



HAL
open science

Au cœur de la relation thérapeutique, importance dans la prise en charge psychomotrice d'enfants hospitalisés en cardiologie pédiatrique

Johanna Lignier

► To cite this version:

Johanna Lignier. Au cœur de la relation thérapeutique, importance dans la prise en charge psychomotrice d'enfants hospitalisés en cardiologie pédiatrique. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03322570

HAL Id: dumas-03322570

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03322570>

Submitted on 19 Aug 2021

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Psychomotricien :

Au cœur de la relation thérapeutique

**Importance dans la prise en charge
psychomotrice d'enfants hospitalisés en
cardiologie pédiatrique**

Johanna LIGNIER

Née le 31 juillet 1998, à Bordeaux (33)

Directrice de mémoire : BASTE Vanessa

Mai 2021

« Cette relation thérapeutique très particulière entre le psychomotricien et le sujet est une rencontre de l'ordre de l'intime. Un corps à corps symbolique et asymétrique où les qualités de regard, les tonalités de la voix, la musicalité des paroles, le toucher, les odeurs, les couleurs, les gestes et mouvements, le tonus, la bienveillance, la réceptivité de l'un et/ou l'autre des protagonistes, les paroles souvent métaphoriques, induisent une influence, une relation transférentielle et une relation contre-transférentielle particulières, dans la mesure où ce qui se passe dans le corps se passe dans une relation implicite à l'autre. » (POTEL. C, 2010, p.57)

Remerciements

Je souhaite remercier ici toutes les personnes que j'ai pu rencontrer durant mes trois années de formation et celles m'ayant accompagnée pour ce mémoire.

Merci à BROSOLO Julie, ma maîtresse de stage, qui m'a accompagnée avec bienveillance et patience. Je suis reconnaissante du temps et de la disponibilité qu'elle m'a consacrés. J'ai pu, grâce à elle, développer mes capacités de réflexion et mes compétences cliniques.

Merci à BASTE Vanessa, ma maîtresse de mémoire, pour ses précieux conseils durant ma réflexion autour de ce mémoire. Merci pour sa confiance, son temps et la pertinence de ses remarques.

Merci à tous les psychomotriciens et professionnels que j'ai rencontrés au cours de mes différents stages pour leurs apports dans ma formation.

Merci à l'ensemble des enseignants et à l'IFP pour la formation dispensée durant ces trois années.

Merci à ma famille et à mes proches pour leur soutien et leurs relectures.

Sommaire

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION.....	4
I. L'HOSPITALISATION EN CARDIOLOGIQUE PEDIATRIQUE, LES ENJEUX.....	6
1. DESCRIPTION DES SERVICES DE CARDIOLOGIE PEDIATRIQUE	6
2. LES ENJEUX DE L'HOSPITALISATION DU JEUNE ENFANT EN CARDIOLOGIE PEDIATRIQUE.....	10
3. PRESENTATION DE MATTEO.....	14
II. LA RELATION THERAPEUTIQUE PSYCHOMOTRICE	15
1. LA RELATION MERE-ENFANT	16
2. LA RELATION ENTRE LES PARENTS ET LE PSYCHOMOTRICIEN	32
3. L'INVESTISSEMENT PARENTAL D'UN ENFANT MALADE	37
4. LA RELATION THERAPEUTIQUE ENTRE LE PSYCHOMOTRICIEN ET SON PATIENT	42
III. LES APPORTS DE LA RELATION THERAPEUTIQUE EN PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE	53
1. LES QUALITES ET COMPETENCES DU PSYCHOMOTRICIEN.....	53
2. L'IMPLICATION CORPORELLE.....	58
3. LE BILAN PSYCHOMOTEUR	61
4. LA RELATION D'ETAYAGE	64
RETOUR REFLEXIF SUR MON STAGE	69
CONCLUSION.....	71
TABLE DES MATIERES	72
BIBLIOGRAPHIE	74

Introduction

Durant mes années d'études au sein de l'Institut de Formation de Psychomotricité (IFP) de Bordeaux j'ai eu la chance de découvrir différents lieux de stage. Ces stages furent riches de populations hétéroclites, dans des institutions variées.

En effet j'ai réalisé des stages en école maternelle Montessori, en crèche mais aussi dans un hôpital de jour psychiatrique adulte. J'ai réalisé d'autres stages auprès de personnes âgées dans une Unité de Soins Longue Durée (USLD) dans un hôpital public ainsi que dans un service de Soins Palliatifs dans un hôpital privé. Enfin, un stage auprès d'une population très jeune dans un service de cardiologie pédiatrique au sein d'un hôpital public.

Lors de ma deuxième année d'études, au cours de mon stage à l'hôpital de jour psychiatrique adulte, le sujet de la relation m'a interrogé. Les personnes présentant des pathologies psychiatriques, comme la schizophrénie, des troubles bipolaires, ne me semblaient pas toujours se positionner, physiquement et psychiquement, de manière adaptée. En effet, dans ce que j'ai pu ressentir, la distance installée dans la relation avec ces patients n'était pas forcément appropriée. Cela m'a questionnée sur la bonne place à tenir, la distance adéquate à trouver et à prendre en tant que psychomotricien acteur de cette relation thérapeutique.

C'est ainsi que la relation, que je considère comme très importante au sein de notre profession, m'est apparue comme un sujet à explorer. En psychomotricité nous ne travaillons pas dans l'urgence, nous prenons le temps nécessaire pour prendre en charge nos patients dans leur globalité, cela en tenant compte de l'unicité de chacun et en nous adaptant à la spécificité de chaque relation thérapeutique. J'ai voulu allier ce thème majeur de la relation thérapeutique avec la problématique de la petite enfance en cardiologie pédiatrique car, pour moi, il est important de donner une grande place à la rencontre, la relation, dans une prise en charge avec un enfant en bas âge. En effet ce sont des enfants soustraits de leur milieu familial pendant un temps et subissant parfois de lourdes opérations. Cela fait partie de notre pratique que de prendre en charge ces enfants dans des conditions peu communes tout en instaurant une relation thérapeutique bénéfique pour notre patient.

Quel est le contexte premier de la relation ? Comment la relation s'ajuste-t-elle ? Nous permet-elle d'entrer plus facilement dans la prise en charge ? Quels sont nos ressentis dans cette relation ? Pourquoi nous, psychomotriciens, avons une capacité toute particulière à investir cette relation thérapeutique ?

Ma réflexion dans ce mémoire s'appuie sur différentes hypothèses.

On sait que l'humain est un être de relations, à la naissance un bébé ne peut pas se développer sans cette relation à l'autre. D. WINNICOTT, pédiatre et psychanalyste britannique, disait d'ailleurs « *un bébé seul ça n'existe pas* » (WINNICOTT, 1969, p.200). Et parallèlement, un patient seul n'existe pas non plus. A la naissance l'enfant a besoin de portage, de soins... Et puis en grandissant nous sommes baignés dans un réseau de relations différentes : à l'école, au travail, amicale, amoureuse, professionnelle et puis enfin la relation thérapeutique avec des soignants pour certaines personnes. On peut donc supposer l'importance des relations avec l'environnement de l'individu.

Lorsqu'on rencontre un nouveau patient on instaure un temps tout particulier afin de rentrer en contact. La rencontre est primordiale pour instaurer une relation thérapeutique. Celle-ci va pouvoir permettre une confiance commune, une adhésion à la prise en charge. Il y a des éléments importants qui se jouent dans cette relation thérapeutique dont il faut être conscient et composer avec.

Une des spécificités du métier de psychomotricien est l'importance portée sur les ressentis. Non seulement ceux de notre patient mais aussi les nôtres. Nous apprenons au cours de notre formation à nous écouter et à écouter les autres. L'attention à ces ressentis se transmet dans la relation entre le psychomotricien et son patient, qui se sent compris et écouté.

En partant de ces hypothèses j'ai pu formuler une problématique que je vais approfondir tout au long de ce mémoire.

En quoi la relation thérapeutique a-t-elle une part importante dans la prise en charge psychomotrice d'un enfant hospitalisé en cardiologie pédiatrique ?

Dans une première partie je présenterai l'hospitalisation pédiatrique ainsi que ses enjeux. Ensuite j'aborderai la relation thérapeutique et ses différents acteurs. Enfin j'évoquerai les apports de cette relation thérapeutique dans la prise en charge.

I. L'hospitalisation en cardiologie pédiatrique, les enjeux

1. Description des services de cardiologie pédiatrique

Les services se situent au sein d'un centre hospitalier universitaire public. Ces unités spécialisées permettent d'optimiser la prise en charge des patients. Pour cela, une équipe pluridisciplinaire est regroupée autour des patients.

Les patients hospitalisés en cardiologie pédiatrique suivent généralement un parcours type. Ils sont accueillis dans un service de cardiologie conventionnel. A la suite de l'intervention chirurgicale ils sont amenés dans le service de réanimation, puis dans le service de soins intensifs. Lorsque leur état est suffisamment stable, ils peuvent retourner dans le service d'hospitalisation conventionnelle.

a. Le service de soins intensifs

Le service de soins intensifs est un service de prise en charge des patients dans l'urgence et des patients venant de réanimation. Il dispose de quatre lits dans des boxs individuels et deux lits dans un box ouvert.

A son arrivée en soins intensifs le patient est pris en charge par l'équipe médicale. Son état de santé nécessite de nombreux gestes techniques. La réalisation de gestes invasifs entraîne une association de l'analgésie et de la sédation. L'analgésie permet la suppression de la douleur et la sédation est, par des moyens médicamenteux, une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience.

Autour de son lit un matériel très technique est disposé et peut parfois être invasif pour le patient.

- Un **acte non invasif** est un examen médical ne nécessitant aucune effraction de la peau autre que pour les prises de sang.
- Un **acte invasif** est un examen médical nécessitant une effraction de la peau plus importante qu'une ponction veineuse. Cela peut être sous anesthésie ou non. Par exemple il peut y avoir une assistance respiratoire avec une sonde d'intubation trachéale, une alimentation artificielle avec une sonde de gavage gastrique...

Ces enfants sont surveillés par quatre électrodes qui sont posées sur leur corps. Trois électrodes sont sur le thorax pour une surveillance du rythme cardiaque et respiratoire et une pour le taux d'oxygène sanguin, la saturation. Un brassard est posé régulièrement pour prendre la tension artérielle.

En complément, la respiration peut être aidée si l'appareil cardio-respiratoire est trop touché. La ventilation non invasive (ou VNI) est une technique d'assistance respiratoire par un masque (nasal ou facial) relié au ventilateur. Cela permet de décharger ou remplacer les muscles respiratoires du patient.

b. Le service de réanimation

Le service de réanimation pédiatrique et/ou congénitale prend en charge des patients de tous âges qui nécessitent des soins techniques car leur pronostic vital est engagé. Il y a huit lits dans des boxs individuels.

En réanimation pédiatrique et/ou congénitale il y a une infirmière ou une puéricultrice diplômée d'état pour deux enfants, des aides-soignants et auxiliaires de puériculture. L'état de santé des patients hospitalisés en réanimation n'est pas stable et nécessite une surveillance accrue.

Le fonctionnement de l'unité de réanimation est spécifique, c'est un service fermé ne possédant qu'une seule entrée réglementée. Les parents doivent sonner pour y accéder. Ils peuvent rentrer à tout moment de la journée ou de la nuit en respectant des règles d'hygiène pour limiter le risque d'infection : lavages de mains, port de blouses et de masques ainsi qu'une prise de température. Les règles sanitaires ont augmenté avec la crise sanitaire actuelle. Les parents doivent donc s'habituer à un environnement médical particulier comportant de nombreux appareils de soins ainsi qu'un grand nombre de professionnels de santé.

A l'hôpital, l'ambiance sonore et lumineuse qui règne dans la plupart des services constitue une source d'hyperstimulation. Dans le service de réanimation, un effort est fourni pour limiter le bruit et contrôler les éclairages, et notamment la nuit. Il y a des signaux visuels qui s'allument lorsque le niveau sonore du service est trop important par exemple.

c. Le service d'hospitalisation conventionnelle

Le service d'hospitalisation conventionnelle pédiatrique et/ou congénitale dispose de douze chambres individuelles adaptées pour accueillir les parents et l'enfant, dont une chambre réservée pour les enfants ayant bénéficié d'une greffe cardiaque. Les parents peuvent rester dormir auprès de leur enfant dans un lit simple.

Ces chambres, contrairement aux deux unités précédemment décrites, ont l'avantage de préserver un peu de calme et d'intimité pour les parents et leur enfant. Elles ont des portes et n'ont pas de vitre donnant dans le service.

Tout objet pouvant améliorer le confort, la sérénité, l'épanouissement, le développement de l'enfant sont les bienvenus dans les chambres. Les jouets et peluches sont même conseillés afin de stimuler le développement psychomoteur mais aussi de permettre d'investir les lieux.

Les visites, en dehors des parents, sont soumises à autorisation médicale.

d. L'équipe pluridisciplinaire

A. MANOUKIAN, psychologue clinicien en milieu hospitalier, explique que la pluridisciplinarité indique une cohabitation de plusieurs professionnels rassemblés autour d'un même sujet, le malade, avec un objectif global identique : son mieux être, voire sa guérison. L'observation des patients, les réunions en équipe pluridisciplinaire qui en découlent sont nécessairement des éléments positifs pour l'amélioration de la qualité du soin dans sa dimension globale et de la prise en charge de ces enfants et des familles.

- Les **médecins** : en réanimation ce sont des médecins réanimateurs avec une spécialisation en pédiatrie. Aux soins intensifs ce sont des pédiatres ayant une formation en cardiologie (cardio-pédiatres). Leur présence physique est continue dans les services de réanimation et de soins intensifs. Dans le service d'hospitalisation conventionnelle il y a plusieurs cardiologues avec une spécialisation en pédiatrie. Ils assurent le suivi médical, la surveillance et la prescription concernant les enfants hospitalisés, réalisés également par les internes. Dans ce service, ils sont présents le matin et sur demande.

- Les **cadres de santé** coordonnent la continuité, l'organisation et la mise en œuvre des soins dans les unités entre le personnel médical et paramédical. Ils s'assurent donc de la qualité des soins et des activités paramédicales. Ils gèrent aussi l'approvisionnement du matériel de soins.
- Les **infirmiers et infirmiers puériculteurs** sont spécialisés dans les soins aux jeunes enfants. Ils réalisent les soins pour les nouveau-nés, surveillent l'allaitement et travaillent en étroite collaboration avec les médecins. Ils ont un rôle important dans le soutien à la parentalité en conseillant et guidant les nouveaux parents sur les soins à apporter à leur enfant. Ils sont assistés par les auxiliaires de puériculture dans les soins quotidiens.
- Le **psychologue** peut rencontrer les parents qui vivent difficilement l'hospitalisation de leur enfant. Il apporte une écoute rassurante aux parents désorientés face à la maladie ou aux difficultés de leur enfant. Il soutient également les équipes soignantes dans certains contextes difficiles. Il rencontre les patients et leur famille. Il organise la visite des locaux pour les parents ayant eu une annonce anténatale de cardiopathie. Il veille à la santé psychique des enfants hospitalisés dans ces services.
- Les **kinésithérapeutes** interviennent pour de la kinésithérapie respiratoire qui est une priorité. De plus dès qu'il y a un trouble neurologique, articulaire et musculaire, ils assurent la prévention orthopédique (face aux attitudes vicieuses induites par les soins) et la rééducation de certains positionnements articulaires.
- L'**assistant social** a pour mission de renseigner et d'orienter les parents dans leurs démarches administratives pendant l'hospitalisation de leur enfant et d'aider à organiser le retour à domicile. Son rôle est prépondérant en cas de précarité où il intervient pour trouver les meilleures solutions pour les parents afin de garantir une qualité de soins et d'accueil.
- Les **auxiliaires de puériculture** et les **aides-soignants** assistent les infirmiers pour administrer les soins d'hygiène et de confort quotidiens. Les auxiliaires accompagnent également les parents. Ils ont aussi la charge de la réfection des lits et de la désinfection des locaux.

- Le **psychomotricien** intervient sur prescription médicale. Il peut procéder à des évaluations, mener des actions d'éducation, de prévention, faire de la rééducation, des thérapies, aider à la construction d'un projet thérapeutique... L'accompagnement qu'il propose est adapté en fonction des capacités et des difficultés des patients. Il va porter son travail sur la structuration spatiale et temporelle, le schéma corporel et l'image du corps, le tonus... Il peut permettre de retrouver un rapport au corps et à soi dans une dimension d'apaisement. Il peut également proposer une guidance parentale.

Dans une équipe pluridisciplinaire, chaque professionnel possède un champ de compétences qui lui est propre et retranscrit ses différentes interventions et observations dans les dossiers informatisés des patients. De plus, un cahier de soin spécifique à chaque enfant est positionné devant les chambres de ceux-ci et permet un suivi écrit régulier des médicaments donnés, des soins d'hygiène, des changes, etc.

Des réunions hebdomadaires permettent à toute l'équipe de réfléchir et de faire le point sur la situation de chaque enfant. Ce travail pluridisciplinaire assure la cohérence du parcours de soins de chaque patient et l'élaboration d'un projet de soins individualisé.

2. Les enjeux de l'hospitalisation du jeune enfant en cardiologie pédiatrique

a. Le concept d'hospitalisme, un précurseur des familles à l'hôpital

R. SPITZ, psychiatre et psychanalyste américain, a décrit l'hospitalisme comme « *la carence de soins, qui caractérise l'état psychique de ces enfants qui se construisent en l'absence de soins humanisant et qui, sans en mourir, deviennent carencés dans leur corps comme dans leur psyché* » (POTEL, 2013, p.138).

Il constate dans des orphelinats durant la guerre que, lorsqu'il n'y a pas d'image maternelle proche, l'enfant n'est plus capable de se développer.

Lorsque l'image maternelle a pu être remplacée par une autre personne qui a assuré des soins maternants attentifs, l'enfant peut avoir un développement normal.

SPITZ introduit le terme d'hospitalisme pour désigner les troubles manifestés par le nourrisson placé en institution et privé de relation de type maternelle. Celui-ci peut se présenter comme un état dépressif et évoluer vers un stade de polyhandicap.

Des progrès ont été réalisés dans les hôpitaux et ces cas d'hospitalisme ont été fortement réduits. Il y a eu d'importants progrès sur l'accompagnement des patients, sur le matériel médical... Malgré cela l'environnement hospitalier présente encore certaines défaillances qui impactent le développement de l'enfant. Certains vécus corporels et psychiques durant l'hospitalisation peuvent être douloureux, angoissants. D'autant plus si les parents ne sont pas beaucoup présents et que les soignants sont peu disponibles. L'enfant va alors exercer un repli sur soi et s'éloigner de la relation. Un des progrès est la création de postes de psychomotricien dans les services. Ce nouveau professionnel propose une approche différente du patient.

Le psychomotricien intervient car dans son approche il prend en compte le patient dans sa globalité tout en s'appuyant sur la relation. On peut voir que le psychomotricien a son rôle à jouer dans ces conditions d'hospitalisation. Effectivement, il va pouvoir effectuer une prise en charge dans une temporalité et un but différents des autres soignants. En faisant cela il peut prévenir et éviter des cas d'hospitalisme. Il peut faire de la prévention auprès des soignants comme des parents tout en prenant du temps pour l'enfant et pour l'accompagner dans son développement psychomoteur.

Dans les services de cardiologie les soins techniques sont récurrents et ponctuent la journée des enfants. L'aménagement des services peut permettre aux parents de participer à ces soins activement. Ces soins peuvent avoir un impact sur les rythmes des patients ainsi que leur développement.

b. Les spécificités du service de cardiologie

Les soins, invasifs ou non, sont au cœur du quotidien des enfants hospitalisés. Ils sont essentiels et vitaux. Il y a les soins d'hygiène corporelle tels que la toilette ou les changes. Des soins plus techniques comme les mesures des paramètres vitaux ou, plus intrusifs, des soins autour des appareillages comme par exemple pour les enfants porteurs de trachéotomie avec les changements de canule, de cordon, les aspirations de la canule. Pour les enfants porteurs de gastrostomie on voit des branchements de la nutrition entérale, le nettoyage du bouton de gastrostomie... On constate également que les parents sont encouragés à participer aux soins de leur enfant.

Les soins, d'autant plus nombreux et agressifs que l'enfant est gravement malade, ont fait l'objet d'importants progrès. Désormais l'administration de médicaments antalgiques est courante, des grilles d'évaluation de la douleur sont proposées, les gestes techniques ont été revus et adaptés, associés si nécessaire à une analgésie.

Mais il se peut que les soins soient ressentis comme des agressions physiques et sensorielles :

- **Actives** : c'est-à-dire provoquée par les soins, elles sont souvent considérées comme inévitables.
- **Passives**, liées à l'installation de l'enfant ou à son environnement, elles sont généralement indirectes.

De plus, chez le nourrisson hospitalisé dans le service de réanimation, la peau et les orifices naturels sont malmenés. La première est perfusée, trouée, les seconds sont détournés de leurs fonctions naturelles. Les narines et la bouche sont envahis de tuyaux qu'il faut d'ailleurs fixer par de petits sparadraps tout autour de la bouche et du nez afin que les mouvements de l'enfant ne les déplacent pas.

Les narines reçoivent de la nourriture indépendamment de l'air du respirateur artificiel. La bouche n'est plus investie dans la production de sons à cause de la trachéotomie ou des intubations. Le tonus de la bouche est ainsi modifié. L'enveloppe corporelle est contournée afin de prodiguer des soins vitaux, elle n'assure plus la protection et la sécurité contenante.

La mobilité est limitée du fait du risque d'arrachage de ces sondes, ces cathéters, ces perfusions... Cela diminue considérablement le niveau d'activité sensorimotrice nécessaire à l'enfant en bas âge pour se développer.

L'hôpital a une temporalité propre à laquelle les enfants doivent s'adapter. En effet, les soins rythment le quotidien des enfants et doivent parfois être délivrés à heures fixes. Ainsi, cela ne respecte pas forcément le rythme, la temporalité de l'enfant.

Par ailleurs, la fragilité de l'état de santé des enfants nécessite qu'ils restent confinés dans leur box, leur offrant essentiellement des expériences visuelles, auditives et très peu de mobilité. Ces expériences sensorielles sont très présentes. En revanche elles sont insuffisantes au développement car elles ne sont pas assez diversifiées. Ces expériences restent pauvres par rapport à ce qui pourrait être proposé dans un milieu familial.

En psychomotricité, une place importante est laissée à la relation, à l'interaction du corps avec l'environnement. Donc dans ces services, le psychomotricien peut apporter ses connaissances sur le développement psychomoteur de l'enfant afin de mettre en place un environnement suffisamment contenant et stimulant pour le nouveau-né.

c. La place du psychomotricien dans un service de cardiologie pédiatrique

L'évaluation pluridisciplinaire représente une étape décisive dans la reconnaissance d'un trouble du développement psychomoteur chez un enfant ainsi que chez les nouveau-nés. Les principales indications de la psychomotricité en cardiologie pédiatrique sont les troubles ou les retards des acquisitions psychomotrices (trouble de la maturation et de la régulation tonique, trouble sensoriel et moteur). Les troubles du comportement sont aussi une indication (irritabilité, passivité, hyperactivité motrice etc.). Le psychomotricien a une part importante dans la prévention de ces différents troubles, avant qu'ils n'apparaissent.

Le psychomotricien intervient souvent dans les suspicions de retard du développement psychomoteur en cas d'hospitalisation longue, de pathologies neurologiques, de difficultés dans les interactions mère-enfant. Il peut proposer un travail de guidance parentale.

Dans ces services où les enfants subissent des interventions les obligeant parfois à rester des jours alités, ou même sédatés, il est pertinent que le psychomotricien intervienne. Il propose des mobilisations passives ou actives si cela est possible. Il peut aussi effectuer des « bords de lit ». Là il va aider l'enfant à s'asseoir sur son lit, se réhabituer à une posture verticale, avoir les pieds qui prennent appui au sol. Et puis dans la continuité, offrir la possibilité de reprendre des activités d'exploration comme la marche. Tout cela se fait dans un but de mise en mouvement de l'enfant.

Il s'attache à avoir une lecture fine au niveau du corps et dans la relation à l'autre. De plus il s'engage corporellement et instaure un dialogue tonico-émotionnel.

3. Présentation de Mattéo

Mattéo est un petit garçon de 8 mois. Il est né en mai 2020, à terme, dans une maternité. Son père est technicien pisciniste et sa mère est vendeuse en boulangerie. C'est un enfant unique. Il est hospitalisé dans le service de cardiologie pédiatrique de l'hôpital depuis sa naissance. Ses parents viennent d'un autre département mais sont dirigés dans cet hôpital car c'est le seul à proposer les opérations cardiaques dont il a besoin. Son père n'est présent à l'hôpital que le weekend pour continuer son activité professionnelle en semaine.

Mattéo a dû subir deux interventions chirurgicales dès la naissance. Il est né avec une hypoplasie (développement insuffisant) du cœur gauche, un ventricule unique avec une atrésie (absence ou occlusion d'un orifice naturel) mitrale et aortique.

Le diagnostic était anténatal, la maman dit l'avoir vécu comme un véritable coup de massue et que tout s'était arrêté autour d'elle. Il n'y a pas d'antécédents médicaux dans la famille.

Il a fait une thrombophlébite cérébrale quelques jours après sa naissance. La thrombose est un phénomène pathologique qui aboutit à la formation d'un obstacle à l'écoulement sanguin. La thrombose des sinus veineux cérébraux aussi appelée thrombophlébite entraîne fréquemment des complications à long terme, comme des déficit cognitif, moteur et des épilepsies. Dans son cas, cette thrombose a provoqué une hémiparésie de l'hémicorps gauche.

Mattéo avait une détresse respiratoire. La détresse respiratoire correspond à l'existence de difficultés profondes à respirer. Il avait donc une ventilation non invasive (VNI). Il existe aussi une ventilation invasive par trachéotomie.

La VNI qu'avait Mattéo était un masque « full face » englobant tout son visage. Il devait garder ce masque pour l'aider à respirer mais ce dernier était trop lourd pour que Mattéo puisse tenir sa tête. Il a donc pris un retard développemental et psychomoteur important.

En novembre, à 6 mois, Mattéo a eu une pose de trachéotomie. La trachéotomie se définit comme « une ouverture temporaire de la trachée maintenue par un tube. Elle se ferme au retrait du tube ». En effet, la trachéotomie est une ouverture temporaire dans la partie haute de la trachée sous le larynx. Le maintien de l'ouverture nécessite la mise en place d'une canule dans le but d'aider à mieux respirer et de permettre, si nécessaire, le branchement sur un respirateur. La trachéotomie a permis à Mattéo de mieux se mobiliser globalement.

L'intervention de pose de la trachéotomie a permis de reprendre des prises en charge psychomotrices davantage axées sur les acquisitions psychomotrices comme le maintien de la tête, les retournements, les quatre pattes... Un accent était mis sur l'acquisition des schèmes moteur de base.

Mattéo était suivi par un kinésithérapeute pour de la kinésithérapie respiratoire.

Lorsque je rencontre Mattéo, il a quatre mois. Il est dans le cadre d'une hospitalisation de longue durée et a duré huit mois au total. Dans ce contexte, il a besoin d'un soutien et d'une aide pour son développement psychomoteur.

Je n'étudie que le cas de Mattéo car la notion de relation implique du recul. Donc pour étudier les différentes relations autour de Mattéo je ne me concentre que sur ce patient.

II. La relation thérapeutique psychomotrice

Selon le dictionnaire Larousse, relation vient du latin « relatio », qui signifie l'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles.

La relation sous-entend un prérequis sans lequel elle ne peut exister : un autre, humain ou non humain. Mais si l'existence de cet autre est nécessaire, ce n'est pas suffisant pour parler de relation.

Dans le cadre des relations humaines, il est établi que dès la conception, l'individu est un être en relation. C'est au travers de ces interactions, présentes dès la vie *in utero*, que l'individu se développe sur le plan physique et psychique.

La relation thérapeutique est une relation dynamique entre un soignant et un soigné, intersubjective. Selon C.R. ROGERS, psychologue, la relation thérapeutique est « *une forme des relations interpersonnelles où l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie* » (ROGERS, 1998, p.27)

Or nous pouvons être mis face à des difficultés comme face à des patients n'ayant pas le souhait d'être soigné. Ces situations force à développer des attitudes relationnelles adaptées. Nous pouvons toujours donner un sens et faire évoluer la situation. Pour A. MANOUKIAN, « *la relation devient une véritable négociation.* » (MANOUKIAN, 2008, p.10)

1. La relation mère-enfant

Dans la suite de ce mémoire, l'évocation de la mère sera toujours entendue comme figure maternelle. Le terme « mère » est employé plutôt comme un concept, cela représente la personne qui s'occupe le plus de l'enfant.

D. STERN, pédopsychiatre, nous dit que « *l'enfant vient au monde muni d'une faculté extraordinaire à établir des contacts humains. Tout d'abord, il participe immédiatement à la création de ses toutes premières relations* » (STERN, 1997, p.51). L'enfant, muni de compétences innées, entre en relation avec son entourage. Il va être très tôt un partenaire actif dans les interactions et les échanges sociaux.

a. Le tonus et relation

Le tonus est la tension musculaire permanente, même en état de repos. Le premier dialogue chez le jeune enfant est corporel. Il se fonde sur cette tension musculaire qui a une valeur de communication. Il y a une importance apportée au corps à corps en relation. Le tonus est donc la première interface de communication entre le bébé et son environnement.

i. Dialogue tonico-émotionnel

Selon H. WALLON, psychologue, un lien intime existe entre tonus et émotions et les manifestations toniques et posturales traduisent nos émotions. Ainsi, la mère et le bébé communiquent leurs états émotionnels par un ajustement tonique affiné et permanent.

J. DE AJURIAGUERRA, neuropsychiatre et psychanalyste, dans la continuité des travaux de H. WALLON, qualifiera cette communication de « **dialogue tonico-émotionnel** ». Cette notion désigne l'ensemble des échanges entre la mère et l'enfant, médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, maintenu, et la manière dont il y répond. Le nourrisson s'exprime alors à travers l'hypertonie de protestation et l'hypotonie de satisfaction. L'hypertonie est une augmentation importante de ce tonus. L'hypotonie, elle, est un défaut de tonus. La mère a la capacité de comprendre les manifestations corporelles de son enfant, de s'y ajuster et d'avoir un accordage affectif avec lui. Tout cela définit un dialogue tonico-émotionnel permettant à l'enfant de sentir son corps comme étant rassemblé et unifié. Le vécu corporel s'enrichit et se développe, tout en nourrissant la vie psychique du sujet. Le nourrisson est donc acteur et actif dès la naissance dans la relation avec sa mère.

Les réactions toniques et posturales, au contact du corps maternel, sont à mettre en rapport avec le mode de portage accordé par la mère. D'autres canaux de communication, comme la voix ou le regard sont investis dans ce dialogue. Ces observations permettent d'évaluer l'implication du corps dans l'interrelation et le plaisir du mouvement.

Or, dans le cas des hospitalisations néonatales de manière générale, ce peau à peau ne peut pas se faire dès la naissance. En effet le nouveau-né a besoin de soins immédiats. Le dialogue tonico-émotionnel est donc impacté dans la relation avec un enfant nécessitant une hospitalisation en cardiologie pédiatrique.

Lorsque Mattéo est né, le diagnostic cardiaque était déjà établi. Il fallait donc amener ce nouveau-né en dehors de la maternité pour lui apporter les premiers soins vitaux. Il a donc été séparé de sa mère presque immédiatement après sa naissance. D'après elle « Pour une première grossesse je ne m'attendais pas à ça. Le peau à peau à l'accouchement a été très rapide, je n'ai pas eu le temps de réaliser. »

Même lorsque la maman a pu rejoindre Mattéo en chambre le dialogue tonico-émotionnel était entravé.

Mattéo était intubé, sédaté, avec de nombreuses électrodes, et son état de santé n'était pas stable. La maman n'avait pas la possibilité de le prendre dans ses bras ni de le porter.

De plus, lorsque la maman a pu exceptionnellement le prendre dans ses bras, elle était entourée de soignants vérifiant les constantes, les éventuelles manifestations de gêne de Mattéo et de sa maman. Elle se montrait stressée, elle avait peur de mal faire. Le stress, la posture tendue, induisaient moins de disponibilité pour ressentir les changements émotionnels de Mattéo. Cela a eu un impact sur le dialogue tonico-émotionnel. Mattéo a pu percevoir ce malaise et ce stress que sa mère ressentait à son contact qui a probablement influencé la relation naissante entre sa mère et lui.

C'est dans ces circonstances que les parents ont dû s'adapter à une nouvelle voie d'accès au dialogue tonico-émotionnel. Ils n'avaient pas la possibilité de peau à peau, de corps à corps mais ils ont investi la relation différemment. Il y avait une grande présence par la voix et le regard qui pouvait offrir un portage différent. Mattéo était enveloppé et contenu dans la voix, la fluence, les regards souriants de sa mère.

La psychomotricienne est intervenue très tôt auprès des parents pour expliquer l'importance de la relation. Il ne fallait pas que Mattéo soit désinvesti et développe un repli sur lui-même par exemple. Par son action, la psychomotricienne a pu expliquer le dialogue tonico-émotionnel aux parents, donner des conseils sur le portage du nourrisson. De plus, par son expérience sur le positionnement adéquat des enfants en cardiologie pédiatrique elle a pu apporter des recommandations pour l'installation au lit de Mattéo, la manière de le prendre dans les bras tout en faisant attention aux différents tuyaux et fils accrochés.

Ainsi les parents, avec les conseils reçus, ont pu porter davantage Mattéo, plus le toucher. Être ainsi rassurés a été bénéfique pour eux et a eu une répercussion positive dans le dialogue tonico-émotionnel entre Mattéo et ses parents.

A travers ce dialogue tonico-émotionnel sont vécus les premières sensations du monde environnant. Ces sensations vont cheminer et amener vers des perceptions et des représentations.

ii. *Triptyque sensation-perception-représentation*

La **sensation** est la première étape d'une chaîne d'évènements biochimiques et neurologiques allant du stimulus d'un organe sensoriel à la perception. Cette sensation arrive dans un système ayant un vécu, une histoire, une mémoire qui va teinter cette sensation. C'est la **perception**. La **représentation** est la capacité pour une personne de rapporter une perception à une situation du monde dans lequel il vit. Le système de représentations va maturer en se nourrissant de sensations.

C'est à partir des interactions entre la mère et l'enfant que va naître la relation. L'affectivité des personnes présentes à cette relation va s'ajouter aux expériences motrices et sensorielles. Ces différentes expériences créent une unité qui va être intériorisée par l'enfant en tant que représentations. Il parvient ainsi à instaurer une relation, une expérience partagée. Il est intéressant de noter qu'aucune représentation ne peut être créée sans la composante affective, donc sans la présence de l'autre. Du fait de ses représentations, l'enfant commence à construire son histoire dans la relation. Ses relations futures seront influencées par ses premières relations. Ainsi, tout au long de sa vie, ses relations et ses représentations s'étendent, évoluent et se modifient constamment.

Mattéo a eu de lourdes interventions chirurgicales nécessitant de longues sédations. Les sédations entraînent des intubations pouvant être douloureuses. Il avait aussi une sonde naso-gastrique qui rentrait par une narine pour aller jusqu'à l'estomac. De plus il subissait de nombreuses aspirations nasotrachéales pour enlever les mucosités dans ses poumons. Tous ces éléments peuvent causer des troubles de l'oralité. Les troubles de l'oralité peuvent se signifier par l'absence de comportement spontané d'alimentation. Ces troubles s'accompagnent de troubles sensoriels, de troubles des fonctions oro-motrices, de troubles psychomoteurs. L'oralité est majeure dans le développement des nouveaux nés et pourtant, dans le cadre des hospitalisations dans ces services elle est souvent mise à mal.

Ces intubations et ces sondes sont des afférences sensorielles pouvant être vécues de manière négative.

D'une part ce sont des sensations généralement désagréables et d'autre part les orifices ne sont plus utilisés pour leur caractéristique première.

La bouche ne sert plus à manger puisque la nourriture passe par une sonde dans le nez.

Ce nez ne sert plus uniquement à respirer puisqu'il est aussi traversé de tuyaux.

C'est tout le tonus de la bouche qui est impacté. Les mouvements physiologiques de la sphère orale sont perturbés.

La psychomotricienne intervenait auprès de Mattéo mais aussi des soignants et des parents pour expliquer ces troubles. Elle avait mis en place un travail sur l'oralité car celle-ci a une place importante dans le développement de l'enfant. En effet la situation vécue peut entraîner des troubles de langages ou alimentaires par exemple. Avec de petites caresses, des stimulations positives sur les joues, les lèvres, les gencives, la langue, la psychomotricienne essayait de déclencher les réflexes de succion ou de déglutition. Cela renvoie à des sensations agréables de l'oralité contrebalançant d'autres sensations négatives.

Ces sensations positives avec les caresses, les jouets à amener à la bouche, des textures différentes, vont pouvoir être assimilées, vécues, perçues par Mattéo. Le but est d'amener Mattéo à changer ces sensations positives en perceptions positives de l'espace oral tout en venant remplacer les sensations, perceptions négatives. Cela va permettre d'avoir une représentation davantage positive de son oralité et limiter les éventuels troubles.

Ce triptyque sensation, perception et représentation se retrouve aussi dans les acquisitions toniques à mettre en lien avec la relation à l'environnement. Comme nous l'avons vu le tonus est primordial dans la relation. Donc le développement de ce dernier est nécessaire à l'établissement de relations et d'interactions avec l'environnement de l'individu.

iii. Acquisitions toniques

Le cheminement moteur et les acquisitions des schèmes moteurs de base nous renseignent sur l'intégration et l'investissement tonique de l'enfant.

Le **tonus de fond** (ou de base) est l'état de légère tension des muscles même au repos. Ce tonus involontaire, présent tout au long de la vie de l'individu, est support des émotions et des expressions corporelles de l'enfant.

Le **tonus d'action** est la contraction musculaire volontaire permettant l'activité motrice.

Le **tonus postural** représente l'activité tonique minimale permettant la station debout et le maintien des équilibres statique et dynamique, en différentes positions.

Ces différents tonus se développent en même temps que le développement de la commande nerveuse. Au cours de son évolution, le nouveau-né passe d'abord par une hypertonie des membres et une hypotonie de l'axe. Ensuite le tonus s'adapte à l'environnement avec un redressement du tronc et un relâchement du tonus des membres.

Toutes ces acquisitions toniques vont permettre un tonus plus équilibré entre l'axe et les membres. Cela va entraîner l'appropriation de coordinations de plus en plus fines et complexes. Cette évolution est liée aux expériences et apprentissages moteurs, à la sensorialité ainsi qu'au contexte psychoaffectif.

Ce changement tonique intervient dans l'implication corporelle, dans le dialogue tonico-émotionnel avec sa mère. La répartition du tonus évolue, le contrôle du maintien de la tête est réalisé, les premiers comportements expressifs sont manifestes, les premiers regards alternants entre deux personnes signalent l'ébauche de la diffusion corporelle et l'ouverture de l'espace relationnel à un tiers.

Comme précisé dans la présentation de Mattéo, il était aidé par une ventilation artificielle. C'est une ventilation non invasive donc n'ayant pas recours à l'abord endotrachéal (sonde insérée par la bouche ou le nez).

Il avait donc un masque « full face » lui englobant tout le visage. Or ce masque était trop lourd pour sa tête et pour ses acquisitions motrices et toniques.

Cela a donc entraîné une prise de retard au niveau de son développement psychomoteur. En effet à cinq mois Mattéo ne tenait pas sa tête. Il pouvait suivre du regard mais était limité dans les mouvements cervicaux.

Son maintien de l'axe était hypotonique. A l'âge de Mattéo il est attendu des retournements ventraux et sur le dos lorsqu'il est allongé. Cette période est également celle où bébé attrape ses orteils et les porte à sa bouche. Ce sont des schèmes moteurs de base dans les acquisitions toniques de l'enfant.

En novembre, à six mois, Mattéo a eu une opération pour une pose de trachéotomie car il n'était pas sevrable de la ventilation assistée. Cette opération, malgré sa lourdeur, a entraîné d'importants changements toniques.

À la suite de cette opération il a pu très rapidement arriver à tourner la tête en direction du bruit, des stimulations visuelles. Il pouvait plus aisément suivre du regard et tenir sa tête. Mis sur le tapis d'éveil il a pu se montrer éveillé, plus tonique avec une motricité réflexe atténuée.

Grâce à cette opération, Mattéo a pu se débarrasser d'un poids l'empêchant d'entamer des acquisitions toniques importantes au développement psychomoteur. Les acquisitions se sont faites rapidement, les unes après les autres.

Avec la psychomotricienne nous mettions souvent Mattéo sur un tapis d'éveil en encourageant ses gestes avec des jouets, des peluches, des sourires et des approbations vocales. Il a pu effectuer des rotations de la tête et maintenir davantage la tête lors du portage. Lors du décubitus ventral, il pouvait de plus en plus longtemps relever la tête et suivre du regard. Il commençait à aller vers des retournements latéraux.

Tout cela a participé à l'établissement d'une nouvelle dynamique relationnelle avec ses parents mais aussi avec les soignants et notamment la psychomotricienne qui a pu proposer de continuer d'accompagner ses acquisitions.

Le tonus est support aux émotions. En effet les variations de notre tonus peuvent être la résultante de variation de nos émotions par rapport à des sensations que nous procure notre environnement.

b. Les émotions

« L'émotion sert de transition entre l'automatisme et la représentation. Le premier est la délimitation impossible entre l'action du corps et la réaction de l'objet, la seconde est l'aptitude intellectuelle comme seule façon de ne pas céder aux émotions. » (BALLOUARD, 2006, p.70)

La relation concerne aussi bien le psychique que le somatique. La mère a la capacité de mettre du sens sur l'éprouvé sensoriel de son enfant ce qui constitue le fondement même de son activité psychique.

Le bébé a des compétences et des capacités. Il a le pouvoir de faire intervenir l'autre par des cris, des pleurs qui sont compris par la mère sur un mode émotionnel, la mettent en alerte. Cet accordage se construit entre les deux au fur et à mesure que la relation évolue. Les émotions passent beaucoup par la communication non-verbale au début de la vie de l'enfant.

W. BION, psychiatre anglais, parle d'un modèle de « **contenant-contenu** ». À la naissance, le bébé n'a pas la capacité de synthétiser et de gérer seul ses impressions sensorielles, qui vont devenir des émotions. Il a besoin de ses parents pour l'aider à gérer ses impressions, ses éprouvés. Au départ, ses impressions sensorielles n'ont pas la capacité de se lier entre elles. Le bébé ne peut que les expulser à l'extérieur (élément bêta). La **fonction de rêverie maternelle** permet de transformer les éléments bêta en élément alpha qu'il va pouvoir synthétiser. Les éléments bêta expulsés par le bébé sont détoxifiés par la personne qui s'occupe de lui. La mère va accueillir les impressions sensorielles et les émotions de son enfant à l'état brut. Ce rôle de réception et de transformation est la fonction contenante de la mère qui donne cohérence et sens aux projections du bébé. Cette fonction de **pare-excitation** amène la mère à doser les moments d'excitation et d'apaisement qu'elle apporte à son bébé.

Le nourrisson ne parle pas avec son corps comme plus tard avec des mots, c'est sa mère qui parle pour lui, qui traduit en paroles mais aussi en geste, en toucher, les émotions qui s'expriment par le corps du bébé.

Les émotions peuvent se traduire dans le dialogue tonico-émotionnel à travers des manifestations toniques et la communication non-verbale.

Lors des nombreux soins invasifs ou non que Mattéo pouvaient recevoir, certains lui étaient désagréables. Il se mettait à pleurer, à grimacer, à bouger très énergiquement. On observe donc une agitation psychomotrice avec un recrutement tonique plus important.

Ce sont des signes extérieurs des émotions que ressentait Mattéo. Ces signes d'alerte font intervenir la mère qui va mettre en mots ces émotions débordantes.

Elle va détoxifier ce vécu trop brut pour Mattéo et lui renvoyer des sensations davantage assimilables. Elle va le caresser, lui parler doucement, le contenir, le sécuriser.

Cette fonction de pare-excitation a aussi pu être apportée par les soignants. Ce sont effectivement eux qui font les soins vécus difficilement comme les prises de sang, les mises en place des différentes sondes (nasogastrique, urinaire). Pour ne pas laisser Mattéo dans ce vécu trop compliqué pour lui, ils essayent de transformer la gêne en une sensation plus acceptable. Pour cela ils lui chantent des comptines, lui parlent doucement en expliquant ce qu'ils font, le caressent, lui sourient...

Lors d'une séance de psychomotricité, nous nous sommes rendu compte que Mattéo se sentait dépassé par les sensations qu'il recevait. Nous n'arrivions pas à calmer ses pleurs. La maman, qui participait à la séance, a pris Mattéo dans ses bras et a réussi à apaiser Mattéo en le berçant, en lui parlant, en mettant en mots ce qui avait pu le contrarier. La mère a un lien tout particulier à l'enfant. Par les hormones et par ce lien à son enfant, la mère et l'enfant sont dans une relation que le soignant ne peut égaler.

Cette capacité qu'a la mère de détoxifier le vécu de son enfant pour lui renvoyer des sensations plus acceptables trouve une cohérence avec le concept d'un autre auteur. D. WINNICOTT lui, développe le concept de préoccupation maternelle primaire.

c. La préoccupation maternelle primaire

Durant la grossesse et à la naissance de son enfant notamment, la mère développe une hypersensibilité. Elle perçoit plus finement les légères variations toniques et émotionnelles de son enfant. Elle perçoit ses besoins par la communication non-verbale, le dialogue tonico-émotionnel, le tonus, la communication verbale. Elle manifeste ainsi une empathie à son égard qui lui permet de savoir ce qu'il ressent, de s'adapter aux besoins de son enfant et d'apporter les réponses adéquates.

D. WINNICOTT a conceptualisé la notion de « **préoccupation maternelle primaire** » (WINNICOTT, 1956, p.285-291) dans la construction du sujet dans ses premiers mois de vie. C'est un état psychique, sain et temporaire, dans lequel se trouve la mère « suffisamment bonne » durant les premiers mois de vie de son enfant. Elle manifeste une sensibilité et une écoute qui lui permettent de s'adapter et de comprendre les besoins de son bébé. L'échange archaïque entre la mère et son bébé s'appuie sur la valeur communicante du tonus, des postures, du regard, des mimiques. Dans cette interaction, les moindres variations toniques de l'un et l'autre sont perçues et sont à l'origine d'une adaptation tonique.

La mère joue le rôle de miroir pour l'enfant car elle peut se mettre à la place de son nourrisson.

Le concept de « **good enough mother** » (ce qui signifie « **mère suffisamment bonne** ») regroupe le holding, le handling et l'object presenting.

- Le **Holding** (« maintien ») désigne la façon dont l'enfant est porté, tant sur le plan corporel que psychique. Cet accordage tonique de la mère envers son nourrisson apporte à ce dernier un sentiment de sécurité au travers cet aspect contenant répété.
- Le **Handling** est la manière dont le bébé est manipulé, soigné, la manière dont la figure maternelle s'occupe de lui dans tous les actes du quotidien. Ces manipulations permettent au nourrisson de se constituer une intériorité et des limites corporelles.

Ces deux notions font appel au dialogue tonique, à l'accordage de cette relation mère-enfant, et les engagent sur les plans physique et affectif.

- L'**object presenting** correspond à la manière dont la mère présente son environnement à l'enfant. Il y a un lien entre l'état fusionnel de la mère et de son enfant vers un état de différenciation.

La « good enough mother » apporte à l'enfant un sentiment de sécurité. Ce sentiment de sécurité est nécessaire pour que l'enfant prenne confiance et puisse aller explorer son environnement. Pour D. WINNICOTT, la préoccupation maternelle primaire permet l'évolution du bébé de la dépendance totale à l'indépendance relative. L'individuation est progressive.

La mère est la première à investir le corps de son enfant par des actes de soins se rapportant aux notions de holding et handling de D. WINNICOTT. Or, dans un contexte d'hospitalisation, les premières personnes à investir le corps de l'enfant sont les soignants qui exercent des soins corporels intrusifs et agressifs. L'hospitalisation de longue durée a un impact sur la mise en place des liens mère-enfant durant les prémices de la vie du bébé. En effet, elle engendre une séparation brutale difficile à vivre à la fois pour l'enfant et pour ses parents.

En plus de ces soins de maternage communs, en hospitalisation de cardiologie pédiatrique, il y a d'autres soins à apporter. Il y a des soins techniques comme changer et nettoyer des canules de trachéotomie ou de gastrostomie. Ou encore donner le bain à son enfant mais en prenant en compte toutes les électrodes, sondes et tuyaux sur le corps de cet enfant.

Les parents de Mattéo ont dû apprendre des soins techniques réalisés habituellement par les soignants.

Ce sont des soins peu communs mais qui sont nécessaires, vitaux pour Mattéo. Les parents ont voulu apprendre auprès des soignants pour pouvoir retrouver leur place auprès de leur enfant. Les parents sont sollicités pour ces soins dans le but de maintenir et de guider la relation entre eux et Mattéo.

La psychomotricienne a pu apporter des conseils sur le portage de leur enfant, l'importance du « holding ». Et bien sûr préciser les gestes techniques que pouvaient faire la mère surtout en tenant compte de la notion de « handling ». Le contexte médicalisé vient en fait retravailler l'inné en acquis pour le parent. Par cette situation, les parents doivent apprendre à porter Mattéo en tenant compte de sa vulnérabilité. Ils lui apportent des soins différents de ceux proposés communément. Le monde perçu et montré par les parents n'est pas celui du quotidien et il faut se réadapter.

Enfin, pour encourager Mattéo à bouger, explorer, se mettre en mouvement dans son environnement, la psychomotricienne appuiera sur l' « object-presenting ».

Elle indique aux parents comment présenter un jouet coloré, contrasté, hors de portée pour la préhension mais bien visible pour Mattéo. Ainsi Mattéo aura envie de l'attraper et va devoir effectuer soit des retournements, soit des mouvements de reptation par exemple.

Cette préoccupation maternelle primaire est importante pour que l'enfant soit porté, contenu et parlé en relation avec son environnement. Cette communication est un point conséquent de la relation. Il n'y a pas seulement la communication orale qui rentre en jeu dans les relations, dans les interactions.

d. La communication

La communication c'est lorsqu'un émetteur envoie un message à un récepteur grâce au support (mots, images, pictogrammes...). Il y a communication à partir du moment où il y a une relation, un échange, une bidirectionnalité. C'est un phénomène social, elle est donc régie par des règles, des codes, des normes sociales qui varient en fonction des cultures.

La fonction tonique du nourrisson est un moyen de communication à part entière. Elle reflète les émotions, les demandes à travers des regards, des mimiques, des postures... Au début de la vie, les réponses apportées à l'enfant nécessitent un corps à corps entre l'adulte et le bébé.

Dès sa naissance le bébé va utiliser la communication non-verbale, puis, fort de sa capacité à regarder, écouter, ressentir des émotions, il va utiliser l'imitation et la découverte de son appareil bucco-phonatoire pour s'inscrire peu à peu dans l'oral. Il a des ressources innées. Dès ses premiers jours de vie, le bébé est capable de discriminer la voix maternelle et les voix humaines parmi d'autres sons. La voix maternelle, avec la communication infra-verbale, par son timbre, sa prosodie et ses modulations de voix, crée pour le nourrisson un support de relation. Cette voix est l'accompagnement mélodique de toutes les situations d'échanges corporels. Certains auteurs qualifient ce langage de « *mamané* ». La traduction maternelle des sons de l'enfant en message, complétée par les verbalisations, donne un sens aux émotions corporelles que le bébé éprouve.

Au cours des premiers mois de vie, toute évolution perceptivo-motrice, affective, cognitive et comportementale, aura pour cadre l'interrelation mère-bébé.

Le nourrisson est assujéti au code langagier d'un autre. Le code de communication est constitué d'odeurs, de mimiques, de gestes, de sons et de paroles. À travers les échanges parlés, des signifiants codés s'établissent. Et les codes partagés entre le bébé et la mère structurent un sentiment d'existence, une sécurité, une vitalité. Ce code est culturel, social. L'être humain est un être social.

D'après C. NOUGAROLLES, orthophoniste, dans l'ouvrage « *Bébé s'exprime par signes !* » :

- **De la naissance à 2 mois environ** : le bébé est dans une perception qui engage tous ses sens, il perçoit des bruits et des attentions qui lui sont portées (regards, touchers).
- **À partir du 2^e ou 3^e mois** : il commence à exprimer des sons, il teste sa voix avec ses premières productions vocales (les lallations, appelées aussi gazouillis) qui vont s'organiser peu à peu et devenir le babil (=ensemble de toutes les productions vocales du bébé).
- **Quelques mois après sa naissance** : un nourrisson peut imiter les mimiques faciales d'un adulte (sourire, tirer la langue...).

Ces différentes étapes du développement de la communication ne sont pas figées, les durées peuvent varier selon les enfants mais l'ordre reste identique.

La qualité d'écoute et d'observation du psychomotricien est importante. Et il faut renvoyer ces qualités au patient. Les soins de psychomotricité sont indiqués pour intervenir sur la communication à différents niveaux : sur l'aspect relationnel, le plaisir, l'envie de communiquer dans le lien mère-enfant.

Mattéo a eu d'importantes entraves à sa communication verbale comme non verbale. Durant ses premiers mois, à cause du masque « full face » trop lourd, pouvant avoir des reflets, isoler du bruit, la communication non verbale était difficile.

Il ne pouvait pas bien suivre du regard ni sourire en réponse à chaque fois. Le sourire est censé être développé vers six semaines. De plus avec le bruit de la ventilation il ne devait sûrement pas entendre toutes les stimulations auditives offertes par ses parents et par les soignants. De ce fait le babillage, ce dialogue sur le mode gestes-mimiques, développé vers quatre mois n'était pas développé comme chez les enfants de son âge.

Ensuite, le masque a laissé la place à la trachéotomie. La communication orale est entravée chez les enfants trachéotomisés. En effet, pour la phonation c'est la vibration de l'air sur les cordes vocales situées dans le larynx qui permet la parole. Avec une trachéotomie, l'air venant des poumons ressort directement par l'orifice de la trachéotomie sans aller faire vibrer les cordes vocales. Donc pendant quelques temps Mattéo n'avait pas la possibilité de développer sa communication verbale, orale.

Quelques jours plus tard il a bénéficié d'un ajout de clapet de phonation. Ce dernier est ajouté sur l'appareil de trachéotomie. Il laisse passer l'air à l'inspiration mais se ferme lors de l'expiration. Cela permet donc la production de sons. Il a donc pu en produire quelques-uns et s'étonner des bruits qu'il pouvait faire.

Lors des séances de psychomotricité nous mettions systématiquement le clapet phonatoire sur la trachéotomie. Notre but était qu'au cours des différentes expériences que Mattéo allait vivre en séance il vive aussi l'expérience sonore. Les sons étaient timides au début, plus forts et plus fréquents par la suite. Mattéo se réappropriait cette capacité sonore.

De manière générale, la communication corporelle était plus importante que la communication orale. Mattéo privilégiait davantage le corps comme support de communication et de relation.

Cette relation mère-enfant est la première à se mettre en place pour le nourrisson. Cependant il y a généralement une personne tierce pouvant intervenir dans cette relation afin d'éviter une fusion mère-enfant.

e. La place d'un tiers

Le père dont je vais parler n'est pas nécessairement le père géniteur, ce qui compte c'est que cette personne soit reconnue par la mère. Par « père » j'entends la personne tierce (pouvant être le père biologique, ou encore une grand-mère par exemple).

Il y a un père qui inscrit son enfant dans une filiation, le reconnaît comme une personne différente de lui et de la mère. A travers ce père qui le reconnaît et l'individualise il y a une intégration dans le monde du langage. Ce rôle est essentiel dans l'autonomisation, les relations et la sociabilisation de son enfant.

Le père a un rôle différent mais complémentaire de celui de la mère dans le développement de l'enfant. Il joue un rôle dans la défusion mère-bébé, il vient ouvrir leur relation duelle aliénante.

« Une famille, ce n'est pas seulement une mère et son bébé. Le rôle du père pendant ces premières semaines est important. Dans les premiers jours, il se sent souvent débordé et désemparé, exclu de la relation entre la mère et l'enfant, [...], il va trouver une place, différente de celle qu'occupe la mère, mais qui lui sera reconnue par elle et par l'enfant » (BINEL, 2000, p.57).

En psychologie, la fonction paternelle se manifeste notamment dans cinq secteurs, avec des rôles que le père peut classiquement jouer auprès de la mère et son enfant :

- La **protection** : le père doit être présent physiquement et psychologiquement, afin que la mère et son enfant puissent compter sur lui.
- L'**éducation** : le père représente l'autorité et la loi. Il a une fonction surmoïque.
- L'**initiation** : le père initie l'enfant aux règles de la société. Il a la fonction d'humaniser l'enfant afin de pouvoir l'intégrer dans le monde adulte et social.
- La **séparation** : le père a la fonction de séparer l'enfant de la mère et la mère de l'enfant.
- La **filiation** : l'enfant a besoin de savoir qu'il s'inscrit dans une lignée qui possède une histoire.

Le père est ainsi un partenaire ludique et stimulant pour son enfant, il étaye ses découvertes motrices, son exploration du monde environnant ainsi que ses désirs d'autonomie.

Il est possible de distinguer deux rôles attribués au père, le « **paternage** » qui comprend les soins prodigués par celui-ci à son bébé, et la « **paternalité** » (LAMOUR, LEBOVICI, 1989, p.6) qui correspond à sa place de tiers dans la relation fusionnelle entre la mère et son enfant.

Ainsi, c'est notamment à travers ces interactions précoces entre le bébé et son père que l'enfant va pouvoir passer d'une symbiose avec sa mère à une enveloppe différenciée et contenant.

Le père de Mattéo venait le weekend à l'hôpital. En semaine, il continuait son activité professionnelle dans un autre département et était donc éloigné physiquement de sa femme et de son fils. D'après la mère « Le papa s'est beaucoup investi. Tous les week-ends il était à nos côtés ainsi que pour toutes les opérations. Il a donné beaucoup de force à Mattéo et moi ». D'après la psychologue du service, le père éprouvait une difficulté à trouver sa place et compensait énormément les weekends.

Pour la mère de Mattéo le père a été important dans ces moments-là pour soutenir physiquement et psychiquement l'équilibre de la famille. Il avait un rôle de relais pour la mère.

Il permettait aussi à la mère de partir se reposer dans la « Maison des Parents » pour qu'elle puisse revenir reposée et davantage disponible la semaine suivante.

Aussi, il mettait beaucoup Mattéo sur le tapis d'éveil pour jouer avec lui et voir ses progrès. Il était donc stimulant pour le développement psychomoteur de Mattéo.

La psychomotricienne a, tout comme avec la mère, encouragé le père à investir ce nouveau-né et à s'approcher de Mattéo. Elle a étayé ce rôle de personne tierce en encourageant le père à prendre Mattéo mais aussi en lui expliquant les gestes de portage, des conseils pour jouer au tapis et stimuler les expériences psychomotrices pour son développement.

Lorsque le psychomotricien prend en soin un nourrisson ou un enfant il va être en relation avec ses parents. Il ne va pas forcément faire une prise en charge systémique mais devra tout de même inclure les parents dans le soin.

2. La relation entre les parents et le psychomotricien

Lors d'une prise en charge en service pédiatrique, comme nous l'avons vu dans les vignettes cliniques précédentes, nous sommes amenés à rencontrer et à accompagner les parents.

En tant que psychomotricien il est important de créer et d'entretenir une relation avec les parents ou les personnes qui s'occupent de l'enfant. En effet ces personnes savent nous renseigner sur comment l'enfant était à la maison, sur ses habitudes... De plus il faut qu'ils se sentent investis afin qu'ils continuent d'apporter des soins à l'enfant lors de la sortie d'hospitalisation.

Comme j'ai pu l'évoquer dans ma partie sur la *Relation mère-enfant*, les parents sont les personnes connaissant le plus l'enfant et donc le psychomotricien doit pouvoir laisser une place aux parents.

a. La place des parents dans la prise en soin de leur enfant

« *Les aspects archaïques des processus de pensée, qui ont pour source les premiers soins, le bain relationnel et les représentations parentales, se structurent à travers le développement corporel et la mise en place de l'instrumentalisation psychomotrice.* »
(GATECEL, 2009, p.16)

Nous comprenons ici l'importance des liens issus de la relation parents-enfant.

Pendant les séances, nous prenons en considération tout à la fois, l'enfant et les parents, ainsi que l'ensemble parents-enfant, tout en nous centrant sur l'enfant. En tenant compte des troubles présentés par l'enfant au niveau corporel, relationnel, affectif, cognitif et en proposant un travail adapté à ces troubles, nous pouvons influencer sur le lien parents-enfant.

Le psychomotricien se place dans une position neutre et bienveillante auprès de la famille.

Les services de réanimation et d'hospitalisation pédiatrique se préoccupent de plus en plus d'assurer une prise en charge globale de l'enfant. Il y a une plus grande place pour les parents. Souvent les parents veulent participer aux soins afin de reprendre leur place auprès de leur enfant. Il est important qu'ils ne soient pas uniquement des soignants auprès de cet enfant mais qu'ils gardent leur place de parents. Nous pouvons les solliciter pour les soins afin qu'ils aient un rôle protecteur, soutenant, tout en conservant leur place particulière de parents.

Lors des hospitalisations il est courant de voir les parents vouloir continuer leurs soins parentaux communs. Or, Mattéo nécessitait des soins techniques et médicaux moins communs. Il fallait changer les canules de la trachéotomie, nettoyer la gastrostomie, faire les pansements, positionner les électrodes de surveillance de l'oxygène et du rythme cardiaque...

L'équipe soignante a pu solliciter les parents pour qu'ils observent et apprennent à faire ces gestes techniques et qu'ils puissent les réaliser eux-mêmes.

Lors de ses séances, la psychomotricienne a donné des conseils sur le portage et les mobilisations de l'enfant lors de ces soins. Par exemple, lors des changes ou des bains, il est important de regarder son enfant, de lui parler, de favoriser le regroupement. La psychomotricienne et les parents de Mattéo ont eu un regard croisé sur Mattéo, elle a pu mettre en mot les difficultés de l'enfant que les parents avaient observées. Lorsqu'elle arrivait dans le box et que la mère rapportait que Mattéo ne bougeait pas son bras gauche la psychomotricienne devait analyser la demande et s'adapter. En fonction de la demande et de la possibilité de réalisation à cause des soins techniques, la psychomotricienne montrait à la mère comment stimuler Mattéo.

Ici, la psychomotricienne valorise les compétences des parents avec un travail de guidance parentale. Elle travaille sur la confiance et l'assurance des parents pour qu'ils puissent réaliser les soins. Pour cela elle explique ses gestes, montre que le bébé est capable de cheminer à sa manière, qu'on peut l'accompagner et investir la relation avec lui.

Pour que les parents trouvent leur place dans la prise en soin de leur enfant il faut les inclure dans celle-ci. En leur montrant les séances, en décrivant ce que réalise leur enfant, cela peut leur montrer toutes les capacités et compétences qu'a leur enfant.

b. Démonstration et valorisation des compétences de leur enfant

Pendant son travail auprès du jeune enfant, le psychomotricien met en évidence les compétences de l'enfant sous les yeux des parents présents. Ce travail peut modifier les représentations qu'ont les parents de l'enfant.

Il peut, à terme faire en sorte que les parents investissent davantage ou d'une nouvelle manière leur enfant compétent. Pour ce faire, le psychomotricien va établir un cadre dans lequel vont se jouer des situations, des expérimentations, qui vont établir un lien interrelationnel entre les parents, leur enfant, et lui-même.

Il est important d'expliquer et de montrer aux parents, que leur enfant fait des acquisitions. Elles vont se faire naturellement, au rythme de l'enfant. Les parents peuvent stimuler, engager des jeux, des échanges, des sensations, permettant une maturation neuromotrice de l'enfant.

Lors de l'évaluation psychomotrice ou lors des séances, le psychomotricien pourra faire mieux connaître aux parents les particularités de leur enfant. Cette connaissance permettra un accompagnement plus adapté. Il pourra mettre en évidence les compétences et les capacités ainsi que faire émerger les potentialités de l'enfant aux yeux de ses parents. Même hospitalisé en cardiologie pédiatrique, un bébé dispose de compétences sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour valoriser l'enfant, sa confiance en lui et que les parents reprennent confiance en eux et en lui.

Les parents anxieux ou affectés par un retard psychomoteur, un handicap, de lourdes opérations sont impressionnés, émerveillés, voire même apaisés et soulagés, par une interaction positive avec leur enfant.

Au fur et à mesure des séances de psychomotricité proposées à Mattéo, la mère observait les capacités, les compétences et les progrès réalisés par son enfant.

D'après elle, « au début, on ne s'est pas rendu compte du retard psychomoteur qu'il pouvait avoir et nous avons pu voir l'évolution qu'il a eue avec les séances ».

La psychomotricienne a pu montrer aux parents ce que leur enfant savait faire mais aussi leur donner des conseils pour qu'ils puissent refaire les activités par eux même. Par exemple lors d'une séance au tapis d'éveil, nous stimulons les retournements. Pour se faire, nous amenions un jouet hors d'atteinte de Mattéo plutôt en arrière, cela l'incitait à se retourner pour se rapprocher de son jouet. Ensuite, une fois en décubitus ventral, la psychomotricienne a placé ses mains sous les pieds de Mattéo pour observer s'il venait à pousser pour aller vers de la reptation.

Cette stimulation était très intéressante car Mattéo investissait cette séance et montrait, malgré un retard psychomoteur, des capacités à se mouvoir et à chercher le déplacement.

Les parents ont tous deux appliqué les conseils de la psychomotricienne et se sont servi des clés qu'elle avait données pour continuer à stimuler Mattéo de manière appropriée. Lors de la séance suivante, nous sommes revenus au tapis pour observer les acquisitions de Mattéo. Il effectuait tout seul les retournements latéraux et revenait seul sur son dos.

Cette valorisation de l'enfant afin de favoriser l'investissement parental doit être sous couvert d'une guidance de la part du psychomotricien.

c. La guidance parentale

Un travail de **guidance parentale** peut être réalisé dans le cadre d'un suivi du très jeune enfant. « *La guidance parentale les aide à devenir les parents qu'ils souhaitent être, tout en considérant les besoins et les intérêts de l'enfant. Elle s'accompagne d'une information relative à l'état des connaissances en matière de développement des enfants et de leurs besoins tout en valorisant les différentes ressources des parents* ». (<http://www.pascalanger.fr/guidance-parentale>)

Par leurs attitudes et leurs réponses aux appels, aux besoins de leur enfant, les parents ont une influence directe sur son évolution. En valorisant les comportements adaptés et ajustés des parents dans les interactions avec leur enfant, le psychomotricien les étaye dans leurs capacités à exercer leurs fonctions de contenance et de pare-excitation comme décrite par W. BION (cf. partie II.1.b.).

Le psychomotricien va expliquer aux parents que leur enfant grandit à son rythme, fait ses expériences et qu'il faut le soutenir sans vouloir aller trop vite. Bien que l'enfant soit hospitalisé, qu'il ne soit pas dans un environnement des plus appropriés pour faire ses expérimentations, il est important de les guider pour accompagner les acquisitions psychomotrices. Avec les parents nous devons essayer d'établir très rapidement un climat de confiance qui va devenir une aide précieuse et indispensable pour la pratique. Nous pouvons indiquer les manières d'accompagner l'enfant, à travers des modalités sensorielles et motrices variées (tactiles, kinesthésiques, visuelles, auditives...).

Pour impliquer les parents, le psychomotricien peut les placer comme acteurs de la prise en soin et leur indiquer leur importance dans le développement de l'enfant. Les parents pourront s'inspirer des propositions faites en séance illustrant ainsi l'aspect transitionnel du travail en psychomotricité.

La psychomotricienne a pu établir une guidance parentale importante dans le cas de cette prise en charge.

Au début de cette prise en soin, Mattéo était sédaté et avait encore le thorax ouvert. Si la psychomotricienne n'effectuait pas de séance à proprement parler avec l'enfant, elle jouait un rôle important auprès des parents pour qu'ils puissent établir une relation. Elle encourageait les parents à venir voir leur enfant, lui faire quelques caresses... Montrer que cet enfant est bien là et qu'il peut être touché et investi dans une relation. Lorsque la psychomotricité se trouve être le premier lien de cette famille avec le soin non somatique, il y a un objectif d'établir ou de rétablir un accordage affectif.

Ce travail autour de cet accordage affectif est établi en vue de créer la relation parents-enfant. Cela a pu permettre par la suite, lorsque la mère avait investi Mattéo, une relation affective. Lorsque Mattéo émettait un son ou une mimique, la mère répondait naturellement en verbalisant ou en le caressant.

Cela pouvait permettre par la suite de créer des répétitions et de sécuriser Mattéo afin qu'il puisse faire des explorations et se développer sur le plan psychomoteur.

De plus, la psychomotricienne a pu aussi montrer des exercices et activités pensés pour le développement psychomoteur de Mattéo en tenant compte de ses difficultés respiratoires, cardiaques. Par exemple, elle n'a proposé le tapis d'éveil que lorsque Mattéo avait acquis un tonus suffisant. Elle n'a stimulé les retournements que lorsque la plaie thoracique de l'opération était entièrement cicatrisée.

Les parents ont pu poser leurs questions quant à l'achat de jouets, tapis, chariots pour leur retour à domicile. Là, la psychomotricienne a indiqué les matières, jeux, activités plus favorables au développement psychomoteur ainsi que les gestes à avoir pour soutenir l'exploration.

3. L'investissement parental d'un enfant malade

Lors de la naissance d'un enfant porteur d'une pathologie lourde, les parents doivent faire face à beaucoup d'émotions. Dont notamment le deuil de l'enfant idéal. Il est nécessaire de rappeler que le deuil de l'enfant idéal est vécu par tous les parents. Dans le cas d'enfant ayant une pathologie cardiaque, il y a le deuil de l'enfant idéal ainsi qu'une sensation de vulnérabilité de leur enfant.

« Une altération de l'équipement de base (moteur, sensoriel, neurologique) est une entrave évidente aux expériences et compétences du nourrisson, mais aussi une blessure infligée directement à la rencontre entre le corps de la mère et le corps de l'enfant. Dans le cadre de la clinique psychomotrice, c'est cette blessure-là qu'il s'agit de soulager ». (GAUBERT, 1993, p.30)

a. Le deuil de l'enfant idéal

« La survenue de la maladie sera vécue irrémédiablement comme une rupture brutale de l'équilibre familial, un séisme atteignant les parents dans leur fonction même, leur histoire propre et l'histoire qu'ils sont en train de nouer avec ce tout petit » (BEN SOUSSAN, 1995, p.19). L'annonce d'un handicap est violente. P. BEN SOUSSAN, pédopsychiatre, parle du bouleversement rencontré lors de l'annonce d'une malformation, d'un diagnostic, que ce soit un handicap physique ou psychique.

Pendant la grossesse, la mère a rêvé son nouveau-né, imaginé son bébé, en quelque sorte idéalisé ce bébé. C'est pour cela que l'on parle « d'enfant idéal ».

À la naissance, elle découvre son « enfant réel ». Ainsi, la naissance d'un enfant porteur d'une maladie cardiaque constitue une épreuve pour les parents. L'arrivée au monde de ce bébé porteur d'une pathologie lourde qui laisse des traces corporelles comme les cicatrices d'une intervention chirurgicale cardiaque, engendre une souffrance parentale insoutenable.

Une anomalie grave provoque chez les parents une succession d'émotions variables en intensité et en durée. Ils doivent alors faire le **deuil de l'enfant idéal**. En effet, « *s'il est en danger vital, ce n'est pas un travail de reconnaissance et d'inscription dans la famille qui va se faire d'emblée, mais un travail de deuil.* » (BINEL, 2000, p.64)

Le deuil est un état de souffrance réactionnelle à la perte d'un objet. Il s'accompagne plus ou moins intensément d'une crise d'identité. Plus spécifiquement, le travail de deuil désigne l'ensemble des réactions psychiques qui suivent la perte. Pour la description qui suit je m'appuie sur les travaux de E. KÜBLER-ROSS, psychiatre, et de son ouvrage « Sur le chagrin et le deuil ».

- Souvent commencé par un **déni**, par l'impossibilité à accepter immédiatement la perte ou la différence, c'est un état de choc initial. Le déni aide à gérer inconsciemment les émotions que procure cet événement. C'est un mécanisme de protection psychique.
- La **colère** peut alors apparaître chez des parents qui sont dans l'incompréhension et la révolte. Elle n'est pas nécessairement fondée ni logique. Elle peut s'adresser ainsi au corps médical, à eux-mêmes ou même à leur enfant. Elle peut apparaître parfois sous forme de culpabilité.
- Puis, le **marchandage ou l'angoisse** de ne pas savoir comment agir face à cet enfant souffrant. Cet état peut faire croire qu'il y a encore une possibilité de changer les événements.

- La **dépression** peut s'en suivre, provoquée par la tristesse, l'impuissance et la culpabilité des parents.
- **L'acceptation** permet d'admettre la permanence de ce qui se passe, apprendre à vivre avec. Il est essentiel d'accompagner les parents dans cette phase qui leur permettra de commencer à se reconstruire, d'élaborer un projet autour de l'enfant, tout en préservant l'équilibre familial.

Dès les prémices de la rencontre des parents avec leur enfant, il est nécessaire de préserver l'attachement. Il faut rendre à l'enfant sa dignité de personne, il ne se réduit pas à la malformation ou à la maladie qu'il porte. Cet enfant est à prendre en compte dans sa globalité avec ses caractéristiques et ses besoins qui lui sont propres.

Ainsi, il faut permettre aux parents d'établir ces premiers contacts et liens, si importants pour l'avenir de la relation parents-enfant. L'accompagnement dans leur parentalité nécessite de les impliquer autant que possible dans les soins, de ne pas les juger, ainsi que de s'abstenir de prendre les décisions à leur place. Il est primordial d'élaborer un projet pour l'enfant et sa famille.

b. Les particularités des services de cardiologie pédiatrique

« L'hôpital oblige à une nouvelle adaptation, à de nouveaux aménagements, à la confrontation avec la maladie certes angoissante, mais aussi avec un fonctionnement institutionnel et une équipe soignante. Par de savants jeux d'identification ou de projection, le bébé malade rend ses parents malades, d'une maladie certes différente, plus souvent portée par le psychisme mais qui demande d'être entendue et soulagée » (BEN SOUSSAN, 1995, p.20)

Lorsque l'enfant est hospitalisé en cardiologie pédiatrique, les parents souhaitent naturellement le protéger. Dans ces services, les enfants sont entourés de machines imposantes et bruyantes. Cela peut impressionner les parents. L'aspect du bébé peut aussi provoquer des difficultés pour les parents à entrer en contact avec lui. Les bébés sont reliés à ces machines, parfois sédatisés, intubés... Cela peut provoquer de l'anxiété et de la culpabilité chez les parents. C'est une inquiétude, un mal-être, une réaction normale. Les parents se rendent compte de la vulnérabilité de leur enfant. C'est une situation fréquente que doivent gérer et accompagner les soignants.

Nous nous devons d'écouter, d'être disponible, de maîtriser ces réactions afin d'offrir un accompagnement adapté aux parents mais aussi à l'enfant. Les soignants vont permettre de faire découvrir le bébé aux parents et les encourager à se laisser aller aux gestes maternels qui pourraient être perçus comme dangereux et interdits.

Les parents souhaitent également transmettre aux soignants des informations concernant leur enfant : ses habitudes, ses besoins et ses manières de s'exprimer. Ils ont parfois besoin de se confier. Lorsqu'ils reçoivent des annonces, que des émotions sont trop intenses, les parents peuvent avoir des réactions physiques demandant une réponse de la part des soignants. L'équipe soignante pourra réassurer, accompagner, écouter...

Le contexte d'hospitalisation longue en cardiologie pédiatrique a de nombreuses répercussions sur l'enfant et sa famille. Au début de cette hospitalisation le nouveau-né se retrouve avec des repères qui ne sont pas adaptés à l'enfant, entouré d'une multitude de soignants qui se préoccupent avant tout de son état de santé physique. Le rythme de soin est inadapté à l'enfant. Les prises de sang, de paramètres vitaux ne s'adaptent pas au rythme propre du nourrisson. L'environnement hospitalier est alors à la fois hyper-stimulant concernant les agressions sur le corps vulnérable du nouveau-né, et hypo-stimulant en soins relationnels qui habituellement nourrissent la vie psychique de l'enfant.

En réanimation et en soins intensifs, la présence permanente des parents est impossible mais cette séparation peut être aménagée. L'enfant a besoin de stimulation affective pour s'éveiller, surmonter cette période, se développer et créer les premiers liens avec sa mère, qui vont être indispensables à son développement ultérieur.

c. Le rôle du psychomotricien auprès de parents ayant un enfant hospitalisé en cardiologie pédiatrique

« L'objectif thérapeutique sera d'éviter une fixation morbide au handicap, pour que le bébé soit sujet de désirs et non objet de soins » (GAUBERTI, 1993, p.27)

Le psychomotricien a la particularité, lors de la rencontre ou des séances qui suivent, de chercher l'enfant là où il est. Nous allons regarder comment il est, comment il se comporte, se déplace, regarde, bouge... Nous n'évaluons pas seulement les manques, les déficits mais nous montrons aussi les capacités et les compétences auprès des parents. Les parents vont voir leur enfant comme un enfant compétent.

Cela va permettre à l'enfant de se sentir investi, contenu et soutenu. Le psychomotricien aide à porter un nouveau regard sur l'enfant.

Le psychomotricien peut aussi encourager le parent à repérer lui-même les compétences de son enfant et à venir les stimuler. Par l'étayage offert par le psychomotricien, c'est l'enfant lui-même qui, renarcissisé, va renarcissiser ses parents, et leur permettre ainsi de se replacer en tant que parents d'un enfant qui évolue, se développe à sa façon. Il faut savoir écouter les demandes des parents et apprécier leurs repérages pour les étayer. Nous sommes là aussi pour les déculpabiliser et favoriser leur place de parents ayant des compétences et un savoir-faire. A travers ce travail de guidance parentale, le psychomotricien aide les parents à se replacer dans leur rôle de parents et non de soignants.

Le travail du psychomotricien auprès de l'enfant hospitalisé sera de l'aider à vivre avec sa déficience, de la rééduquer ou d'accompagner le développement psychomoteur. Cela en établissant une relation physique et psychique de confiance.

Il devra aussi réaliser un travail en collaboration avec les parents de l'enfant afin qu'il y ait une continuité entre les séances. Il est important qu'ils se saisissent des conseils sur les exercices mais aussi sur les manières de porter, sur la création du lien affectif indispensable au bébé. En psychomotricité nous privilégions les situations de relations, d'expression corporelle, des émotions... Nous ne nous fixons pas sur le déficit, nous prenons en soin un enfant dans sa globalité.

Les parents de Mattéo ont dû faire le deuil de l'enfant idéal. Au moment de l'annonce du diagnostic les parents ont eu un choc important. Le cheminement, qui a été compliqué, s'est fait au rythme des informations médicales et les parents ont décidés de continuer la grossesse.

La mère explique même qu'après l'annonce du diagnostic ils ont eu du mal à préparer une chambre, acheter des affaires pour Mattéo. Ils se situaient dans une phase de déni. Ensuite, dès la naissance, la séparation avec Mattéo a été mal vécue car brutale, ne laissant pas le temps à la mère de réaliser.

Lorsqu'elle a pu rejoindre son enfant hospitalisé sa vie était dépendante des machines. Elle n'avait pas l'impression de remplir ses fonctions maternelles, elle ne savait pas comment protéger et sécuriser son enfant. Mattéo a longtemps été hospitalisé, avec de nombreuses complications qui éloignaient les parents de leur rôle.

La mère a ressenti de la culpabilité dans les phases les plus compliquées. La psychomotricienne pouvait apporter à ces moments-là son écoute et son soutien.

Au fur et à mesure des séances avec la psychomotricienne, les parents ont appris à connaître Mattéo et à travers sa maladie ils ont vu apparaître des qualités et des compétences. Lorsqu'ils voient Mattéo se développer au niveau psychomoteur, ils voient en lui un enfant combattif surmontant ses difficultés. Ils ont réinvesti leur enfant et en un sens ils expriment que pour eux c'est un enfant idéal.

4. La relation thérapeutique entre le psychomotricien et son patient

Selon C.R. ROGERS, « *la relation d'aide est une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie ou chez les deux une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources.* » (ROGERS, 1970, p.29)

Dans le cadre de soins, nous parlons de relation thérapeutique entre le professionnel et son patient. En médecine, le terme thérapeutique correspond aux moyens mis en place par un professionnel de santé dans l'intérêt d'un individu présentant une maladie. L'objectif peut être préventif c'est-à-dire avant l'apparition des troubles ou curatif afin de réduire les signes voire de guérir la maladie.

Ici, le patient du psychomotricien est l'enfant. Dans ces services, le psychomotricien ne se situe pas dans une approche systémique. En revanche, il laisse tout de même une place importante aux parents dans la prise en soin.

a. La rencontre et la mise en place de l'alliance thérapeutique

La relation c'est avant tout une **rencontre**, qui est définie comme le fait de se trouver pour la première fois en présence de quelqu'un, débouchant généralement sur une relation.

Nous pouvons choisir entre différentes façons de rencontrer notre patient. Soit, avant de rencontrer le bébé et ses parents, nous prenons connaissance de l'anamnèse du patient (le terme de naissance, les conditions de l'accouchement, l'environnement familial). Soit nous pouvons aussi aller à la rencontre du patient sans regarder l'anamnèse et avoir une opinion neutre sur le sujet que nous allons voir.

Cette première rencontre se déroule le plus souvent dans la chambre de l'enfant. Elle a pour objectif de faire connaissance avec les parents et leur bébé. Le psychomotricien va tout d'abord se présenter et expliquer son rôle au sein du service. C'est également l'occasion d'éclairer les parents sur ce qu'est la psychomotricité. C'est un temps d'observation où les échanges sont principalement verbaux. Ce temps d'observation permet d'apprécier les comportements, la motricité spontanée, les relations qui se jouent dans la famille... Le corps est un moyen important de comprendre l'enfant. Cette implication corporelle entre le psychomotricien et son patient est unique pour chacun.

B. LESAGE, praticien et formateur en approches psychocorporelles et somatiques, souligne l'importance de l'écoute dans le travail du psychomotricien, il qualifie celle-ci d'une grande qualité attentionnelle. C'est « *une écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique qui inclut la parole, la mise en sens, la mise en mots* » (POTEL, 2010, p.56). Cette implication n'est possible que par une grande disponibilité et une reconnaissance des besoins du patient de la part du psychomotricien.

A. GATECEL, psychomotricienne, décrit le positionnement du psychomotricien au cours de la première rencontre comme essentiel à la mise en place de l'alliance thérapeutique. « *Il s'agit de partir sans a priori, dans ce monde de communication privilégié qui passe par le corps, avec un abord thérapeutique sans cesse réinventé. Le psychomotricien est par définition au plus près du mouvement, mouvement dans la relation qui en devient contenante, avec une compréhension mutuelle entre le thérapeute et le patient.* » (GATECEL, 2012, p.42)

L'alliance thérapeutique, qui s'établit entre patient et psychomotricien, contribue de manière significative au succès de la prise en soin. Ainsi, l'alliance thérapeutique permet l'élaboration du cadre thérapeutique et, réciproquement, le cadre va donner sens à cette alliance. Elle peut mettre plusieurs rencontres avant de s'établir.

La psychomotricienne a rencontré Mattéo en mai 2020 dans le service de soins intensifs. Elle intervient suite à la thrombophlébite cérébrale de Mattéo qui entraîne un déficit moteur de l'hémicorps gauche.

Lors de cette première rencontre il y a la présence de la mère et du père. La psychomotricienne s'est présentée et a présenté en quoi consistait la psychomotricité. Elle a précisé ce que cela pouvait apporter à Mattéo.

Lors des premières séances elle encourageait le lien mère-enfant en expliquant les portages possible, l'importance du bain relationnel pour le nouveau-né... Par la suite et avec les étapes médicales que passait Mattéo, elle adaptait ses activités et ses propositions.

L'alliance thérapeutique ainsi créée par le biais de la relation thérapeutique a permis à la psychomotricienne de se faire accepter par les parents et par Mattéo. Par exemple elle a beaucoup travaillé sur l'hypotonie de Mattéo. En effet le dialogue tonico-émotionnel est important et premier dans la relation mère-enfant. Cette hypotonie pouvait être dû à l'appareillage qui le touche et qui ne lui répond pas. Elle a pu donner des conseils de stimulations comme par exemple se mettre à gauche de la couveuse pour motiver Mattéo à regarder et bouger du côté de la présence. Ou encore de le relever légèrement pour aider à l'acquisition de la tonicité axiale.

Ma rencontre avec Mattéo s'est faite en septembre. Il y avait la mère présente. Suite à ma présentation comme stagiaire en psychomotricité la mère m'a intégrée à la séance. J'ai essentiellement observé lors des premières séances.

Par la suite, lorsque la relation était plus avancée, la mère me laissait une place plus importante dans la prise en soin. J'ai pu faire des séances seule auprès de Mattéo et lui faire passer un bilan psychomoteur.

Dans la rencontre il y a des paramètres à prendre en compte. En psychomotricité nous portons une attention particulière sur la position et la distance relationnelle adoptées lors de la rencontre et par la suite son évolution avec la relation thérapeutique.

b. La proxémie

L'anthropologue E. HALL a montré que chacun de nous avait une surface, une zone émotionnellement forte, un périmètre de sécurité individuel.

La proxémie est définie comme la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction, on parle souvent de **distance relationnelle**. La proxémie est une partie de la communication non verbale. Elle concerne l'espace que tout individu reconnaît comme lui appartenant, comme une extension de son propre corps. Il est important de se demander quelle peut être la place du soignant dans cet espace et comment elle est vécue par le patient.

E. HALL différencie la distance publique, sociale, personnelle et intime. Ces distances varient en fonction de la culture, de l'âge, de la personnalité, de la pathologie. Dans la relation ces sphères se croisent mais toujours dans les limites de la tolérance et de l'acceptation de chacun. Dans les premières rencontres avec un patient, on essaye, on s'éloigne, on s'approche pour mesurer et doser l'écart nécessaire, suffisant et sécurisant.

Cette distanciation permet au psychomotricien de trouver la juste distance pour être en relation avec l'enfant et d'effectuer son travail. Elle lui permet de rester dans une relation adaptée pour répondre aux besoins du patient ou de ses parents sans être envahi par les émotions ou les jugements qui peuvent survenir. Il est donc essentiel d'adopter la juste distance relationnelle apportant la contenance nécessaire à l'enfant, en respectant ses besoins de proximité ou de distanciation.

Comme dit précédemment, au début de ma présence auprès de Mattéo, je me tenais plutôt éloignée. J'étais dans l'observation de Mattéo, ses capacités, sa manière de se saisir de son environnement, d'entrer en relation... Je me situais plutôt dans une sphère sociale. Cette sphère est d'environ un à trois mètres. La communication verbale était prédominante avec la mère de Mattéo. C'est, en règle générale, la distance des rapports professionnels.

Par la suite je me suis rapprochée tout en tenant compte des perceptions en rapport avec ma présence des parents et de Mattéo. Il me regardait, me donnait quelques sourires. Cela m'a encouragé à m'approcher de plus en plus. Là je me situais davantage dans la sphère personnelle. J'avais une vision globale de Mattéo, tout en distinguant nettement les détails, en pouvant le toucher.

J'ai pu au cours de ce stage lui faire passer un bilan nécessitant des contacts. Mais aussi proposer des séances très rapprochées avec un travail sur le regroupement, l'oralité...

J'étais dans une sphère dite intime. Cette distance met en jeu toutes les interactions sensorielles produites par l'autre. La communication non verbale était alors très importante dans notre relation mais il restait tout de même la communication verbale.

La dynamique de la relation, en évoluant et en apprenant à se connaître, a permis l'évolution et la modification de cette proxémie.

c. L'empathie

L'empathie consiste à comprendre les états affectifs d'autrui sans les éprouver. C'est être capable de se mettre à la place de l'autre, de changer de point de vue. C'est aussi une capacité à se protéger par rapport à l'interprétation et au jugement, une capacité de se décentrer. Nous devons être capable de remettre en mot, reformuler ce que le patient nous donne à voir tout en restant sans jugement.

Pour que l'empathie se mette en place il faut être dans un climat de confiance, une attitude d'écoute. Selon C. ROGERS, l'écoute permet d'entendre les sentiments de l'autre et leur résonance sur soi. Le but est d'aider à clarifier et à résoudre les difficultés des personnes que l'on rencontre dans une pratique soignante.

L'empathie du psychomotricien permet au patient de se sentir compris et accompagné et va chercher de nouvelles manières de faire avec sa pathologie. La communication verbale ainsi que la communication non-verbale, avec le dialogue tonico-émotionnel notamment, permettent l'empathie.

L'empathie permet d'appréhender la réponse de l'autre face à une situation, différente de la nôtre en se mettant à sa place. « *D'une part, elle nous permet d'avoir une représentation du fonctionnement mental et affectif de nos interlocuteurs ; d'autre part, elle nous fait entrer en résonance avec leurs états sensoriels et émotionnels* » (TISSERON, 2010, p.18). Cette résonance offre un autre regard, favorable à une meilleure adaptation de l'accompagnement proposé dans ce contexte au sujet.

Lors d'une séance que j'effectuais avec Mattéo il se mit à pleurer avec une vigueur inhabituelle. Nous étions sur le tapis d'éveil avec des jouets autour de lui et rien ne m'avait alerté sur une sensation désagréable pour lui.

Je me suis alors adaptée à cet état que me laissait voir Mattéo et j'ai pu comprendre que quelque chose le dérangeait.

En le remettant dans son lit et en prévenant l'infirmière, celle-ci a pu m'aider à trouver que Mattéo avait une forte irritation cutanée au niveau des fesses. Cela avait pu lui créer un inconfort lors de l'activité.

En prenant en compte cet état d'alerte de Mattéo, en le comprenant et sans pour autant que je me laisse dépasser, nous avons pu voir d'où venait l'inconfort. Après avoir apporté les soins nécessaires à cette irritation j'ai pu continuer la séance le lendemain et Mattéo allait mieux. Il a ainsi pu continuer dans cette séance ses explorations qu'il avait entrepris la veille et faire de nouvelles expériences.

d. Le cadre

Selon C. POTEI, psychomotricienne, le cadre thérapeutique « *contient une activité thérapeutique dans un lieu, un temps, une pensée* » (POTEI, 2010, p.321). Le cadre doit pouvoir rester souple et s'adapter à l'enfant. La stabilité et la fiabilité du cadre garantissent l'établissement d'une alliance thérapeutique, fondée sur une relation de confiance, qui demeure le fondement de la thérapie psychomotrice. Le cadre doit être psychique et physique.

- **Cadre psychique**

L'hôpital est une **institution**. L'institution dispose de locaux, d'un public spécifique et de missions qui lui sont propres. Le cadre institutionnel a ses modes de fonctionnement, son projet thérapeutique pour les patients, une équipe et des règles qui permettent de former une enveloppe contenante. Le psychomotricien, par sa posture, est garant du cadre psychomoteur et institutionnel.

Le cadre psychique est là pour rappeler que la relation ne se limite pas à une relation interpersonnelle. Le cadre psychomoteur doit respecter celui de l'institution. Le cadre institutionnel enveloppe le cadre psychomoteur.

- **Cadre physique**

- Le cadre comprend des **règles** énoncées au préalable et le psychomotricien s'y réfère, lorsqu'elles sont enfreintes. Il est important que le patient et le psychomotricien les respectent.
- La prise en charge se doit d'être régulière et bien définie dans le **temps** (durée, jour et horaire). Dans la régularité et la répétition des séances, le patient va pouvoir se structurer temporellement.
- La prise en charge s'effectue le plus souvent en chambre. C'est un **espace** bien défini et connu par le patient. Après de l'enfant nous pouvons proposer des activités dans le lit ou sur un tapis d'éveil.

Ainsi, le cadre spatio-temporel est avant tout un moyen donné au patient pour qu'il trouve un espace et un temps qui lui sont propres. Pour le psychomotricien c'est un temps qui est consacré à son patient et durant lequel il se montre disponible pour lui.

Parfois les interventions pour les soins brisent le rythme de l'enfant. De plus l'éclairage, le bruit, sont des caractéristiques continues dans le service. La distinction du jour et de la nuit n'est pas toujours facilement perçue. Il y a des hyperstimulations sonores. En cause : les bruits des machines autour de l'enfant, les sonneries de téléphones omniprésentes.

D. MARCELLI, pédopsychiatre, parle de « macrorythme » et de « microrythme ».

- Les **macro-rythmes** correspondent aux grands repères temporels d'une journée : repas, changes, bain...
- Les **micro-rythmes** sont constitués par le confort temporel pris par les différentes séquences interactives liant adultes et enfants.

On estime habituellement que l'enfant a besoin d'une certaine régularité au niveau des macro-rythmes pour pouvoir se repérer dans son nyctémère et ainsi être capable assez vite de prévoir et d'anticiper les principales étapes de sa journée. À l'inverse une certaine variabilité au niveau du micro-rythme aurait pour avantage de lui permettre de s'ouvrir à la découverte de la diversité. La possibilité d'anticiper procure un sentiment de continuité qui vient compenser toute une série de discontinuité temporelle inévitable.

Le cadre soutient et donne du sens à la relation thérapeutique. Sans lui, la relation thérapeutique n'existerait pas. En psychomotricité, la mise en place du cadre thérapeutique a pour objectif d'apporter une contenance au patient.

e. Le transfert et le contre-transfert

– **Le transfert**

J. LAPLANCHE et J.-B. PONTALIS, philosophes et psychanalystes, soulignent la reconnaissance d'une possibilité d'utiliser le terme de transfert au-delà de la psychanalyse. « *C'est la rencontre des manifestations du transfert en psychanalyse [...] qui a permis de reconnaître dans d'autres situations l'action du transfert* » (LAPLANCHE, PONTALIS, 1984, p.493).

Le transfert existe dans toute relation dès qu'il y a des échanges. Il s'exerce du patient sur le psychomotricien et il est commun à toutes les prises en charge médico-sociales. Grâce à ce transfert, la confiance s'établit.

Mais le transfert peut aussi être fabriqué par la situation. Le thérapeute est disponible et réceptif à ce qui se passe pour son patient et pour lui. Il est touché par ce qu'on appelle le transfert, A. GATECEL parle de la psychomotricité comme une « *situation relationnelle pourvue d'une dimension transférentielle.* » (GATECEL, 2009, p.54)

– **Le contre-transfert**

J. LAPLANCHE et J.-B. PONTALIS définissent le contre-transfert comme « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci.* » (LAPLANCHE, PONTALIS, 1984, p.103).

Autrement dit, le contre-transfert est lié d'une part au processus inconscient, que le transfert du patient induit chez le psychomotricien, et d'autre part à la personnalité de celui-ci. Dans la relation, le psychomotricien se trouve toujours impliqué corporellement et psychiquement. Lorsqu'il prend conscience de son contre-transfert il va être en capacité d'amener des réponses au patient.

Comme Mattéo était hospitalisé depuis longtemps, avec des séances de psychomotricité trois fois par semaine depuis huit mois, une relation particulière s'était créée. Mattéo pouvait avoir des comportements d'attachement. BOWLBY définit ces comportements comme des comportements visant à induire et maintenir le contact entre le nouveau-né et la personne qui s'occupe de lui. Avec ses sourires, son regard, ses cris, Mattéo maintenait ces conduites d'attachements auprès de la psychomotricienne. Il y avait tout de même une différence qualitative et quantitative des comportements d'attachements entre les parents, la psychomotricienne et les autres soignants.

Dans les comportements d'attachement de Mattéo nous pouvions retrouver des comportements aversifs comme des cris, des pleurs qui permettent à la psychomotricienne d'entendre sa détresse. Il y a aussi des comportements de signalisation qui permettent de maintenir la proximité de la psychomotricienne plus longtemps comme avec des sourires par exemple.

De zéro à trois mois il est normal que ces comportements d'attachement soient non orientés. Mattéo n'exprimait pas sa détresse envers quelqu'un en particulier.

De trois à six mois, l'enfant doit commencer à orienter ses comportements d'attachement. Et Mattéo n'orientait pas encore ces comportements. On peut penser qu'il ne dirigeait pas ces comportements sur une personne en particulier car il y avait beaucoup de soignants qui passaient tous les jours dans sa chambre en plus de ses parents.

La psychomotricienne avait un certain attachement à Mattéo. La relation contre-transférentielle n'était pas neutre. Les nombreuses séances de psychomotricité ont fait que l'attachement s'est inscrit du côté de la psychomotricienne comme de celui du patient.

Elle en était totalement consciente et savait tout de même s'ajuster à la place qu'elle devait occuper pour une prise en charge adéquate. Elle a instauré une distance émotionnelle. Avant de rentrer dans la chambre, elle prenait un temps pour se recentrer et ne pas montrer cet attachement. Elle était heureuse d'aller en séance de psychomotricité avec Mattéo sans pour autant montrer une excitation et prendre en charge cet enfant différemment d'un autre.

L'attachement ne doit pas influencer sur notre travail, le professionnel surinvestir le patient, voir des progrès là où il n'y en pas. Il est important de ne pas perdre de vue ses objectifs établis dans le projet thérapeutique de notre patient.

Comme la psychomotricienne était très consciente de ce contre-transfert elle a pu prendre une distance émotionnelle et n'a pas perdu pour autant son objectivité.

f. La relation thérapeutique psychomotrice en cardiologie pédiatrique

L'intervention du psychomotricien se fait sur sollicitation des soignants du service ou sur sollicitation directe des parents qui sont inquiets et se questionnent. Le psychomotricien agit sur prescription médicale. Ainsi le psychomotricien agit sur trois niveaux : le bébé, sa famille et l'équipe. « *La psychomotricité intervient comme l'approche du vécu du corps et de la façon dont le sujet l'utilise pour entrer en relation avec l'autre* » (BALLOUARD, 2006, p.7).

La spécificité de la psychomotricité au sein de l'hôpital ne se situe pas dans une urgence de soins, une urgence vitale, ni dans la technicité, contrairement aux personnels soignants et aux médecins. Elle nécessite de prendre le temps avec le patient, de suivre et de respecter la temporalité de l'enfant, le rythme des rencontres, des échanges. Le psychomotricien apporte une vision globale de l'enfant, de sa motricité, de son psychisme et de ses relations.

Les enfants hospitalisés dans les services de cardiologie sont soumis à un environnement imposant une hyperstimulation sensorielle : trop de bruit, trop de lumière, trop d'actes invasifs et impactant le toucher... Les soins apportés en psychomotricité vont venir contrebalancer ces hyperstimulations environnementales pour stimuler le développement psychomoteur.

La première rencontre entre le psychomotricien et les parents est généralement une rencontre, un entretien. Il s'agit d'un temps d'évaluation et d'observation du patient et de sa famille pour le psychomotricien. Cela va permettre de mettre au point un projet thérapeutique adapté et unique pour chaque enfant. La relation a une grande place dans le développement de l'enfant. En psychomotricité c'est sur cette relation que se fonde la grande majorité de la prise en soin et notamment grâce à l'alliance thérapeutique entre le psychomotricien, les parents et l'enfant. Cette alliance va permettre à l'enfant d'expérimenter et de développer des capacités en toute confiance. L'absence d'alliance thérapeutique avec les parents pourrait biaiser la prise en soin psychomotrice car il n'y aurait pas de continuité.

Les séances de psychomotricité ont lieu dans la chambre de l'enfant en présence des parents le plus souvent. L'enfant peut être installé au travers de son lit ou bien sur un tapis d'éveil lorsqu'il est plus grand et que le dispositif autour de lui le permet (le raccordement au pousse-seringue doit par exemple être suffisamment long...). Tout en soutenant le bébé dans une posture contenant, le psychomotricien utilise différents médiateurs, tels que des objets tactiles, auditifs, visuels.

L'alliance thérapeutique se construit de façon dynamique tout au long du suivi. Le psychomotricien aura besoin des parents car ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant. Ils apportent au psychomotricien de nombreuses indications et observations concernant leur enfant. Ces enfants hospitalisés depuis leur naissance, n'ont parfois pas pu construire une sécurité de base nécessaire pour explorer le monde. Ainsi, le psychomotricien doit apporter à l'enfant une contenance, une sécurité.

Nous offrons une relation thérapeutique étayante, dans un corps à corps, afin qu'il acquière ses propres appuis et prenne son envol.

Mattéo est hospitalisé en cardiologie pédiatrique depuis sa naissance. Il voit passer dans sa chambre de nombreux soignants. Il reçoit une hyperstimulation sensorielle environnementale et des soins invasifs parfois douloureux.

La psychomotricienne lors de la rencontre et de ses séances a montré et expliqué qu'elle offrait une relation thérapeutique étayante et contenante. Elle accordait aussi une temporalité différente des autres soignants. Elle ne travaillait pas dans l'urgence, s'adaptait au rythme de Mattéo.

Il était important de construire une relation thérapeutique avec Mattéo et ses parents. L'hospitalisation allait durer quelques temps et la prise en soin devait être continue. Pour cela les parents avaient un rôle à jouer et donc devaient établir une relation de confiance avec la psychomotricienne. Pour se faire la psychomotricienne prenait vraiment le temps de définir les séances comme des moments à part des autres soins. C'étaient des moments axés sur le développement psychomoteur de Mattéo, des moments de propositions, de sensations, d'expériences, de nouvelles acquisitions.

III. Les apports de la relation thérapeutique en prise en charge psychomotrice

La psychomotricité considère l'individu dans sa globalité et prend en compte les fonctions motrices, sensorielles, intellectuelles et le développement psycho-affectif du patient. Cette thérapie à médiation corporelle amène vers une alliance du corps et de l'esprit. Elle met un point d'honneur à la création d'une relation thérapeutique unique avec chaque patient.

1. Les qualités et compétences du psychomotricien

La formation du psychomotricien se compose d'une formation théorique, une formation pratique ainsi qu'un développement personnel tous trois menés simultanément. Ils s'enrichissent les uns les autres. Le premier outil du psychomotricien c'est lui-même. Il doit donc bien se connaître pour pouvoir utiliser cet outil à bon escient.

a. La formation théorique

Il n'existe pas une unique théorie psychomotrice mais plusieurs venant de diverses disciplines. Les études permettent d'avoir une vision globale, consensuelle de la pratique. Les connaissances en psychomotricité passent donc par l'apprentissage des différentes disciplines dont la psychomotricité est au carrefour.

Au cours de la formation de psychomotricien sont appris :

- L'équipement et les grandes **fonctions du corps et du cerveau**. L'anatomie, la physiologie, la sémiologie, les neurosciences sont des matières enseignées.
- La **relation à soi, à l'autre et à l'environnement**. La psychologie, la psychanalyse, la philosophie, la pédagogie correspondent davantage à l'étude du comportement humain en relation.

Par les liens entre ces enseignements théoriques, l'étudiant apprend les différents modes de relation que l'individu peut avoir avec lui-même, avec les autres et avec son environnement. « *L'identité professionnelle du psychomotricien est plurielle et singulière à la fois. Plurielle dans ses apprentissages, singulière dans son vécu.* »(POTEL, 2010, p.444)

Dans le cadre de mon stage, pouvoir travailler auprès d'enfants en cardiologie pédiatrique exige de bien connaître l'évolution de l'enfant aux différents stades de son développement somatique, psychique, affectif et cognitif. Il faut aussi connaître ses besoins selon son âge et son état. Il y a une nécessité aussi d'avoir un bagage sur ses modes de communication et de relation. Travailler avec les parents nécessite de connaître les dynamiques familiales, les notions relatives à la parentalité, l'importance des relations affectives surtout dans ce genre de situations difficiles.

b. La formation pratique

« Pour la formation pratique de psychomotricité en première année, l'étudiant doit découvrir sur lui-même l'organisation des fonctions psychomotrices de base et leur évolution. [...] Pour la formation pratique de psychomotricité en deuxième année, il est indispensable que des tests psychomoteurs soient pratiqués et que l'étudiant soit entraîné aux techniques d'entretien et d'observation spécifiques à la psychomotricité. [...] La pratique en troisième année est un approfondissement. [...] La formation pratique doit être le lieu privilégié de la réflexion pré-professionnelle et du lien entre la théorie et la clinique observée pendant les stages ».
(<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005625897>)

Durant les trois années d'études, des stages sont réalisés auprès de différentes populations et dans diverses institutions, ou en libéral. Le maître de stage va proposer à l'étudiant des apprentissages de compétences telles que l'observation clinique, les passations de bilans, le travail en groupe au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Les stages de formation professionnelle permettent de mettre en application et en lien la théorie, la clinique et la pratique psychomotrice. Ils permettent également d'affiner nos compétences relationnelles, notre créativité, notre disponibilité, notre adaptation...

Il est demandé aux étudiants de faire au minimum 600 heures de stage ainsi que trois semaines de stage en crèche.

En ce qui concerne les cours pratiques, le volume augmente au cours des années de formation. En dernière année, il y a autant de temps consacré aux cours pratiques qu'aux cours théoriques.

En cardiologie pédiatrique, pour parvenir à adopter un positionnement professionnel serein à l'égard des parents, les soignants doivent obligatoirement acquérir des connaissances et des compétences complémentaires. Ses connaissances, mais aussi la compréhension de ce que vivent l'enfant et sa famille, vont permettre au soignant d'adapter sa position en fonction des situations rencontrées. Le psychomotricien saura encourager la relation parents-enfant, aider à comprendre les réactions de l'enfant, conseiller sur des activités et du matériel...

c. L'individualité du psychomotricien

Chaque étudiant investit à sa manière cette formation en psychomotricité. Son histoire personnelle et son vécu, ainsi que ses expériences et ses représentations définissent un psychomotricien unique. Selon C. ROGERS, le thérapeute doit être « *ce qu'il est, avec des rapports authentiques, sans 'masque' ni façade, [...] les sentiments éprouvés par le thérapeute lui sont disponibles, disponibles à sa conscience* » (ROGERS, 1970, p.48). Le psychomotricien doit apprendre à s'écouter et être conscient de ses ressentis. Cela va lui procurer une qualité de présence ce qui va donner confiance au patient. Cette confiance va pouvoir aider à la création de la relation thérapeutique.

Nos perceptions et représentations vont influencer notre manière d'agir auprès de notre patient. Le psychomotricien doit être conscient de ses propres représentations qui vont influencer la relation avec le patient. Pour pouvoir mieux comprendre les patients nous pouvons vivre des expériences qui amènent à sentir, ressentir, se représenter. Cette capacité d'observer ses propres représentations va permettre de prendre de la distance dans la relation tout en étant disponible pour son patient.

Le psychomotricien accorde une grande importance au dialogue tonico-émotionnel de son patient ainsi qu'au sien. C'est par celui-ci que le psychomotricien va ressentir et comprendre ce que son patient lui renvoie. De même il va pouvoir lui renvoyer ses propres états tonico-émotionnels.

d. La corporéité dans la formation

Le terme « **corporéité** » se réfère à « avoir » un corps mais aussi « être » un corps. L'importance des ressentis de notre propre corporéité est à considérer. Le psychomotricien doit se montrer à l'écoute de sa corporéité et cela va permettre de mieux comprendre ce que le patient présente.

Un enseignement avec des pratiques corporelles vient compléter la formation de psychomotricien. Nous avons par exemple des cours de rythme, d'eutonnie, d'escalade, de relaxation, de toucher thérapeutique, de théâtre, d'expression corporelle... Ces cours de pratique nous permettent de développer notre conscience corporelle, notre expressivité, notre créativité.

Ainsi, l'étudiant apprend à différencier ses ressentis dans un travail de conscience corporelle. La verbalisation de ses ressentis prend aussi une place importante.

Cela va permettre de passer dans les représentations de ces sensations et perceptions. Tout cela va laisser place à une représentation symbolique. Ce travail sera repris comme référence pour comprendre ce que peut vivre le patient ou ce qu'il peut ressentir.

Il n'y a pas de mode d'emploi pour entrer en relation avec l'autre car chaque relation est unique. Le corps reçoit des afférences du milieu extérieur et peut exprimer l'état interne. Ce corps est un véritable support relationnel. C'est pour être au plus près des ressentis de chaque patient que l'étudiant en psychomotricité développe sa conscience corporelle. Chez l'enfant il faut être attentif aux tensions corporelles qui peuvent traduire une souffrance. Quelle soit physique ou psychique, il ne peut l'exprimer qu'à l'aide de son corps. La psychomotricité est alors pertinente pour ces enfants car l'expression corporelle est mise au premier plan dans la relation.

La psychomotricienne du service de cardiologie pédiatrique se sert essentiellement de ses cours sur le développement psychomoteur de l'enfant sans pathologie dispensé par l'institut de formation. Elle se réfère aussi aux cours d'anatomie et de neurophysiologie.

De plus durant ses stages cliniques elle était déjà au sein du Centre Hospitalier dans lequel elle pratique désormais. Elle a donc suivi une formation pratique sur le fonctionnement de l'institution hospitalière, d'une équipe pluridisciplinaire. Elle a pu observer et proposer des suivis auprès de populations ayant différentes pathologies. Cela a été bénéfique pour son métier actuel au sein de la même institution.

La psychomotricienne a pu pratiquer des médiations comme le toucher thérapeutique qu'elle va utiliser auprès des nouveau-nés et des enfants hospitalisés en cardiologie pédiatrique. Elle peut proposer des mobilisations, des massages adaptés aux pathologies et en sachant quels ressentis pourraient avoir les patients.

Pour ma part ces cours de massages m'ont aussi permis de savoir comment apporter le toucher dans la relation thérapeutique avec les patients. Un toucher n'est jamais neutre et je pense qu'il est important d'avoir vécu un toucher pour savoir ce que l'on peut provoquer chez notre patient.

2. L'implication corporelle

La relation en psychomotricité s'appuie sur l'engagement corporel du psychomotricien. L'engagement tonico-émotionnel et verbal en psychomotricité se situe dans une dimension contenant et sécurisante auprès du patient.

a. La position du psychomotricien

« *La relation thérapeutique ne peut pas se définir comme une neutralité bienveillante. En suivant les pas d'Olivier MOYANO, il s'agit au contraire d'une relation d'implication* » (GATECEL, 2012, p.35). Lorsqu'on s'engage dans une action de rencontre avec l'autre, c'est tout notre être qui s'implique dans la relation. Le corps est le médiateur principal des échanges.

Un mode d'approche privilégié de communication utilisé par les psychomotriciens est le « **toucher sensori-tonico-moteur** ». Dans ce toucher, les fonctions sensorielles, toniques et posturo-motrices sont sollicitées. A travers le dialogue corporel du psychomotricien et du patient, il accompagne les expériences sensori-motrices et va apporter de nouvelles sensations assimilables. « *Le plaisir sensorimoteur, c'est avoir et sentir son corps, vivant, avec des sensations diverses et variées. Ça sert à se construire.* » (POTEL, 2010, p.136)

Cette ouverture au langage du corps, à l'expression corporelle amène à une écoute et à une compréhension spécifique du langage corporel et du corps en relation.

Dans la relation thérapeutique, le psychomotricien s'engage psychiquement mais aussi corporellement pour rencontrer le patient là où il en est. La communication non-verbale du patient et du psychomotricien est une médiation dans la pratique psychomotrice : nous nous appuyons sur le tonus, la sensorialité, le mouvement, les émotions, l'espace, le temps, la rythmicité et la relation. Tout cela demande un ajustement corporel de la part du psychomotricien.

L'ajustement corporel est essentiel dans la qualité de présence à l'autre en particulier quand son comportement implique une posture particulière de la part du psychomotricien. C'est notamment par l'ajustement de ce tonus postural dans la relation que peut s'instaurer un dialogue tonique.

b. L'ajustement corporel par rapport au patient

Le corps du psychomotricien devient un soutien, une contenance sécurisante pour le patient. « *Cette thérapie à médiation corporelle se voit ainsi fondée sur l'invitation et l'engagement dans l'interaction corporelle, à l'éprouvé d'un corps-en-relation* » (POTEL, 2010, p.31).

Dans la relation patient-psychomotricien, un ajustement mutuel est nécessaire mais c'est au psychomotricien de faire le travail d'adaptation nécessaire au bon déroulement de la prise en soin. En se mettant en jeu corporellement le psychomotricien peut solliciter l'imitation chez le patient. En effet, c'est aussi un moyen de faire prendre conscience de certaines capacités du corps et certaines possibilités offertes par le corps dont il dispose. Cela fait partie du dialogue tonico-émotionnel que de s'ajuster et d'étayer à travers des médiations corporelles. A travers ce dialogue tonico-émotionnel, on peut parler d'étayage corporel.

Le psychomotricien, à travers son langage corporel, écoute, regarde, adopte une certaine attitude et posture. Le psychomotricien a pour objectif de permettre au patient d'exister corporellement dans la relation à l'autre. Dans son implication avec le patient, il va devoir moduler sa posture, son attitude, les notions d'espace, de temps, de distance et utiliser sa communication non verbale comme de la verbalisation.

Lorsque nous rentrions dans la chambre de Mattéo nous nous ajustions à ce que nous pouvions percevoir de son état actuel.

Quand nous essayions d'attirer son attention par exemple pour qu'il se tourne pour nous regarder, nous nous mettions plus près, davantage penchées vers lui. Cela permettait de stimuler l'attention de notre côté et d'établir un contact visuel.

De même, au moment où il exécutait ce mouvement attendu, nous avions souvent tendance à simuler la surprise, la joie pour le féliciter. Nos yeux devenaient grands ouverts, nos sourcils se relevaient...

En revanche, et dû à la situation sanitaire actuelle, la moitié de notre visage était cachée par les masques chirurgicaux. Il fallait donc amplifier nos sourire pour qu'il perçoive ce sourire dans nos yeux.

En effet, le sourire permet de montrer un intérêt pour l'échange et la relation, c'est un puissant signal qui indique que l'interaction non seulement se poursuit mais qu'elle se déroule très bien. Or avec les masques chirurgicaux ce signal est caché. Il faut donc s'ajuster corporellement pour faire comprendre à l'enfant que nous sommes contents de lui.

Nous applaudissons, accompagnons nos acclamations de pouces en l'air etc.

c. La contribution de l'implication corporelle dans la relation

La relation en psychomotricité « *s'appuie sur l'établissement d'un lien humain fondamental, par l'engagement corporel du psychomotricien... En psychomotricité, c'est cette relation qui reste garante de la réalité du sentiment d'exister et du désir de franchir les étapes pour se développer dans ce rapport d'aide.* » (SCIALOM, GIROMINI, ALBARET, 2011, p.295)

Du fait de cette implication corporelle étayante qui est une spécificité du psychomotricien, de nombreux processus relationnels sont à l'œuvre, permettant au patient de se développer.

Le corps du psychomotricien est médiateur de la relation thérapeutique. L'engagement corporel du psychomotricien est primordial dans la rencontre avec un enfant. Il se traduit dans le dialogue tonico-émotionnel, le dialogue des corps en relation. Le patient pourra s'appuyer sur cette relation avec les psychomotriciens pour se développer, faire de nouvelles acquisitions motrices, affectives, créatives. Le psychomotricien a un rôle d'étayage au niveau de son patient.

Avec les enfants il faut prendre le temps d'être ensemble, se mettre à la même hauteur, établir un contact visuel, faire attention à ses paroles, apprendre à observer le langage corporel de l'autre et à reconnaître ses besoins. C'est à travers cet engagement corporel mutuel que se crée la relation thérapeutique et s'instaure une relation de confiance. L'enfant s'étaye alors sur notre corps, pour lui-même prendre corps.

3. Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est une compétence spécifique du psychomotricien. Le bilan psychomoteur peut s'adapter à toutes les populations mais aussi à tous les âges. Lors de ce bilan nous évaluons la personne dans sa globalité, ses déficiences comme ses compétences. Le bilan peut être proposé en début de prise en charge pour proposer une prise en soin adaptée aux besoins du patient. Il peut aussi être passé au cours du suivi pour réévaluer les objectifs. Enfin il peut être proposé en fin de suivi pour voir s'il y a encore des objectifs à atteindre.

A l'hôpital, pour évaluer le nouveau-né, il faut créer des conditions optimales, tenir compte de l'état de vigilance, de l'état du derme, des éventuelles cicatrisations ainsi que de l'appareillage relié à l'enfant. L'observation psychomotrice prend une place importante dans le bilan psychomoteur. En effet, pour ses enfants hospitalisés, tous les items des bilans ne sont pas passables en conditions normées. Donc il faut adapter les items, ou observer l'enfant dans d'autres séances.

Pour les nouveau-nés de 2 à 30 mois, en psychomotricité, nous faisons passer le bilan de Brunet-Lézine. Ce bilan permet une appréciation de la motricité spontanée, le tonus de fond, de posture et d'action, l'équilibre, les interactions, les relations avec l'environnement, les coordinations oculo-manuelles... Les tests se font dans différentes positions pour apprécier l'ajustement postural. Ils sont réalisés en décubitus dorsal, ventral, latéraux et en position assise.

C'est à travers son corps que le jeune enfant s'exprime, il est donc important d'y être attentif.

Ainsi l'équipement neuro-moteur et les capacités relationnelles de l'enfant sont évaluées lors de ce bilan. Donc s'il y a un retard dans les domaines cognitif ou moteur, cette échelle permettra la mise en place d'une prise en soin psychomotrice précoce. Les capacités et compétences révélées vont permettre de montrer aux parents un enfant compétent pouvant cheminer, différemment, dans son développement psychomoteur. Cela peut amener à soutenir la création de la relation parent-enfant.

En décembre, j'ai pu faire passer le bilan de Brunet Lézine à Mattéo. Il est réalisé dans le but de voir où Mattéo se situait dans ses acquisitions, dans son développement et d'élaborer de nouveaux objectifs de prise en soin.

C'était en milieu de matinée, Mattéo était éveillé et souriant. Il avait sa trachéotomie avec le clapet phonatoire. Lors de la passation Mattéo avait 7 mois. Des bilans oto-rhino-laryngologiques (ORL), des scanners, des radiologies ont déjà été passés. Nous pouvons nous appuyer sur ces différents bilans précédemment passés.

- **Tonus** : en position assise, il tient sa tête seul, et en décubitus ventral il peut se redresser, tourner la tête et cherche le déplacement. Il se situe dans la norme des enfants de son âge. Il y a une légère hypotonie du tronc. Il ne tient pas assis seul mais a acquis certaines étapes du développement essentielles telles que les retournements et décubitus latéral qu'il effectue spontanément. En décubitus ventral il doit être guidé pour s'appuyer sur ses avant-bras et se redresser.
- **Equilibre** : Mattéo a besoin d'aide pour tenir assis avec un équilibre stable. Au niveau tonique et équilibre, ce qui est attendu pour un enfant de son âge, c'est de tenir assis un court moment sans soutien, de pouvoir soutenir son poids.
- **Communication** :
 - **Verbale** : quelques sons produits sous clapet phonatoire, encore rares. Pas de gazouillis. A son âge, il est censé vocaliser plusieurs syllabes bien définies, différencier les visages de son environnement.
 - **Non verbale** : enfant très attentif à son environnement et qui cherche à entrer en relation avec celui-ci. Très curieux, suit et soutient le regard. Réagit aux bruits environnants de manière plutôt adaptée, si on tient compte du temps qu'il a passé à l'hôpital, un environnement plutôt bruyant.
- **Préhension et coordination oculo-manuelle** : Mattéo peut attraper avec sa main droite de manière volontaire et coordonnée : il regarde l'objet et effectue un mouvement de préhension digito-palmaire adapté et de plus en plus contrôlé. Il saisit l'objet, l'amène à la bouche mais ne le fait pas passer d'une main à l'autre.

Du côté de l'hémicorps gauche, le membre supérieur a besoin de plus de stimulation car il reste négligé.

Cette négligence est présente depuis des mois mais elle est aujourd'hui plus flagrante car elle est en contraste avec la récupération du membre supérieur droit. A son âge, Mattéo devrait avoir des mouvements de préhension orientés, saisir deux objets avec un dans chaque main.

- **Membres inférieurs** : Lors de la mise en décubitus ventral, il peut prendre appui avec ses pieds et pousser ce qui va conduire à une reptation. On note aussi un début d'exploration des membres inférieurs avec ses mains et des objets.

Au test Brunet-Lézine contenant diverses épreuves correspondant à des âges de développement, nous notons que Mattéo réussit toutes les épreuves correspondant à celle d'un enfant de 4 mois, hormis les épreuves de communication verbale.

Lorsque nous tenons compte de son histoire de vie (hospitalisation prolongée, technicité de son environnement...) on peut dire que la progression est plutôt conséquente et elle est en progression rapide depuis la trachéotomie. En effet nous intervenons dans le cadre d'une hospitalisation prolongée, avec un environnement très technicisé, Mattéo ne peut pas explorer, bouger et faire des expériences comme il le souhaiterait. Mais avec les séances de psychomotricité nous stimulons ces expériences et voyons une amélioration considérable des acquisitions psychomotrices.

Nous avons transmis les résultats de ce bilan aux différents professionnels du service lors d'une réunion de projet pour Mattéo. Cela a permis l'élaboration d'un projet thérapeutique global en équipe afin que chacun soit associé dans les gestes, soins, selon les besoins de Mattéo.

C'est grâce à la relation thérapeutique que j'avais pu établir avec Mattéo, qu'il a pu exprimer toutes ses capacités.

4. La relation d'étayage

a. Définition

« L'étayage comprendrait trois dimensions : celle du modèle, qui le rapproche de l'identification, celle de l'appui et surtout celle de la dérivation ou reprise transformatrice. Cela veut dire que l'élément qui s'étaie peut prendre sur l'élément étayant à la fois modèle et appui, mais que la dynamique fondamentale de l'étayage ne consiste pas dans la reproduction du même ; au contraire réside dans l'émergence du nouveau, dans la transformation de ce qui est apporté par l'étaie, pour créer de l'inédit » (ROBINEAU, 2014, p.4-19). En effet en psychomotricité nous sommes dans un processus de soutien qui amène à expérimenter et faire découvrir de nouvelles sensations. Le psychomotricien sert de modèle et de support, il s'adapte aux différences de chacun et le patient peut s'appuyer sur lui pour se développer et expérimenter.

La relation d'étayage consiste à mettre en place une relation similaire à celle de la mère avec son bébé, c'est-à-dire un espace sécurisant et contenant qui laisse le sujet explorer, s'éloigner, tout en pouvant revenir quand il le souhaite. Dans cette relation, le psychomotricien constitue un support fiable sur lequel l'enfant peut s'appuyer.

Dans la relation thérapeutique l'étayage offert par le psychomotricien va porter des bénéfices à son patient. Il se doit d'être sécurisant, contenant et rassurant dans sa manière de s'impliquer auprès de l'enfant. Ils vont ainsi partager des expériences et des moments propices aux acquisitions psychomotrices.

b. L'étayage auprès du nourrisson

D'après A. GATECEL, l'enfant prend « le psychomotricien comme support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives [...] dans cet entre-deux qui n'appelle pas à revivre et à élaborer une expérience antérieure, mais bien à faire naître une expérience neuve et constructive pour l'enfant. » (GATECEL, 2009, p. 35)

En psychomotricité nous utilisons le corps comme médiateur principal. C'est un véritable support, psychique et physique, étayant dans la relation thérapeutique avec notre patient. Nous avons la capacité de mettre en mots ce que nous percevons de notre patient, nous proposons un sens aux vécus et expérimentations. Cet étayage prenant comme support le corporel permet le développement psychomoteur des enfants.

Lors d'une séance en psychomotricité, l'engagement corporel du patient nous apporte des informations sur sa maturation physique, physiologique et psychique. « *La psychomotricité intervient comme l'approche du vécu du corps et de la façon dont le sujet l'utilise pour entrer en relation avec l'autre. Elle a ainsi à faire et affaire avec le schéma corporel, l'utilisation investie du corps, l'émotion, le tonus, la perception vécue du temps et de l'espace, l'harmonie de la maturation et la relation à l'autre* » (BALLOUARD, 2006, p. 7).

Le psychomotricien se met corporellement en jeu et son patient aussi. Le psychomotricien va favoriser l'investissement du patient dans sa globalité. On l'étaye dans ses sensations, ses perceptions, ses représentations, on l'aide à trouver ses propres solutions. En s'appuyant sur la relation thérapeutique, le psychomotricien propose au nourrisson des expérimentations relationnelles, matérielles. Cela va favoriser les découvertes, l'élaboration, l'anticipation, les représentations.

Le **plaisir sensori-moteur** a une grande place dans la prise en soin d'un enfant. Les activités motrices de l'enfant sont vécues pour le plaisir du mouvement dans le but de découvrir le monde qui l'entoure. Le psychomotricien a une sensibilité dans le domaine du plaisir sensori-moteur éprouvé par le mouvement. La notion de plaisir est importante pour favoriser l'investissement. Prendre du plaisir, avoir une expérience vécue positivement, influence les motivations de l'investissement. La recherche du plaisir sensori-moteur par l'enfant, avec l'étayage du psychomotricien, est un véritable échange au cours duquel l'enfant investit son environnement. L'enfant est un sujet actif de sa prise en soin et est pleinement impliqué tout au long de celle-ci.

c. L'étayage de la parentalité

Le psychomotricien cherchera, de plus, à étayer la place des parents auprès de leur enfant. C'est une préoccupation institutionnelle portée par l'équipe pluridisciplinaire au complet. Le parent est aidé et supporté pour qu'il trouve sa place, qu'il s'aperçoive de ses compétences et de son rôle. En psychomotricité nous pouvons étayer les parents sur le portage adéquat de l'enfant, le décryptage des manifestations toniques à travers le dialogue tonico-émotionnel. Par cet étayage, le parent pourra s'ajuster et ainsi améliorer les interactions et la relation parent-enfant.

Le psychomotricien valorise et rend compte des compétences et des qualités de l'enfant. Cela permet aux parents de voir un enfant compétent ayant un cheminement propre. Finalement tout cela entraîne un étayage de la relation avec l'enfant à leur tour.

Le psychomotricien intervient donc dans l'espace relationnel entre les parents et leur enfant en verbalisant les ressentis de cette relation particulière. A travers son implication corporelle, le psychomotricien va pouvoir être présent dans la prise en soin et étayer le portage, l'ajustement tonique, les réponses à donner aux manifestations toniques de l'enfant. Avec cette implication corporelle, ce dialogue tonique, le psychomotricien utilise les mêmes modalités relationnelles que la mère et son enfant.

Je vais illustrer cet étayage avec la description d'une séance effectuée un matin de janvier dans le box de Mattéo.

Nous sommes arrivées dans la chambre, la mère était présente, Mattéo était éveillé. Nous avons demandé à la mère comment elle trouvait Mattéo, comment elle se sentait, si elle avait des questions. Les parents voient et comprennent leur enfant différemment des soignants. Leurs informations sont importantes à prendre en compte dans la prise en soin. Nous devons entendre leurs avis et leurs questions.

Nous avons commencé la séance sur le tapis d'éveil avec des jouets dessus et nous nous sommes mises chacune d'un côté de Mattéo pour stimuler les retournements.

Nous apportions un étayage à Mattéo avec des gestes (des « coucous », des applaudissements...), des appels (par son prénom, des bruits...), des encouragements... La psychomotricienne engageait aussi la mère. Elle l'incluait dans la prise en soin de son enfant. La mère était assise au tapis avec nous et était sollicitée pour l'encourager, lui montrer les jouets, accompagner les mouvements de retournements...

La psychomotricienne mettait en mot ce qu'elle voyait de Mattéo pour que la mère sache où regarder. Elle décrivait les compétences de Mattéo « C'est bien de mettre ses mains dans sa bouche ! » ou encore « C'est amusant d'attraper ses pieds avec ses mains ! ».

En faisant cela, la psychomotricienne a pour objectif d'effectuer un étayage auprès de Mattéo en lui offrant de nouvelles expériences, de nouvelles sensations.

Mais aussi un étayage parental en explicitant les compétences de Mattéo ainsi que les activités stimulantes, les gestes à produire, les aides que l'on peut apporter.

Il s'agit d'offrir des expériences sensorielles et motrices contenant, structurant le psychisme du bébé, l'éveillant à la relation. Tout cela en montrant aux parents tout ce dont leur enfant est capable et en expliquant les acquisitions à stimuler.

d. Cas particulier au sein d'un service de cardiologie pédiatrique

L'approche thérapeutique psychomotrice assure un développement psychomoteur optimal de l'enfant en tenant compte de ses conditions d'hospitalisation et de ses capacités. Le psychomotricien trouve sa spécificité dans la conscience corporelle, dans le vécu corporel. Il est aussi présent pour prévenir les troubles psychomoteurs liés à une longue hospitalisation précoce.

Dans le cas de la cardiologie, les enfants ont souvent des cicatrices les empêchant de se mouvoir comme ils le souhaitent et donc de faire des expériences. Le psychomotricien peut donc accompagner le bébé dans sa motricité naissante en tenant compte de ces spécificités.

De plus, le psychomotricien considère l'individu dans sa globalité en intervenant sur le corps et sur le psychisme. Or le corps du nouveau-né, dans les services de cardiologie pédiatrique, est en souffrance et technicisé. Le psychomotricien occupe une place différente des autres soignants, il n'est pas dans les soins vitaux, urgents. Il peut donc intervenir dans une temporalité bien particulière et définie au préalable avec les parents.

Retour réflexif sur mon stage

Ce stage m'a permis de découvrir un nouveau pan du métier de psychomotricien. J'ai pu travailler avec une population de jeunes enfants ayant des pathologies cardiaques que je ne connaissais pas. Ce stage a considérablement enrichi mes connaissances cliniques et pratiques.

J'ai dû faire preuve d'adaptation dans ce milieu inconnu. Au début, j'ai pu éprouver de l'appréhension. J'étais face à la grande technicité qui entourait les enfants, des états de santé peu stables. Au fur et à mesure de l'année j'ai eu davantage confiance en mes capacités et me suis senti plus à l'aise. Je pouvais proposer des prises en soin, me renseigner sur des patients auprès de l'équipe pluridisciplinaire...

J'ai compris l'importance de l'implication corporelle en psychomotricité. Ces enfants avec qui la communication et la relation peuvent être mise en difficulté savent tout de même interagir grâce au dialogue tonico-émotionnel. Le corps joue dans ce contexte un véritable support contenant de la relation thérapeutique en psychomotricité.

Je pense que la psychomotricité dans ces services de cardiologie pédiatrique est légitime et nécessaire. J'ai eu de nombreuses fois des sensations d'utilité et de joie. Réussir à proposer des séances adaptées à l'état de santé de ces enfants et de voir toutes les capacités et compétences dont ils disposent était très satisfaisant pour moi, pour la psychomotricienne, pour les parents mais aussi pour les enfants eux-mêmes.

Dans le cas de Mattéo, on peut tout de même émettre l'hypothèse que la relation thérapeutique avec Mattéo n'aurait pas été la même si la prise en soin avait nécessité une sédation plus importante. Si l'état de cet enfant n'avait pas permis autant d'interactions, la relation thérapeutique aurait été différente. De plus, des parents réfractaires à la psychomotricité auraient pu aussi représenter un frein à la relation thérapeutique et à la création d'une alliance. Ils n'auraient pas forcément appliqué les conseils de guidance parentale de la psychomotricienne et Mattéo n'aurait pas autant progressé.

Ce sont des limites à la relation thérapeutique. Il faut plusieurs paramètres à connaître et à prendre en compte pour établir la relation thérapeutique et la faire évoluer en même temps que la dynamique de la prise en soin.

A l'inverse nous pouvons aussi comparer la situation de Mattéo à celle d'une autre enfant que j'ai pu prendre en soin. Nous l'appellerons Nina.

Nina avait un état de santé plus stable que Mattéo. Sa pathologie cardiaque ne l'obligeait pas à avoir les mêmes soins techniques et la même surveillance que Mattéo. Elle avait donc des soins moins invasifs que lui et cela lui permettait même d'être dans le service d'hospitalisation conventionnelle. Dans ce service Nina était continuellement avec un de ses parents, nuit et jour. La relation parent-enfant était donc différente. Le peau à peau pouvait être fait et le dialogue tonico-émotionnel entre les parents et Nina était donc impacté. Par les représentations de Nina sur les relations, la relation thérapeutique était donc elle aussi différente. En effet, Nina était dans des relations plus secure que Mattéo. La relation thérapeutique s'est établi plus rapidement et nous a permis de faire des prises en soin plus variées.

Il ne faut cependant pas négliger le fait que chaque relation thérapeutique est unique, adaptée à chaque patient. C'est le rôle du psychomotricien que de s'adapter aux différentes situations qu'il rencontre, avec les spécificités de chacun et notamment au sein de ce service.

Conclusion

La technicité, les soins, les nombreux soignants, l'ambiance sonore, olfactive et visuelle... Les enfants hospitalisés en cardiologie pédiatrique ne sont pas dans un milieu familial. Le psychomotricien va mettre en œuvre ses compétences et savoir-faire au service de ces enfants.

Par ses connaissances et apprentissages sur le développement psychomoteur de l'enfant, sur le psychisme et sur la relation parent-enfant, le psychomotricien va s'appliquer à l'élaboration d'une relation thérapeutique. De plus, le psychomotricien est dans une temporalité différente des autres soignants et peut donc créer une relation privilégiée de par cette particularité.

Cette relation thérapeutique s'appuie sur différents paramètres. Elle tient compte du ou des moments de rencontre, de la distance adoptée dans celle-ci, de l'empathie, du cadre, des notions de transfert et contre-transfert... Autant de paramètres sur lesquels le psychomotricien peut agir pour moduler la relation thérapeutique.

Cette relation thérapeutique est importante dans la prise en soin. Elle permet d'offrir un étayage ajusté à l'enfant et aux parents. De plus, elle permet une confiance, une contenance, une sécurité, une bienveillance dans laquelle les parents et le patient peuvent se développer. La relation thérapeutique permet de connaître, de mettre en mot ce que le psychomotricien perçoit de l'enfant mais aussi les ressentis des parents vis-à-vis de leur bébé ou encore de remettre en mots plus assimilables les termes techniques englobant leur enfant.

La psychomotricité dans ces services de cardiologie pédiatrique a pour objectif de soutenir et d'accompagner le développement psychomoteur de l'enfant hospitalisé dans une temporalité qui n'est pas l'urgence vitale.

La relation thérapeutique psychomotrice permet de soutenir le développement psychomoteur, amène à découvrir le corps et étaye les expériences corporelles et psycho-affectives qui sont mises à mal dans ce contexte d'hospitalisation. Elle est unique en fonction de chaque patient.

Ainsi que nous l'avons exposé, la relation thérapeutique a une part importante dans la prise en charge psychomotrice des enfants hospitalisés en cardiologie pédiatrique, mais cela ne se limite pas aux enfants et cette relation joue aussi un rôle important pour des populations de patients plus âgés nécessitant également des prises en soin psychomotrices.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION.....	4
I. L’HOSPITALISATION EN CARDIOLOGIQUE PEDIATRIQUE, LES ENJEUX	6
1. DESCRIPTION DES SERVICES DE CARDIOLOGIE PEDIATRIQUE	6
a. <i>Le service de soins intensifs</i>	6
b. <i>Le service de réanimation</i>	7
c. <i>Le service d’hospitalisation conventionnelle</i>	8
d. <i>L’équipe pluridisciplinaire</i>	8
2. LES ENJEUX DE L’HOSPITALISATION DU JEUNE ENFANT EN CARDIOLOGIE PEDIATRIQUE	10
a. <i>Le concept d’hospitalisme, un précurseur des familles à l’hôpital</i>	10
b. <i>Les spécificités du service de cardiologie</i>	12
c. <i>La place du psychomotricien dans un service de cardiologie pédiatrique</i>	13
3. PRESENTATION DE MATTEO	14
II. LA RELATION THERAPEUTIQUE PSYCHOMOTRICE	15
1. LA RELATION MERE-ENFANT	16
a. <i>Le tonus et relation</i>	16
b. <i>Les émotions</i>	23
c. <i>La préoccupation maternelle primaire</i>	25
d. <i>La communication</i>	27
e. <i>La place d’un tiers</i>	30
2. LA RELATION ENTRE LES PARENTS ET LE PSYCHOMOTRICIEN	32
a. <i>La place des parents dans la prise en soin de leur enfant</i>	32
b. <i>Démonstration et valorisation des compétences de leur enfant</i>	34
c. <i>La guidance parentale</i>	35
3. L’INVESTISSEMENT PARENTAL D’UN ENFANT MALADE	37
a. <i>Le deuil de l’enfant idéal</i>	38
b. <i>Les particularités des services de cardiologie pédiatrique</i>	39
c. <i>Le rôle du psychomotricien auprès de parents ayant un enfant hospitalisé en cardiologie pédiatrique</i>	40
4. LA RELATION THERAPEUTIQUE ENTRE LE PSYCHOMOTRICIEN ET SON PATIENT	42
a. <i>La rencontre et la mise en place de l’alliance thérapeutique</i>	43
b. <i>La proxémie</i>	45
c. <i>L’empathie</i>	46
d. <i>Le cadre</i>	48
e. <i>Le transfert et le contre-transfert</i>	49
f. <i>La relation thérapeutique psychomotrice en cardiologie pédiatrique</i>	51
III. LES APPORTS DE LA RELATION THERAPEUTIQUE EN PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE	53
1. LES QUALITES ET COMPETENCES DU PSYCHOMOTRICIEN.....	53
a. <i>La formation théorique</i>	54
b. <i>La formation pratique</i>	55
c. <i>L’individualité du psychomotricien</i>	56
d. <i>La corporéité dans la formation</i>	56
2. L’IMPLICATION CORPORELLE.....	58
a. <i>La position du psychomotricien</i>	58
b. <i>L’ajustement corporel par rapport au patient</i>	59
c. <i>La contribution de l’implication corporelle dans la relation</i>	60
3. LE BILAN PSYCHOMOTEUR	61
4. LA RELATION D’ETAYAGE	64
a. <i>Définition</i>	64
b. <i>L’étayage auprès du nourrisson</i>	64

<i>c. L'étayage de la parentalité</i>	66
<i>d. Cas particulier au sein d'un service de cardiologie pédiatrique</i>	67
RETOUR REFLEXIF SUR MON STAGE	69
CONCLUSION	71
TABLE DES MATIERES	72
BIBLIOGRAPHIE	74

Bibliographie

AUCOUTURIER B., DARRAULT I., EMPINET J.L. (1984), *La pratique psychomotrice, Rééducation et thérapie*, Doin, Paris

BALLOUARD C. (2006), *Le travail du psychomotricien*, Edition Dunod, Paris, p.7, p.70

BINEL G. (2000), *Prématurité et rupture du lien mère-enfant, la naissance inachevée*, Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville, p.57 à 69

BIOY A., BOURGEOIS F., NEGRE I. (2009), *La communication entre soignant et soigné*, Bréal, Paris

BASQUIN M. (1997), *Les thérapies psychomotrices de l'enfant*, Impact Médecin n°357, Levallois-Perret

BEN SOUSSAN P. (1995), *Le bébé à l'hôpital*, Syros, Paris

BEN SOUSSAN P. (2006), *L'annonce du handicap autour de la naissance en douze questions*, Erès, Ramonville Saint-Agne

CLUZEAU P. (2014). *Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien: Éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique*, Mémoire de Psychomotricité

CYRULNIK B. (2001), *Les Vilains Petits Canards*, édition Odile Jacob, Paris

DAUGER S., LETEURTRE S., BEAUFILS F. (2010), *Réanimation pédiatrique*, Doin, Rueil-Malmaison

FRAISSE C. (2015). *Toi, moi, nous... Vers une relation thérapeutique en psychomotricité*, Mémoire de Psychomotricité

GALON A., NOUGAROLLES C. (2016), *Stefano L., Bébé s'exprime par signes !*, Mango, Paris

GATECEL A. (2009), *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*, Heure de France, Paris

GATECEL A. (2012), *La psychomotricité relationnelle*, Editions EDK, Paris, p.25 à 42

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

GIRARDIER N. (2016), *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences*, Éditions in Press, Paris

GOLSE B., GOSME-SEGURET S., MOKHTARI M. (2001), *Bébés en réanimation, naître et renaître*, Editions Odile Jacob, Paris

GRENIER A., CONTRAIRES B., HERNANDORENA X., SAINZ M. (1988), *Examen neuromoteur complémentaire au cours des premières semaines de la vie, son application chez les nouveau-nés à risque*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris

KUBLER-ROSS E. (2009), *Sur le chagrin et le deuil*, Editions JC Lattès, Paris p.25 à 50

LEDOUX M. (2006), *Dictionnaire raisonné de l'œuvre de F. Dolto*, Editions Payot & Rivages, Paris

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005625897>

MANOUKIAN A. (2008), *La relation soignant-soigné*, Lamarre, Rueil-Malmaison

MAQUIN A. (2016), « *Une enveloppe à fleur de peau* ». *La psychomotricité : Une relation thérapeutique contenant pour panser l'enveloppe psychocorporelle défaillante des enfants trachéotomisés*, mémoire de psychomotricité

OLISLAGER P. (2014), *De la psychomotricité à la corporéité*, Vol.29, Elsevier, Amsterdam, p59

<http://www.pascalanger.fr/guidance-parentale>

PICARD D., MARC E. (2000), *Relations et communications interpersonnelles*, Dunod, Paris

POTEL C. (2010), *Être psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir*, Editions

Erès, Toulouse, p.111 à 148 ; p.321 à 345 ; p.435 à 444

POTEL C. (2010), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Editions in Press, Paris, p.23 à 43, p.51 à 65, p.83 à 105

POUGNAND S. (2019), *Réflexion sur la relation soignant-soigné dans un service d'oncologie adulte*, mémoire de Psychomotricité

RIVALIN M. (2020), *Un enfant, ses parents et un psychomotricien: Le tissage d'une alliance thérapeutique*, mémoire de psychomotricité

ROGERS C.R. (1968), *Le développement de la personne*, Edition Dunod, Paris, p.27 à 29

SANCHEZ CARDENAS M., LEMPP F. (1994), *Observation du nourrisson et de l'enfant en psychomotricité, Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n°6*, 225-232, Expansion Scientifique Française, Paris

STERN D. (1997), *Mère-enfant : les premières relations*, Mardaga, Bruxelles, p.51

THIBAUT-WANQUET P. (2008), *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital, la place des proches dans la relation de soin*, Masson, Paris

TISSERON S. (2010), *L'empathie au cœur du jeu social*, Edition Albin Michel, Paris, p.18

VASSELLE, M. (2020), « *Motricité en relation* » : *Les enjeux de la construction de la relation en psychomotricité*, mémoire de psychomotricité

WINNICOTT D. (1989), *La relation parent-nourrisson*, Payot, Paris

WINNICOTT D. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, p.285 à 291