, j'ai donc décidé, dans ce mémoire, de me concentrer sur l'intervention du psychomotricien auprès du bébé, mais aussi de ses parents.

Nous avons pu définir que le tonus, par son aspect physiologique et sa dimension relationnelle, se situe au carrefour entre le corps et l'esprit. C'est donc un élément primordial à la rencontre du bébé en psychomotricité, puisque celui-ci ne peut traduire ses états psychiques que par le biais de manifestations corporelles. Dans le cadre d'un trouble du tonus, le développement psychomoteur du bébé est entravé, limitant sa capacité à entrer en relation avec ce et ceux qui l'environnent, et le dialogue tonico-émotionnel avec ses parents est compromis. Parents et enfant peinent donc à se rencontrer, à échanger, à se comprendre, et ces difficultés peuvent perdurer sans l'intervention d'un psychomotricien au sein de la triade père-mère-bébé.

Cette intervention du psychomotricien, telle que je l'ai vécue, repose avant tout sur un accueil, une écoute, et un accompagnement particuliers des manifestations de l'enfant et des parents. Le psychomotricien intervient auprès du trouble du tonus *via* des portages, jeux et mises en mouvements du bébé favorisant ses acquisitions posturo-motrices, mais pas seulement. En soutenant, par ses différentes fonctions

dans le cadre thérapeutique, le bébé et ses parents, il vient animer la relation parents-enfant et la met en corps, en mots et en jeux au sein des séances, permettant une évolution positive du trouble. Au travers de cet accompagnement ajusté aux problématiques du bébé et des parents, nous permettons une nouvelle rencontre entre eux. De cette rencontre émerge un plaisir partagé dans les expérimentations des uns et des autres, et donc un plaisir de faire, jouer et apprendre ensemble, renforçant le narcissisme de l'enfant et de ses parents. L'enfant, dans un élan vers son parent, vient le solliciter malgré le trouble ou handicap, et le parent, reconnaissant l'élan de l'enfant, peut y répondre : le dialogue est rétabli.

Ce mémoire m'a ainsi permis de redécouvrir la nécessité et l'importance de l'investissement psycho-corporel du psychomotricien, véritable levier thérapeutique au sein des prises en charge. C'est par ses différentes fonctions qu'il est en mesure de créer un espace de confiance et de sécurité dans lequel l'enfant comme le parent peuvent déposer une certaine souffrance physique ou psychique, et expérimenter.

Néanmoins, le psychomotricien n'intervient que sur une période assez courte dans le développement des enfants, notamment dans le cas d'Awa, et je me pose beaucoup de questions quant à leur évolution après la fin de la prise en charge. Comment évoluera la relation parents-enfant après la prise en charge ? Le trouble du tonus, présent alors que l'enfant est en bas-âge, aura-t-il un impact sur son développement futur ? Est-ce qu'un trouble du tonus précoce peut être précurseur de certaines pathologies du développement ? Je tâcherai de me pencher sur toutes ces questions, si cela m'est possible, en tant que psychomotricienne.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA J. DE., & ANGELERGUES R., (1962). *Evolutions Psychiatriques*, t. XXVII, fasc. I. 13-25.
- AJURIAGUERRA J. DE. (1985). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements. *Enfance*, 265-277.
- AMIEL-TISON C. (1999). *Neurologie périnatale*. Paris: Masson.
- ANZIEU-PREMMEREUR C. (2004). Le jeu dans les thérapies parents-bébés. *Revue française de psychanalyse*, 68(1), 143-155.
- APTER-DANON G., & JARICOT B. (2004). Le dialogue tonico-émotionnel parents-bébé : une mise en scène de l'intersubjectivité. *Evolutions psychomotrices*, n°63, 28-33.
- BAILLY A. (1935). *Dictionnaire Grec-Français*. Paris: Hachette
- BEN SOUSSAN P. (2002). Enjouer les bébés ! *Spirale*, 24(4), 13-19.
- BEN SOUSSAN P. (2007). *La parentalité exposée*. Toulouse: Eres.
- BOSCAINI F., & SAINT-CAST A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 49(4), 78-88.
- BULLINGER A. (2000). De l'organisme au corps : une perspective instrumentale. *Enfance*, 53(3), 213-220.
- BULLINGER A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse: Erès.
- CARRIC J.-C. (2001). *Le lexique 2001*. Paris: Vernazobres-Grego.
- DELION P. (2012). Donald Winnicott, Michel Tournier et la fonction phorique. *Le Carnet psy. Winnicott et la création humaine*, 17-35.
- DELOURME A. (2003). La souplesse du cadre. *Gestalt*, 25(2), 29-47.
- GAFFIOT F., & FLOBERT P. (2001). *Le Gaffiot de poche: dictionnaire latin-français*. Paris: Hachette.
- GUILLAUMIN J-B., & SAGE B. (1990). L'évaluation précoce du tonus. *Evolutions psychomotrices*, n°8, 19-25.
- GUIOSE M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Paris: Heures de France.
- HURSTEL F. (1987). La fonction paternelle aujourd'hui : problèmes de théorie et questions d'actualité. *Enfance*, 40(1), 163-179.
- JARICOT B. (2006). Du corps à corps à sa propre verticalité. *Enfances & Psy*, 33(4), 80-91.
- LAMOUR M., & BARRACO M. (1998). *Souffrances autour du berceau: des émotions au soin*. Paris: Gaëtan Morin.

- LEPLAT F. (2010). Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle. *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°162/09, 102-114.
- LIVOIR-PETERSEN M.-F. (2008). Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*, 28-29(1-2), 41-70.
- LONG N. (2003). Parents d'enfants hospitalisés pour des raisons somatiques : la parentalité en question. *Thérapie Familiale*, 24(3), 255-266.
- MARTIN M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité: (Du cadre analytique au pacte). *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 103-120.
- PAQUETTE D. (2004). La relation père-enfant et l'ouverture au monde. *Enfance*, 56(2), 205-225.
- PIREYRE E. W. (2018). *19 situations cliniques en psychomotricité*. Malakoff: Dunod.
- POTEL C. (2010). *Etre psychomotricien*. Paris: Erès.
- RIVIERE J. (2000). *Le développement psychomoteur du jeune enfant: idées neuves et approches actuelles*. Marseille: Solal.
- ROBERT-OUVRAY S. (2007). *Intégration motrice et développement psychique une théorie de la psychomotricité* (2ème ed). Paris: Desclée de Brouwer.
- ROBERT-OUVRAY S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris: Desclée de Brouwer.
- SCIALOM P. (2004). La guidance parentale. *Evolution psychomotrice*, n° 65, 152-158.
- SCIALOM P., CANCHY-GIROMINI F., & ALBARET J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1*. Paris: De Boeck-Solal.
- SCIALOM P., CANCHY-GIROMINI F., & ALBARET J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2*. Paris: De Boeck-Solal.
- SCIALOM P., CANCHY-GIROMINI F., & ALBARET J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3*. Paris: De Boeck-Solal.
- SCIALOM P., CANCHY-GIROMINI F., & ALBARET J.-M. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 4*. Paris: De Boeck-Solal.
- SOLIS-PONTON L. (2001). Sur la notion de parentalité développée par Serge Lebovici. *Spirale*, 17(1), 135-141.
- VASSEUR R., & DELION P. (2017). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Toulouse: Erès.
- WALLON H. (2009). *Les origines du caractère chez l'enfant: les préludes du sentiment de personnalité* (6e éd). Paris: Quadrige/PUF.
- WINNICOTT D. W. (2002). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
- WINNICOTT D. W., & BOUILLOT F. (2014). *La famille suffisamment bonne*. Paris: Payot & Rivages.

RESUME

Élément clé de toute approche psychomotrice, le tonus se trouve au carrefour du psychique et du somatique, et joue un rôle primordial dans l'organisation émotionnelle et le développement de l'enfant. Moyen d'expression privilégié du tout-petit, il permet également la mise en place d'une communication infra-verbale entre lui et ses parents. Un trouble du tonus peut donc entraîner un retard d'acquisitions posturo-motrices, mais aussi entraver la relation parents-enfant. Ce mémoire traite de l'apport de la psychomotricité dans la prise en charge de bébés présentant un trouble du tonus, prise en charge qui vient également offrir un soutien à la parentalité.

Mots-clés : Psychomotricité - tonus - hypertonicité - hypotonicité - parentalité - interactions précoces - guidance parentale.

SUMMARY

As a key element of any psychomotor approach, tonus is at the crossroads of the psyche and the soma, and plays an important part in the emotional organisation and the development of children. It's a privileged way of expression for the toddler, and it also allows the introduction of an infra-verbal communication between him and his parents. A tonus disorder can therefore lead to a delay in the acquisition of postural and motor control, but also impact on the parent-child relationship. This dissertation discusses the contribution of psychomotricity to the care of babies with a tonus disorder, a care that also provides support for parenthood.

Key words : Psychomotricity - tonus - hypertonia - hypotonia - parenthood - early interactions - parental guidance.