



HAL
open science

Psychomotricité & Portage : l'intérêt du portage dans le développement psychomoteur de l'enfant

Auriane Garcia

► **To cite this version:**

Auriane Garcia. Psychomotricité & Portage : l'intérêt du portage dans le développement psychomoteur de l'enfant. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03715284

HAL Id: dumas-03715284

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03715284v1>

Submitted on 6 Jul 2022

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

COLLÈGE SCIENCES DE LA SANTÉ

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITÉ

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

MÉMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE PSYCHOMOTRICIEN

PSYCHOMOTRICITÉ & PORTAGE

L'INTÉRÊT DU PORTAGE DANS LE DÉVELOPPEMENT
PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT

« NOUS N'APPRENONS RIEN À L'ENFANT, NOUS LUI DONNONS DES APPUIS »

-BULLINGER

AURIANE GARCIA

NÉE LE 23 DÉCEMBRE 1996, À BAYONNE (64)

JUIN 2022

DIRECTEUR DE MÉMOIRE : OLIVIER RASAL-ALLUÉ

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Olivier Rasal-Allué, maître de stage et de mémoire, pour son suivi, sa générosité, sa bienveillance et le partage de ses connaissances tout au long de cette année. Merci d'avoir pris le temps de m'écouter, de me guider et de me soutenir dans la rédaction de ce mémoire.

Merci aussi à tous les professionnels, qui m'ont suivi de près ou de loin lors de mes différents stages, avec qui j'ai eu le plaisir d'échanger, d'apprendre et de me former. Merci à Pascale Pouquet, Natacha Micheau et Justine Legrand, de m'avoir fait tant aimer la psychomotricité.

Merci à toute l'équipe pédagogique de l'IFP de Bordeaux pour la transmission de leurs savoirs et de leurs pratiques.

Un grand merci à mon père et Élodie, à ma mère, merci à ma famille, de m'avoir toujours soutenue et encouragée tout au long de mes études. Merci d'avoir été à l'écoute de mes doutes et questionnements. Merci de me porter toujours plus haut.

Merci à mes ami(e)s. Et merci à Emma, Nora, Lisa et Noémie, celles qui me suivent depuis des années maintenant. Merci pour vos nombreux encouragements, votre soutien et votre présence. Merci de m'avoir permis de décompresser quand il fallait.

Enfin, merci à Clémence, Anaïs et Alexia, camarades et amies, avec qui ces années à l'école ont été largement facilitées par votre présence. Merci pour votre écoute et votre soutien sans faille.

SOMMAIRE

Sommaire.....	1
Introduction.....	3
I. LE CONTEXTE DU PORTAGE.....	5
A. Où, quand, comment ? Histoire du portage en Occident et ailleurs dans le monde.....	5
B. Les différents types de portage.....	9
C. Le portage au quotidien.....	17
D. Mes stages en parentalité et portage bébé.....	19
II. LE PORTAGE DE LA GROSSESSE À LA NAISSANCE.....	24
A. Désir d'enfant et parentalité.....	24
B. Développement intra-utérin et aspects sensoriels.....	26
C. La naissance.....	32
D. Les concepts de portage à la naissance : aspects psychomoteurs.....	43
III. PORTAGE, ENJEUX DANS LA CONSTRUCTION DES PROCESSUS PSYCHOMOTEURS.....	53
L'origine ontogénétique du portage : Bébé nidifuges, nidicoles et bébés portés.....	53
A. La théorie de l'attachement.....	55
B. Le « moi-peau ».....	64
C. La construction de l'arrière fond et de l'axe corporel.....	66
D. La construction du schéma corporel et de l'individuation.....	75
Conclusion.....	81
Bibliographie, sources des photos et images.....	83
Table des matières.....	88

« En portant votre bébé, vous lui transmettez ce qu'aucune chambre d'enfant installée avec amour, aucun berceau ni aucune poussette ultra confortable ne peuvent transmettre : le sentiment de bien-être, de sécurité, de chaleur, le mouvement, la vie »

Felix Stauffer, biologiste.

INTRODUCTION

Ayant toujours été intéressée par le monde de la petite enfance, j'ai très vite orienté mes études dans ce domaine. Du baccalauréat professionnel « Accompagnement Soins et Service à la Personne », au CAP petite enfance en passant par le Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur, le contact avec les bébés et les enfants m'a toujours stimulé et poussé dans des réflexions quant à l'intérêt d'accompagner au mieux et de manière adéquate ces enfants en développement constant. Après avoir obtenu ma licence de psychologie, je me suis rendu compte qu'il manquait une chose essentielle pour moi dans cette filière : la prise en compte globale de l'individu dans toute sa corporalité. Il me paraissait impossible dans ma future pratique professionnelle de ne pas lier corps et esprit. « *L'esprit et le corps sont une seule et même chose, qui est conçue tantôt sous l'attribut de la pensée, tantôt sous l'attribut de l'étendue* » (Spinoza). Cette affirmation nous donne toute l'originalité, mais aussi toute la difficulté de la conception Spinoziste du rapport entre le corps et l'esprit.

J'ai alors découvert le métier de psychomotricien-ne et j'ai cherché à me réorienter dans cette filière. C'est tout naturellement que lorsque j'ai commencé mes études en école de psychomotricité, mon intérêt s'est porté vers la petite enfance. Je m'interrogeais sur : *qu'est-ce que la psychomotricité pouvait apporter de manière globale dans le développement de l'enfant ?* Après différents cours théoriques à l'école durant la deuxième année, mes idées se sont affinées et mon envie d'explorer le monde du portage s'est exprimée. *Comment porter ? Comment bien le faire ? Qu'est ce que le portage peut apporter dans la relation ? Dans la parentalité ? Le portage psychique est-il aussi important et présent que le portage physique ?*

J'ai donc volontairement dirigé un de mes stages à l'hôpital en service de néonatalogie et réanimation néonatale. J'ai pu y observer l'importance de la psychomotricité et du portage chez ce public vulnérable. Un autre de mes stages de troisième année a été choisi en fonction de l'intérêt que je porte au portage. J'ai souhaité m'éloigner du milieu hospitalier et découvrir le portage dans un autre milieu que le milieu médical : celui des ateliers portage. J'accompagne donc un psychomotricien en libéral dans ses ateliers portage bébé avec un public allant jusqu'aux douze mois de l'enfant environ. Ces stages et différentes expériences m'ont amenée à m'interroger sur : *quels sont les rôles et les bienfaits du portage dans le développement psychomoteur de l'enfant ?*

Pour répondre à cette problématique, plusieurs hypothèses sont posées : « *Un portage adéquat favorise la construction de l'axe corporel du tout-petit* » , « *Un portage adéquat permet l'intégration des schèmes moteurs adaptés* » , « *Le portage est un étayage au sentiment de sécurité et de bien-être* ». Via ces hypothèses, je tâcherai de répondre au mieux à ma problématique en évoquant différentes notions théoriques et cliniques. Je vais développer des notions propres au portage qui seront étroitement liées au domaine de la psychomotricité et dont les bienfaits vont être discutés.

Si nous comparons le bébé humain aux petits des mammifères, le bébé humain qui naît après seulement neuf mois de gestation est « inachevé » à sa naissance. Cette immaturité explique donc ce grand besoin de contact physique, de contenance et de proximité corporelle, qui sera induite par le portage des parents. Nous savons depuis des siècles et ce à travers les divers continents que le portage comporte bien des aspects positifs pour le développement psychomoteur de l'enfant. Cependant il a aussi été très controversé à certaines périodes : « *Ne porte pas trop ton enfant il ne va jamais marcher* » , « *Il est trop grand pour être porté* » , « *Vous allez le rendre capricieux* » ... Je tâcherai alors dans ce mémoire de montrer qu'un enfant qui reçoit suffisamment de chaleur, de sécurité et qui est assez porté, pourra plus tard paradoxalement mieux se détacher. Nous verrons que le parent porte son enfant d'un point de vue physique mais aussi psychique. Les expériences de portage vécues pendant et après sa naissance vont permettre à l'enfant de tirer des bénéfices et progressivement de développer son indépendance. Ce sont les bénéfices transmis par le portage qui m'intéressent particulièrement dans la rédaction de ce mémoire.

D'après le décret d'acte du psychomotricien datant du 6 mai 1988, le psychomotricien est le professionnel du développement psychomoteur. Il est habilité à accomplir des actes tels que des bilans psychomoteurs, de l'éducation psychomotrice et de la rééducation de troubles psychomoteurs. Il peut de manière complémentaire se former à différentes pratiques, bilans et médiations. Des formations sur le portage existent et de ce fait nous pouvons nous former à différentes techniques de portage afin d'accompagner la parentalité et le tout-petit dans la relation porteur/porté. Le psychomotricien apporte un regard différent sur les bienfaits du portage et sur l'intérêt de celui-ci dans le développement affectif, relationnel, émotionnel et moteur.

I. LE CONTEXTE DU PORTAGE

A. Où, quand, comment ? Histoire du portage en Occident et ailleurs dans le monde

Il me semble important pour commencer cette partie sur le portage, de s'intéresser aux origines de celui-ci. Où, quand et comment le portage est-il apparu en Occident et dans les autres parties du monde. Cela permettra de situer le portage dans sa temporalité. Depuis plusieurs années, voire des centaines d'années, la technique du portage bébé est quelque chose de très répandu dans le monde entier. À chaque culture son portage, à chaque époque son portage.

La psychanalyste Drina Candilis dans son ouvrage : *L'âge du toucher chez les jeunes enfants*, relève à quel point la notion de contact et de toucher remonte à une époque très lointaine en Occident. En effet, pendant la préhistoire, porter répond surtout au besoin de sécurité afin de préserver le bébé du froid et des prédateurs. S'ensuit l'époque du moyen-âge où le lien mère-enfant est valorisé dans la culture comme dans les images religieuses. Les bébés sont allaités et portés durant de longues années. Cependant, à partir des années 1800 en Occident, le portage se perd progressivement. En effet, après le moyen âge, l'apparition des nourrices modifie les comportements et éloigne l'enfant de sa mère. À partir du XVIIIe siècle, le temps est au berceau ou au couffin. Tout ce qui concerne les portes-bébés ou autres techniques de portage est complètement absent. C'est à la fin du XIXe siècle, que le landau « anglais » voit le jour et est considéré comme un réel progrès. Ce landau inventé en 1848 par un Américain du nom de Charles Burton ne voit pas un grand succès dans son pays. Il se rendit donc à Londres où il eut la chance de vendre à la reine Victoria un de ses landaus. Du jour au lendemain, cette voiture pour enfant connut un franc succès et devint très rapidement à la mode. L'utilisation de ce landau est notamment rendue possible grâce à l'amélioration des routes dans les villes, qui n'étaient avant que de simples chemins de terres abîmés. Cet engouement pour les landaus limite alors énormément le portage à bras. À cette même époque, l'heure est à l'hygiénisme. Dans l'élan de ce courant, on préconise que l'enfant soit couché sans sa propre chambre, dans un lit à part et individuel, sans bercement. Pour des raisons d'hygiène, il est préférable à cette époque d'isoler les bébés et de ne pas trop les toucher pour ne pas leur transmettre de maladies. Je me questionne alors sur les répercussions que ce courant a pu amener dans le développement psychomoteur des enfants à cette époque...

En effet, dans certains cas, un enfant peu touché, peu manipulé et peu porté tant physiquement que psychiquement peut être en proie à certaines carences affectives pouvant engendrer de graves troubles. Spitz observe les effets de ces carences et nomme cela « *syndrome de l'hospitalisme* ». Je présenterai plus en détail cela dans la partie III de mon mémoire. Dans ce même élan, beaucoup de manuels de puériculture dressent alors certaines règles à respecter. En voici un exemple : « *Il est bien préférable de le laisser couché et sans pitié pour ses cris, de ne pas lui donner la déplorable habitude de l'avoir tout le temps sur les bras* » (Dr Rehm, 1922, Nouvelle Encyclopédie pratique de médecine et d'hygiène).

Dans les années 1930, à Londres, les « baby-cages » étaient utilisées pour garantir que les enfants vivant dans des immeubles aient suffisamment d'air frais et de soleil. Outre l'aspect dangereux de cette pratique, cela pose question quant à la distance que cela met entre le bébé et sa figure d'attachement. Placés dans ces cages, ils ne sont que très peu en contact avec le parent. De ce fait, tendresse, câlins, portage et interactions passent à la trappe. Cette pratique se perdra vers les années 1940-1950. Les photos 1 et 2 ci-dessous illustrent ces baby-cages.



PHOTO 1



PHOTO 2

C'est à la fin des années 1970 que l'on voit apparaître de plus en plus de bébés « accrochés » sur le ventre de leur mère et/ou de leur père. Le portage fera son grand retour, au dépend des fameux landaus. Des modèles de poussettes plus légères et maniables ainsi que des porte-bébés verront le jour. Les différentes techniques de portage sont à cette époque en train d'émerger. Durant une trentaine d'années, le monde du portage va s'ouvrir, les porte-bébés kangourous et écharpes de portage seront disponibles à la vente dans des magasins de puéricultures, sur internet ou encore dans certaines associations qui prônent le portage. Nous

sommes dans les années 2000 et de manière progressive le portage se refait une place en Occident.

L'histoire du portage dans les autres parties du globe est différente puisque le portage n'a jamais vraiment disparu. L'Occident a été marqué par des courants tels que l'industrialisation, l'apparition de nourrice et l'hygiénisme que d'autres pays ont moins connu. D'un pays à un autre, la littérature expose les différentes techniques de portage qui se faisaient. En voici quelques exemples : Les Inuits, peuple esquimau du Canada, portaient leur bébé à dos, tout nus contre leur peau. Si le bébé avait faim il pouvait téter le dos de sa mère et de ce fait elle comprenait son besoin et le tournait face au sein (cf. photo 6 p. 8). Les Sioux, important groupe ethnique amérindien du Centre et du Sud-Est de l'Amérique du Nord portaient leurs bébés dans un berceau vertical fait de bois et de peau d'animal durant les premiers mois de l'enfant. Ils étaient portés en général contre le dos de leur mère (cf. photo 5 p. 8). En Asie, c'est le portage à dos qui prime et ce depuis de nombreuses années en Chine, en Corée ou encore au Japon (cf. photo 7 p. 8). À Bali, il y a une cinquantaine d'années, nous pouvions observer dans cette culture que l'enfant n'était pas censé toucher le sol avant ses neuf mois. On considérait que l'enfant ne pouvait appréhender lui-même le sol que lorsqu'il pouvait se déplacer seul. Jusque-là il était donc constamment porté par le parent ou d'autres personnes. Pour finir, en Afrique, les bébés étaient et sont toujours portés dans un tissu contre le parent pour qu'il puisse vaquer à ses activités et se déplacer facilement avec leur bébé (cf. photo 3 et 4 p. 8).

« Porter les enfants sur le dos est juste une coutume merveilleuse qui préserve la stabilité émotionnelle des bébés et permet le lien mère-enfant » (Carole Mandi, éditrice de magazine au Kenya). Franck Njenga, pédopsychiatre à Nairobi, en Afrique, rajoutera : *« Le bébé porté sur le dos accompagne la mère dans la chaleur et le confort. Le bébé se sent en sécurité, et les gens qui se sentent en sécurité sont des gens plus heureux »*.



PHOTO 3

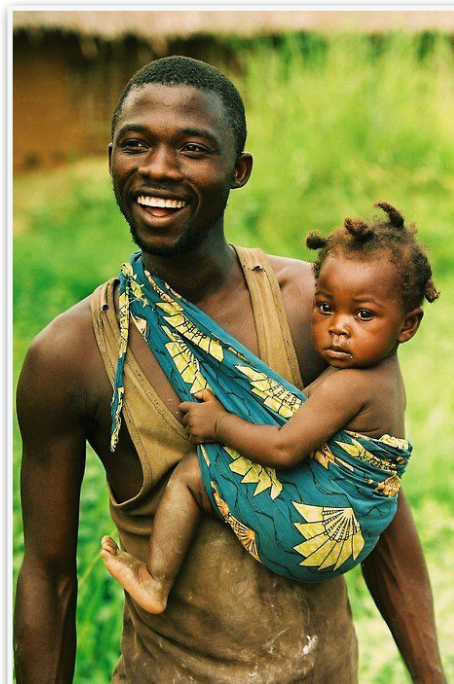


PHOTO 4



PHOTO 5

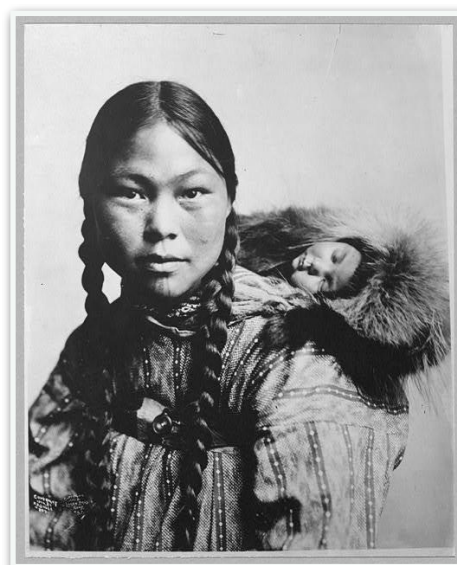


PHOTO 6



PHOTO 7

B. Les différents types de portage

1. Portage à bras : les différentes positions

Les bébés sont naturellement programmés pour s'accrocher à un adulte et être portés. Ils ont à la naissance des réflexes archaïques avec notamment le réflexe d'agrippement qui fait partie des réflexes archaïques de survie. Ce dernier est mis en jeu lors du portage. Ses mains s'accrochent et en lien avec ses bras, le centre de son buste, ses jambes, ses pieds et son tonus général, c'est tout le corps de l'enfant qui participe à cet agrippement lors du portage. En respectant sa physiologie naturelle et en l'invitant à s'agripper, le bébé sera alors acteur du maintien de son corps. Il existe de ce fait différentes manières de porter son enfant à bras. En voici une liste non-exhaustive :

La position dorsale en « berceau »

Le bébé est contenu dans les bras du porteur, tête dans le creux du coude et soutenu de tout son long par le bras du porteur, qui viendra aussi soutenir sa base. Cette position est très agréable pour le bébé puisqu'il est à une distance parfaite pour percevoir le visage de son parent. Avec un ajustement de la position c'est aussi l'idéal pour allaiter.



IMAGE 1

La position « bouddha »

Le bébé est positionné contre le buste du porteur, visage tourné vers l'extérieur, soutenu sous la base, jambes croisées en bouddha, bassin basculé en avant et l'arrière de la tête contre la poitrine du porteur. Cette position face au monde est à utiliser avec parcimonie dans un environnement calme et connu de bébé sur une courte durée. J'ai pu observer en stage que lorsqu'un bébé est agité, la psychomotricienne propose régulièrement le portage en bouddha qui est très contenant et permet d'apaiser facilement le bébé.

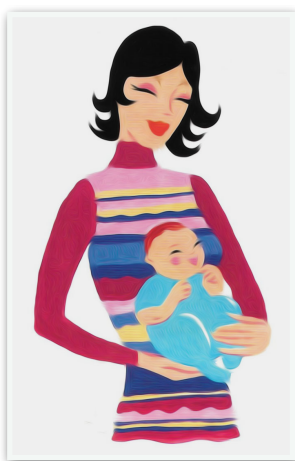


IMAGE 2

La position érigée

À la verticale, le bébé est contenu dans les bras du porteur. Une main soutenant la base et l'autre soutenant le haut du corps (nuque, tête). Certain bébé aime beaucoup cette position, de par la sensation de verticalité et de redressement de l'axe qu'elle propose. C'est une position régulièrement proposée par la psychomotricienne en unité de néonatalogie.

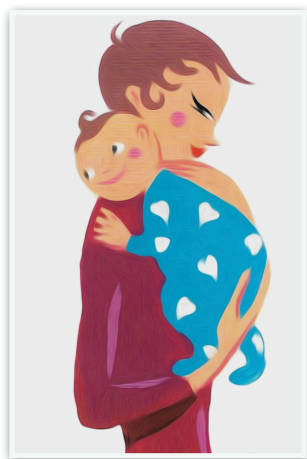


IMAGE 3

La position ventrale

J'ai pu observer que certains bébés étaient particulièrement fervents de cette position. En effet, face au monde, les interactions avec l'environnement et les gens sont nombreuses. J'observe beaucoup d'échanges de regards, de sourires et différentes formes de communication. Mais ce n'est pas tout, cette position est antalgique pour le bébé en cas de douleur au ventre. La chaleur des bras et mains du porteur viendront soutenir et contenir le ventre et apaiser les coliques et autres problèmes intestinaux. De plus, avec un bercement doux et régulier, cette position est favorable pour l'endormissement, puisque l'enfant pourra venir lover sa tête dans le creux du coude et porter ses mains à sa bouche.



IMAGE 4

Ces diverses positions vont pouvoir apporter des sensations permettant un apaisement et une construction psychique. Les sensations tactiles, visuelles, kinesthésiques, vestibulaires et olfactives procurées par le portage seront autant d'expériences sensorielles riches pour la dyade porteur/porté. (Michaud de Parscau, 2018). *Porter le parent, pour porter leur enfant* : c'est une phrase que j'aime avoir en tête en tant que psychomotricienne en parentalité. En effet, un parent qui n'est pas prêt, qui est en proie à un stress intense et plein de peur ne pourra fournir un portage contenant et sécurisant, car à travers sa propre peur, il risquera de transférer cet état de tension à son enfant. « *Le tonus est le principal agent de la communication émotionnelle* » (Robert-Ouvray, 2000). Il me semble important dans ma pratique psychomotrice de prendre en compte que certains états émotionnels et corporels peuvent complètement influencer la relation à l'autre. Nous parlons en psychomotricité de dialogue tonico-émotionnel. Il va être le reflet des états émotionnels des deux partenaires (ici parent et bébé), avec la possibilité d'une transmission l'un à l'autre. Je détaille ce concept de manière théorique dans la partie II, p. 48 de mon mémoire.

2. Portage en écharpe : une variété d'outils

Une écharpe de portage est un morceau de tissu plus ou moins long avec lequel on peut réaliser différents types de portage pour porter le bébé contre soi. Il est possible de le porter devant soi, sur le côté (hanche) ou sur le dos et ce dès la naissance. Nous proposerons toujours, en tant que professionnel psychomotricien des positions adaptées et physiologiques, qui prendront en compte les courbures naturelles de l'enfant et sa maturation neuromusculaire. Je pense notamment aux nouveau-nés prématurés, encore immatures dans leur construction neurologique, musculaire, de la peau et des organes, qui ont besoin d'un portage physiologique contenant avec une position en enroulement. *Alors, plus précisément qu'est ce qu'un portage physiologique ?*

Un portage dit « physiologique » est un portage qui respecte au maximum la physiologie du porteur et de l'enfant. Porter de manière physiologique, c'est s'adapter aux courbures naturelles de l'enfant, aux siennes, en respectant une posture semblable à celle adoptée lorsqu'il est dans les bras. Un portage physiologique s'adapte à la morphologie de l'enfant en fonction de son âge, de son tonus, de sa colonne vertébrale, de son ouverture de bassin, de son éveil et de ses capacités neuromusculaires. C'est un système de portage ergonomique qui vient s'adapter à l'enfant en fonction de sa maturation. (Marion Leuger, psychomotricienne D.E).

« Le portage physiologique intervient pour proposer au bébé une installation la plus proche possible de celle vécue dans le giron maternel »

Michaud De Parscau, 2018.

L'écharpe de portage tissée (cf. photo 8 p. 16)

Elle est faite d'un tissage spécifique et permet une bonne extensibilité du tissu dans sa diagonale pour s'ajuster parfaitement à la courbure dorsale de l'enfant et ne nécessite qu'une seule couche de tissu dans le dos de l'enfant. Le tissu étant bien résistant, il n'est pas nécessaire de passer plusieurs fois le tissu dans le dos de l'enfant. La position dans une écharpe maintient l'enfant et permet de décharger sa chaîne vertébrale, elle peut de ce fait se construire et se consolider. Le bébé peut être porté sur le ventre, sur la hanche ou encore dans le dos. Cette écharpe n'a pas de limite d'âge et peut s'utiliser de la naissance jusqu'à l'âge où l'enfant ne veut plus être porté. Ces écharpes nécessitent de ne pas avoir trop de décorations ou de broderies en relief pour éviter les frottements et les sur-stimulations dans le dos du bébé. Cependant, certaines écharpes peuvent avoir des motifs tels que des rayures et resterons suffisamment lisses quand même. Elles peuvent d'ailleurs être très utiles en atelier car visuellement elles aident le parent à percevoir quel pan doit être serré et mettent bien en avant les lignes de tensions. En tant que psychomotricien, nous allons apporter des indications et repères que nous allons pouvoir proposer aux familles intéressées. (Michaud de Parscau, 2018).

Lors de l'installation du bébé en écharpe, il repose au début de l'installation, sur un pan de tissu formé telle une « balançoire ». Celle-ci permet d'y passer les jambes de l'enfant, de le stabiliser et de le positionner de manière physiologique avant de continuer les manoeuvres avec l'écharpe. L'écharpe forme une sorte d'assise et l'enfant sera positionné dessus, le tissu passant sous ses fesses au niveau du creux des genoux. Dès qu'il sera installé dessus, le bébé s'installera automatiquement en position d'enroulement. Le reste des manoeuvres avec l'écharpe amènera un soutien, une sécurité et une contenance suffisante puisque une partie du tissu de la balançoire reste en maintien sous les fesses et le reste du tissu remontera dans le dos.

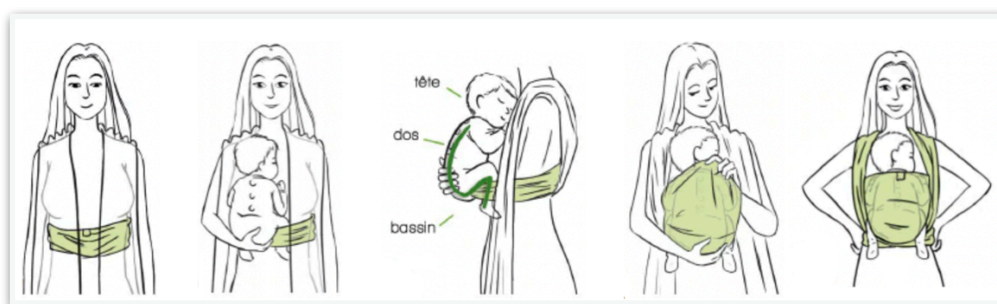


IMAGE 5

L'écharpe de portage tricotée - extensible (cf. photo 9 p. 16)

Cette écharpe de portage tricotée est très extensible et va pouvoir s'étirer dans tous les sens possible (contrairement à la tissée) et permettra un effet cocon pour un bébé petit. Elle ne pourra plus s'utiliser à partir de huit, neuf kilos environ. En effet, il y aura un effet rebond car le tissu est extensible et légèrement élastique. Ces écharpes nécessitent au minimum deux, voire trois couches sur le dos de l'enfant pour un bon soutien, du fait de leurs extensibilités. (Michaud de Parscau, 2018).

Le sling (cf. photo 10 p. 16)

Le sling est une variante à l'écharpe de portage tissée. C'est une écharpe sur laquelle on retrouve au bout deux anneaux, dans lesquels le tissu passe pour former un serrage. Cette dernière est encore plus simple d'utilisation grâce à ces anneaux qui restent fixés sur l'écharpe. Ce type de portage a l'avantage d'être pré-installée et ne nécessite donc aucun nouage. En effet, cette rapidité d'utilisation permet de répondre plus rapidement aux besoins de l'enfant. Il s'utilise de la naissance jusqu'à la fin de notre capacité de portage. En effet, le sling permet un portage en asymétrique et peut donc créer des tensions au niveau de l'épaule du porteur. La fin de l'utilisation du sling est plutôt liée au confort du porteur et à ce qu'il peut supporter par rapport au poids du bébé. (Michaud de Parscau, 2018).

Le mei-tai (cf. photo 11 p. 16)

Le mei-tai est un porte-bébé d'inspiration asiatique. Il est à mi-chemin entre le porte bébé préformé et l'écharpe de portage. Il se compose d'un grand carré de tissu qui forme l'assise et quatre pans de tissu déployables formant les bretelles et la ceinture afin de nouer le porte bébé. Il est fabriqué avec le même tissu que l'écharpe de portage tissé classique. Il peut être utilisé dès que l'enfant a un écart entre les hanches suffisant. Il faudra donc attendre que le bébé sache s'asseoir seul car il ne pourra pas s'utiliser dès la naissance. Facile et rapide à utiliser, il permet de porter l'enfant devant, sur le côté et dans le dos. (Michaud de Parscau, 2018).

Le porte-bébé préformé (cf. photo 12 p. 16)

Ce type de porte bébé comprend une structure générale, une ceinture, des bretelles rembourrées avec des clips et des sangles. Il permet une installation rapide du bébé et peut être plus facilement choisi par des parents peu intéressés par le portage en écharpe. En général, les porte-bébés s'utilisent dès que le bébé a un écartement des hanches suffisant et qu'il sait donc tenir assis seul. Cependant, certaines marques proposent maintenant des porte-bébés préformés adaptés dès la naissance permettant de retrouver une belle position physiologique. (Michaud de Parscau, 2018).

En conclusion, tous ces types de portage vont être adaptés à l'enfant car ils respectent ses courbures naturelles, ses points d'appuis, sa maturation neurologique et musculaire, son développement psychomoteur et les différents schèmes moteurs associés. Plus globalement : le fonctionnement de son corps. C'est au parent d'opter pour le moyen de portage qui lui conviendra le mieux et qui pourra respecter aussi sa physiologie.



PHOTO 8



PHOTO 9



PHOTO 10



PHOTO 11



PHOTO 12

C. Le portage au quotidien

De manière culturelle, le portage à bras, en écharpe ou porte-bébé en Occident est souvent confiné à certains lieux et activités extérieurs à la maison (promenade, courses...), alors que finalement, c'est partout et tout le temps que l'on peut porter son enfant.

En ville, certaines mères témoignent qu'il est bien plus pratique de porter son enfant sur soi (porte-bébé, écharpe) plutôt que de l'avoir en poussette. D'un point de vue du déplacement, les pavés, trottoirs, escaliers du métro, portes tournantes et marches des bus ne sont pas vraiment adéquats pour l'utilisation d'une poussette. (Didierjean-Jouveau, p. 62). Un autre avantage et pas des moindres de porter son enfant plutôt que de l'avoir dans une poussette : l'enfant porté contre soi est à hauteur d'homme, contrairement à la poussette où il se retrouve à la hauteur des pots d'échappements. Dr Alain Grimfeld, chef d'un service de pneumologie à l'hôpital, propose en 1999 d'éviter de transporter les enfants dans des poussettes et de favoriser le portage contre soi. En effet, en 2011, l'Association Santé Environnement de France a prouvé que dans le centre ville d'Aix-En-Provence, les enfants en poussettes inhaleraient entre deux et six fois la dose limite de particules fines fixés par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Ces microparticules peuvent être cancérogènes et source de nombreux problèmes de santé, dont l'asthme.

En balade comme en ville, le portage du bébé sur soi comporte bien des aspects positifs : fini de coincer les roues de la poussette dans la boue ou d'arpenter avec difficultés des chemins caillouteux. Un porte-bébé ou écharpe permet d'entreprendre de longues balades, tout en ayant son enfant contre soi, bien au chaud. Et même lorsque l'enfant sait marcher, ses petites jambes ne peuvent pas toujours suivre un rythme de balade d'adulte et tout l'intérêt de porter son enfant est là. Comme le dit un proverbe africain : « *Porté au dos, l'enfant ne connaît pas la longueur du chemin* ». Selon l'âge du bébé et nos préférences, il est tout à fait possible de porter son enfant en écharpe ou avec un porte-bébé face contre soi, dans le dos ou bien face au monde. Cependant, le « face au monde » est généralement proposé plutôt à la maison et peu à l'extérieur car il peut être sur-stimulant pour le bébé. En effet, il ne peut pas s'enfouir contre son parent s'il en a besoin, puisque face au monde la position physiologique d'enroulement n'est pas vraiment respectée. De plus, si le bébé s'endort, sa tête part vers l'avant, ce qui peut par la suite créer des tensions dans la nuque. Le face au monde est intéressant en portage à bras, dans un milieu familial.

En moyen de portage j'observe que la psychomotricienne le recommande seulement sur de courts temps, en dehors du sommeil et plutôt à la maison. Hormis bien sûr les cas particuliers, notamment lorsqu'il y a un handicap ou une impossibilité à porter face contre soi chez le parent ou l'enfant.

À la maison, le portage contre soi est une pratique moins courante en Occident qu'ailleurs dans le monde. Elle est cependant une solution intéressante pour répondre aux besoins du bébé et d'autant plus pendant les premiers mois. Porter son bébé même à la maison, c'est aussi pouvoir se libérer les mains et vaquer à ses occupations tout en ayant son bébé près de soi, de manière à répondre à ses sollicitations de manière rapide. Le bébé est au chaud, parfois même en peau à peau, se sent en sécurité, contenu et actif dans les échanges de regards, dans la relation à l'autre et à son environnement. De quoi favoriser un développement psychomoteur de qualité.

Concernant le portage en structure, comme l'hôpital ou la crèche, certains soignants peuvent tout à fait pratiquer le portage en écharpe. En effet, au début des années 1980, certains membres du personnel d'un service de néonatalogie de Port-Royal, portaient les nouveaux-nés prématurés en l'absence des parents. Ces essais avaient été très concluants. De même dans le service de néonatalogie de l'hôpital universitaire de Cologne, en Allemagne. L'écharpe de portage est tout autant utilisée par les membres du personnel que par les parents.

Je fais le lien sur le portage en structure et en institution libérale dans la prochaine partie de mon mémoire, qui portera sur une présentation de mes lieux de stage. Je tâcherai de décrire comment à l'hôpital et lors d'une activité libérale en parentalité le psychomotricien accompagne les familles et les bébés dans la thérapie, le soin et le portage.

D. Mes stages en parentalité et portage bébé

De manière générale, le psychomotricien va essayer d'accompagner et de soutenir l'enfant dans son développement psychomoteur. Il peut proposer des situations d'apprentissage, de prévention, de thérapie, de diagnostic, de guidance parentale, de rééducation et d'accompagnement en lien avec les problématiques et objectifs du sujet en séance et ce quelques soient ses difficultés. Mais pour cela, j'ai pu constater qu'il doit avant tout être disponible psychiquement et corporellement. Le premier outil de travail du psychomotricien, c'est son corps. C'est-à-dire qu'avant tout travail en relation avec l'autre, nous devons être en accord avec nous même dans notre propre corporalité.

1. L'hôpital

Mon premier stage de troisième année s'est déroulé à l'hôpital en service de néonatalogie. Ce service de réanimation néonatale de niveau 3 englobe des soins intensifs de néonatalogie avec des lits de soins continus pédiatriques. Le niveau de prise en charge des maternités va du niveau 1 au niveau 3. Ici, dans un contexte de niveau 3, les grossesses à haut risque et les nouveau-nés présentant des détresses graves et n'ayant pas d'autonomie respiratoire sont pris en charge. Ce service peut accueillir des bébés nés entre 24 et 25 Semaine d'Aménorrhée (SA) à partir de 500g.

Dans ce contexte hospitalier j'ai pu observer les interventions et le rôle de la psychomotricienne dans ce service. En effet, elle est régulièrement sollicitée sur différentes questions quant au devenir de l'enfant. Elle répond aux diverses interrogations sur le développement psychomoteur et donne des repères en fonction de l'âge corrigé de l'enfant. L'âge corrigé se calcule à partir de la date de naissance du bébé. On soustrait l'écart séparant la date de sa naissance et la date du terme normal de gestation attendue (41 semaines). Il permet de mieux tenir compte du développement global de l'enfant.

La psychomotricienne prend en charge le tout-petit en individuel et en équipe pluridisciplinaire. En effet, elle participe activement aux soins à quatre mains avec les équipes d'aides-soignantes et d'infirmières. Les unités néonatales sont composées de médecins, d'internes, d'infirmières puéricultrices, d'auxiliaires de puériculture, d'aides-soignantes, de psychologues et d'une psychomotricienne. Chaque soignant a son importance auprès du bébé et travaille en étroite collaboration avec les parents. Tous les soignants se concertent chaque

jour afin d'être cohérent dans leur prise en soin et se transmettent les dernières informations à jour, primordiales pour adapter les axes de travail avec le bébé et la famille.

Lors du travail en parentalité, le psychomotricien va devoir avant tout proposer un cadre sécurisant à la famille, aux parents et aux bébés. Mettre en sens le corps de l'autre, observer les réactions toniques et émotionnelles émanant du parent et de l'enfant. Cette mise en sens sera possible grâce à des repères corporels que l'enfant et le parent vont construire petit à petit. Repères indispensables à l'enfant pour développer sa motricité, son individuation et s'ancrer dans sa propre corporalité.

Les équipes néonatales, ayant conscience de certains facteurs de risque liés à la prématurité et les conséquences des facteurs biopsychosociaux, ont pour objectif de soutenir ces familles et de les accompagner dans leur parentalité. C'est en collaboration avec les parents que les équipes vont les aider dans la compréhension des comportements et manifestations de leur enfant, pour faciliter au mieux leurs relations dans ce milieu hospitalier, mais aussi lorsqu'ils n'y seront plus. De ce fait, dans son rôle, la psychomotricienne va pouvoir proposer aux familles un éventail d'outils pour répondre de la meilleure des manières aux besoins de leur bébé et informer sur les aides extérieures dont ils peuvent avoir besoin par la suite.

Pour cette raison, le service de néonatalogie travaille de près avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et le Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP).

La PMI est un système de protection mère/enfant, dont la création date de 1945. La PMI organise des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi chez les futurs parents et parents d'enfants de moins de six ans. Elle propose aussi des activités de planification et d'éducation familiale. La PMI est alors informée de tous les accouchements prématurés qui nécessitent une hospitalisation en service de néonatalogie. De ce fait, les puéricultrices, psychologues et le reste de l'équipe pluridisciplinaire de la PMI pourront intervenir à domicile auprès des familles. Le choix de la PMI sollicitée dépend du secteur géographique de la famille.

Le CAMSP a plusieurs rôles : prévention, dépistage, diagnostic, prise en charge de divers troubles et pathologies chez des enfants jusqu'à leur six ans, et suivi en consultation des bébés nés prématurés pendant au moins les deux premières années de vie. Ce sont les psychomotriciennes du CAMSP qui vont s'occuper du suivi et du développement psychomoteur de ces enfants-là, parfois seules, parfois en binôme avec le pédiatre.

C'est donc dans le cadre du service de néonatalogie de l'hôpital que j'ai pu observer la psychomotricienne proposer à chaque famille qu'elle rencontre, un ou plusieurs temps d'échange autour du développement psychomoteur de leur enfant ainsi que des échanges autour de la thématique du portage. Les réunions hebdomadaires auxquelles elle assiste avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire permettent de réaliser des projets de soins propres à chaque enfant. De ce fait, la psychomotricienne est au cœur de la prise en soin puisqu'en cernant les besoins et demandes de la famille comme de l'enfant, elle peut répondre au mieux à leur problématique. Elle exposera aux parents les bienfaits du portage avec notamment le développement des liens d'attachements, la notion de sécurité, de contenance physique et psychique et tous les autres bienfaits psychomoteurs. Parmi eux, l'émergence de la construction de soi, d'individuation, de notion d'arrière fond, d'axe corporel, de tonus et des différents schèmes moteurs émergents dans le développement. L'intérêt étant de sensibiliser les parents à ces bienfaits, de répondre à leurs questionnements et d'initier les familles demandeuses aux différents types de portage possible.

2. Le libéral

Mon deuxième stage de troisième année s'est déroulé en activité libéral, dans le domaine de la parentalité. J'ai pu m'initier aux ateliers portage bébé que proposait le psychomotricien aux familles. Pour l'animer, il faut tout d'abord être formé. Différents centres proposent des formations spécialisées en petite enfance et en accompagnement parental. La durée et le programme de formation sont différents d'un organisme à un autre, mais le but reste le même : comprendre les données d'un portage physiologique respectueux du bébé et du porteur, maîtriser les techniques, les compétences pour utiliser le portage au quotidien dans son activité professionnelle dans la confiance et le respect du porteur et du porté, apprendre à animer des ateliers de portage physiologique auprès des familles avec des notions d'accompagnement parental et proposer des réunions d'informations tout public.

L'accompagnement des familles dans ce type d'atelier va permettre de les initier à un portage physiologique respectueux pour leur bébé mais aussi pour eux, porteurs. L'intérêt est de leur transmettre les bienfaits et la pratique de ce savoir ancestral. Le professionnel va valoriser les familles, les écouter et les guider dans leurs questionnements. Cependant, ces types de formations sont ouvertes à tout public et ne sont pas seulement ouvertes aux psychomotriciens diplômés d'état.

Le psychomotricien ne va pas s'intéresser qu'à l'aspect purement technique d'un bon nœud d'écharpe ou d'une installation en porte-bébé. Il y a derrière cela toute une approche globale de prise en soin, avec des connaissances anatomiques, physiologiques, développementales et psychologiques. Il va impulser une réflexion commune avec les parents autour de l'enfant et son développement psychomoteur. Par l'observation du langage corporel du bébé, le psychomotricien fait le lien entre le discours des parents, les émotions et le tonus de l'enfant, pour en faire une lecture éclairée.

De manière à répondre au mieux aux demandes des familles, les ateliers portage s'organisent de manière bien précise. Tout d'abord afin d'être disponible pour tout le monde, l'atelier se limite à trois ou quatre couples maximum. La qualité des échanges et la disponibilité de chacun est primordiale pour que l'atelier se passe de manière douce et sans tension, car là se joue un fort dialogue tonico-émotionnel entre nous professionnels et les familles. Si je suis stressée, pas prête et hasardeuse dans mes propositions, cela se ressentira par un tonus élevé qui se projettera automatiquement sur les familles et les enfants présents. Nous sommes donc dans un ajustement constant de notre posture, et en tant que psychomotricien c'est quelque chose que nous prenons en compte à chaque instant. Les parents peuvent venir seul ou en couple, avec ou sans leurs bébés. Certains couples viennent pendant la grossesse, afin de se préparer en avance et organiser au mieux l'arrivée du bébé en définissant à l'avance le type de portage souhaité. D'autres parents viennent tout juste après l'accouchement et d'autres plusieurs mois après.

Les ateliers auxquels j'assiste ont pour but premier une initiation aux techniques de portage et de la guidance générale face aux questionnements des familles. Cibler la technique de portage qui conviendra le mieux aux parents et à l'enfant est donc un des objectifs premiers de ce type d'atelier. Pour approfondir, nous allons montrer aux parents les différents types d'installations possibles en fonction des systèmes de portage. Nous allons expliquer aux

parents comment ils peuvent, par le portage, contribuer au bon développement psychomoteur de leur enfant, en leur exposant les bienfaits tant pour leur enfant que pour eux.

En effet, lors du portage il se joue tout un tas de processus dans la relation parent-enfant. La proximité induite par le portage amène le porteur et l'enfant dans un dialogue « corps à corps » instinctif. Les ressentis sont au cœur de l'interaction. Différents items psychomoteurs sont alors abordés, observés et travaillés lors des ateliers. Parmi eux, le renforcement du sentiment de compétence parentale et du lien d'attachement parent-bébé, le développement sensori-moteur de l'enfant, les interactions entre les parents, une observation précise des interactions parent-bébé via la communication verbale et non-verbale.

C'est en étant proche de leur enfant de manière physique, qu'ils vont s'en rapprocher de manière psychique. Le parent va apprendre à connaître son enfant, et l'enfant va apprendre à connaître son parent.

II. DE LA GROSSESSE À LA NAISSANCE

A. Désir d'enfant et parentalité

C'est bien avant sa conception et son arrivée au monde, que l'histoire de chaque individu commence. Cette histoire vient s'inscrire dans celle des parents qui vont enclencher des processus de désir d'enfant et de parentalité bien avant la naissance de leur nouveau-né.

Désir d'enfant

Le désir d'avoir un enfant est un souhait conscient, qui va être pensé et discuté entre les deux partenaires. Il s'agit d'une envie commune et d'une décision qui appartient aux deux membres du couple. Cette envie se situe dans le psychisme des futurs parents et passe par le corps, notamment celui de la femme qui portera pendant neuf mois le fruit de ce désir : le bébé.

Les futurs parents vont imaginer, chacun à leur façon, leur enfant à venir. Cet enfant qui ressemblera à celui que chacun d'eux a été. Les parents vont projeter de manière inconsciente une ressemblance avec eux, tant sur le plan physique qu'au niveau de la personnalité et des traits de caractères. Ces projections peuvent être différentes d'un parent à un autre et ils devront alors prendre en compte les désirs et les représentations propres à chacun.

Lebovici, psychiatre et psychanalyste, évoque que chez les mères, le désir d'enfant va se manifester selon deux conceptions : l'enfant imaginaire et l'enfant fantasmatique. L'enfant imaginaire est le produit des rêveries conscientes et préconscientes du parent, de ce qu'il imagine. Chez la mère, c'est surtout à partir du deuxième trimestre que les rêveries surviennent. En effet, les échographies, les mouvements du bébé in-utéro augmentant et l'annonce du sexe de l'enfant vont rendre de plus en plus réel cet enfant imaginé. L'enfant fantasmatique lui, est le produit des désirs provenant des origines, de l'histoire infantile et oedipienne des parents. L'enfant fantasmatique correspond au produit des désirs anciens de maternité.

Le désir d'enfant précède d'une certaine manière le concept parentalité. *Cependant, ce désir fait-il déjà partie d'une forme de parentalité avant même que l'enfant arrive ? La parentalité est-elle une forme de portage psychique qui amorce le portage physique de cet enfant imaginé ?*

La parentalité

Le concept de parentalité ne peut pas s'arrêter à l'éducation de son enfant jusqu'à sa majorité, ni au fait de simplement répondre à ses besoins fondamentaux. En effet, il est le reflet d'un processus continu qui émerge dès son désir d'enfant et des projections que l'on fait. C'est dans cette idée de parentalité émergente, au moment où le désir du couple se fait ressentir, que se joue déjà une forme de portage psychique.

Ce concept n'est pas chose aisée à définir, puisqu'il regroupe un ensemble d'approches venant de différents domaines. La parentalité ne peut se réduire au fait d'avoir un enfant et d'en devenir le tuteur légal à sa naissance. En effet, il ne suffit pas d'avoir un enfant pour se sentir parent.

Alors que la sociologie va plutôt remanier les places parentales à partir d'une analyse d'une parentalité « nouvelle » telles que la mono-parentalité, la beau-parentalité et l'homo-parentalité, l'approche anthropologique elle, va se centrer sur les fonctions que les parents exercent vis-à-vis de leur enfant dans toutes les sociétés : nourrissage, éducation, attribution d'identité et accès au statut d'adulte. (Esther Goody, 1982). L'approche psychanalytique se centre plutôt sur la création d'un lien psychique parent-enfant, en distinguant explicitement maternalité et paternalité. (Neyrand, 2015).

De ce fait, un consensus se forme pour définir ce concept de parentalité qui cherche à s'appuyer sur une approche scientifique mais aussi à prendre en compte toute la dimension gestionnaire et politique : « *La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu*

par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant » (Neyrand, 2015).

Cette question du désir d'enfant et de parentalité est une prémisse au futur portage physique du bébé. Puisque le bébé naît d'un désir de la part des parents, il sera déjà porté dans les pensées et dans les rêves du couple. Ils vont lui créer une place dans leur vie, dans leur maison, dans leurs familles et dans leurs histoires. C'est le portage psychique. L'enfant désiré est porteur de l'amour grandissant des parents qui forme déjà en amont cette notion d'attachement.

Le temps de la grossesse est nécessaire pour se préparer à l'arrivée du bébé, penser sa place au sein de la famille et trouver l'équilibre face à ce chamboulement et la nouveauté de devenir parents. Pendant neuf mois, le fœtus va se développer à mesure que la parentalité va émerger dans le couple. C'est durant ce temps-là que les parents vont progressivement intégrer leur nouveau rôle et pourront se sentir prêts à accueillir et porter leur enfant psychiquement et physiquement.

B. Développement intra-utérin et aspects sensoriels

« L'espace intra-utérin à deux fonctions majeures : apporter les éléments nutritifs favorables à la construction du corps, et contenir les mouvements du fœtus »

Potel, 2019.

Tout au long de la grossesse, le bébé est porté par le liquide amniotique qui le protège des secousses et des chocs. Ce liquide amniotique va permettre de maintenir le fœtus stable et de le faire bouger en fonction des mouvements de la mère. Quand celle-ci bouge, le fœtus ressent les déplacements et mouvements via ce liquide qui l'entoure. Le tonus corporel de la mère va alors influencer le tonus utérin et ainsi celui de son bébé. La relation tonique et émotionnelle se joue déjà à ce niveau là.

C'est dans cet espace non figé qu'il va physiologiquement se développer, se construire, en s'adaptant continuellement aux changements et à l'évolution du cet espace. Durant les neuf mois de grossesse, le bébé est déjà dans un environnement portant et

stimulant (impressions sensorielles, température, mouvements d'autostimulations). De plus, il est constamment en contact avec les parois du ventre de sa mère. Cette fonction contenante et portante va être maintenue dès la naissance et va s'inscrire dans un continuum par le portage. C'est la suite logique de la vie intra-utérine pour combler ses besoins de bercements, de contact, de chaleur et de réassurance dont le bébé a été habitué pendant ses neuf derniers mois.

« C'est parce que le bébé est encore incomplet, donc fragile, qu'il a besoin d'un portage maternel qui poursuive ce qui s'est vécu à l'intérieur de l'enveloppe protectrice de l'utérus »

Potel, 2019.

Concernant l'aspect purement sensoriel, je vais évoquer ici plusieurs notions. L'intéroception, l'extéroception, la proprioception et le sens vestibulaire me semblent important à rapprocher de la notion de portage. En effet, porté dans les bras du parent, tous les sens sont en éveil et les uns complétant les autres, le développement psychomoteur du bébé va émerger...

L'intéroception est caractérisée par le fait d'avoir une conscience plus ou moins précise de l'état de son corps. Ici, les sensations se jouent au niveau nociceptif et viscéral. Plus précisément c'est l'intéroception qui va nous donner des indices sur notre sensation de faim, de soif, de fatigue... Cependant, dans le ventre de la mère, ces sensations-là n'existaient pas pour le fœtus. *« Dans sa vie intra-utérine, l'enfant évolue dans un milieu spécifique qui répond entièrement à ses besoins »* (Bourdarias, 2008). Ces premières sensations corporelles que va ressentir le bébé peuvent être très déstabilisantes et envahissantes. Il revêt d'une importance majeure d'essayer de répondre au mieux aux besoins de son enfant et de maintenir une sécurité corporelle et psychique, qui peut se faire via un portage adéquat.

L'extéroception, regroupe la sensibilité à tout stimulus concernant l'extérieur de l'organisme. Via la peau, les muqueuses... le corps perçoit des sensations telles que la chaleur, la pression, la douleur. Ces sensations sont possibles grâce à des capteurs de contact et c'est cette stimulation qui va donner lieu au sens du toucher et de la gustation. La vision, l'audition et l'olfaction sont des sens liés à des stimulations plutôt distantes au corps. Ainsi,

ces cinq sens vont pouvoir se développer dans l'ordre suivant : le toucher, le goût et l'odorat, l'ouïe et pour terminer, la vue.

In-utéro la peau est déjà dotée d'une grande sensibilité tactile. Elle est pourvue de plusieurs récepteurs sensoriels qui sont déjà sensibles à la pression et à la chaleur. Le fœtus vit dans un milieu liquide et confiné et développe grandement sa sensibilité au toucher. En effet, les parois de l'utérus de la mère, son propre corps ou bien celui d'un éventuel jumeau peuvent engendrer des réponses motrices dès les premiers mois de gestation. « *Plus le fœtus grossit, plus il va être en contact avec la paroi utérine. Ces contacts vont le nourrir, au sens premier du terme, de sensations tactiles* » (Potel, 2019, p. 120). Ces réponses motrices structurent la maturation neuro-musculaire permettant une coordination des mouvements. Ces stimulations motrices sont capitales pour le développement de la motricité et pour un fonctionnement optimal à la naissance et même après. C'est donc par le biais de ce portage intra-utérin que commence à se mettre en place le développement psychomoteur de l'enfant.

Concernant l'olfaction et la gustation, les fœtus sont capables de discriminer différentes odeurs au cours du neuvième mois de la grossesse. Les odeurs et les saveurs de certains aliments ingérés par la mère sont non seulement détectés mais aussi mémorisés par le fœtus et conditionnent les préférences olfativo-gustatives observées chez l'enfant après la naissance. De plus, dès la naissance le nouveau-né est capable de discriminer le lait de sa mère face au lait d'une autre mère ou face à du lait artificiel. Il se dirigera volontairement vers le lait de sa mère, reconnaissant son odeur et son goût de manière très claire. (Busnel et Heron, 2010). Dès la naissance et même après, la proximité induite par le portage va permettre à l'enfant de sentir les odeurs de sa mère et donc de se sentir en sécurité. Dans un corps à corps avec sa mère, son système olfactif sera en éveil et fera les liens avec les odeurs déjà connues et présentes in-utéro.

Au niveau de l'audition, les capacités discriminatives du fœtus révèlent d'un fonctionnement auditif efficace qui continuera à s'affiner durant les premières années post-natales. Lorsqu'il s'agit de parole, le fœtus est capable de différencier deux syllabes, des phrases, les locuteurs, les langues, les comptines ou les morceaux musicaux. De ce fait, pendant neuf mois le fœtus entend la voix de ses parents et à sa naissance il sera capable de discriminer et reconnaître les voix qu'il aura entendu in-utéro. Ces voix entendues in-utéro ont constitué un portage psychique contenant et complémentaire au portage physique de

l'utérus de la mère. Ces voix portantes entendues pendant neuf mois vont être reconnues dès la naissance et vont s'inscrire dans une continuité et instaurer une base de sécurité à l'enfant.

Concernant la vision, celle-ci n'est pas mature à la naissance. Le développement visuel dépend de stimuli endogènes qui s'intensifient au cours du troisième trimestre de la vie fœtale. Mais les stimulations exogènes sont également indispensables au processus visuel qui se déclenche à la naissance et se poursuit au cours des cinq premières années de vie. Les capacités visuelles du nouveau-né ne sont donc pas effectives à la naissance. En effet, un nouveau-né voit net seulement lorsque les objets ou personnes se situent à environ 20 ou 30 centimètres de lui. Proposer un portage à bras ou avec différents systèmes de portage permettra à l'enfant d'être au plus près de son parent et d'avoir cette distance suffisante pour voir nettement leur visage. Grâce à cette proximité, les échanges de regards et de sourires seront plus confortablement captés par le bébé. Les interactions seront alors largement facilitées.

Les systèmes extérocepteurs sont tous fonctionnels à la naissance, mais certains sont encore immatures. Cependant, ils contribuent de façon importante au bon développement psychomoteur de l'enfant et assurent une bonne adaptation et intégration du monde extérieur. Un contexte stimulant, contenant et en relation avec l'environnement extérieur permettra à l'enfant de venir renforcer ces cinq sens tout au long de son développement. En effet, lors du portage, les sens extéroceptifs de l'enfant sont tous tournés vers le porteur. Il est le traducteur de cette communication non-verbale que l'enfant dirige vers lui, via son tonus, son regard, ses bruitages et son toucher. Cet échange parent-enfant va venir impulser le développement psychomoteur de l'enfant via cette relation corporelle induite par le portage.

« La sensibilité proprioceptive complète les sensibilités intéroceptives (qui concerne les viscères), extéroceptives (qui concerne la peau) et celle des organes des sens. Elle permet d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque segment du corps (position d'un doigt par rapport aux autres, par exemple) et donne au système nerveux, de façon inconsciente, les informations nécessaires à l'ajustement des contractions musculaires pour les mouvements et le maintien des postures et de l'équilibre » (Larousse médical, 2009).

La proprioception est donc une sensibilité particulière qui nous vient de nos tendons, de nos articulations, des os et de nos muscles. Notre cerveau enregistre à tout moment de la journée la position des segments des membres les uns par rapport aux autres. C'est justement grâce à des nerfs situés au niveau des tendons et des muscles que nous pouvons avoir notion de la position de notre corps et conscience de celle de nos membres. Elle donnera lieu à des sensations, perceptions et représentations liées à la posture, au mouvement et au tonus.

Le portage est un réel soutien au développement de la proprioception chez l'enfant. En étant porté et grâce au contact des bras et du tissu de portage sur son corps, cela lui permettra de prendre conscience des différentes parties de son corps. Son axe étant soutenu et en position d'enroulement, les sensations corporelles sont présentes mais contenues pour ne pas éclater et permettre donc un soi unifié. Le tonus du bébé étant complètement hétérogène à la naissance, le portage permet une contenance et une stimulation du tonus axial encore très hypotonique. Ces stimulations vont venir enrichir cette notion de proprioception et de prise en conscience des parties de son corps, des limites de celui-ci et de la connexion possible entre les différentes parties. Le tout permettant un bon développement psychomoteur global.

Le cervelet joue un rôle important dans l'équilibration du corps. Mais, il n'est pas le seul : l'appareil vestibulaire joue également un rôle dans la motricité et l'équilibre. Ce système fait partie des systèmes sensitifs spécifiques localisés dans l'appareil cochléo-vestibulaire. Plus précisément il se situe dans l'oreille interne juste après la chaîne ossiculaire. Le système vestibulaire gère le sens du mouvement, de l'équilibre et nous permet de situer notre corps dans l'espace, de se mouvoir, de se déplacer et de le faire de manière coordonnée. Le système nerveux et surtout le système vestibulaire du bébé vont être stimulés grâce aux mouvements du porteur. Les parties de son oreille interne qui travaillent comme levier pour contrôler le sens de l'équilibre vont mûrir et se construire grâce à ces stimulations.

Lorsqu'il est porté, le bébé va bouger au rythme des mouvements du porteur. Cette notion de mouvement est aussi permise grâce à la vision périphérique. Un bébé porté va donc vivre beaucoup de stimulations au niveau de cette vision. L'avantage étant que lorsque ces stimulations sont trop importantes et qu'il n'arrive plus à les intégrer, il peut poser sa tête contre le porteur. Il adopte alors un comportement d'auto-régulation.

Vignette clinique : Lors de mon stage en néonatalogie

J'ai eu l'occasion de rencontrer Etan dans le service de néonatalogie de l'hôpital où j'effectue mon stage. Il est âgé de 36SA au moment où je le rencontre dans sa chambre. Il est autonome au niveau de son système respiratoire et au niveau de l'alimentation. Il est admis dans ce service pour une naissance prématurée dite « moyenne » (naissance entre 32SA et 34SA + 6 jours). Du fait de son autonomie grandissante, le retour à la maison s'annonce pour bientôt. Pendant mes semaines de stage, je remarque qu'Etan est souvent seul dans sa chambre. Les parents sont peu présents et Etan est très souvent allongé dans sa couveuse et peu stimulé.

Une après-midi, je remarque qu'Etan est très agité, qu'il pleure beaucoup et qu'il semble totalement dispersé corporellement. Je perçois des signaux d'alerte qui laisse paraître un mal-être. Je prends alors l'initiative de m'approcher de lui, de lui souffler des paroles rassurantes avant de proposer un portage contenant. Je ressens chez Etan un tonus très élevé et une difficulté à baisser sa garde. Après plusieurs minutes, son tonus s'abaisse, sa respiration reprend un rythme normal. Il se blottit contre moi.

J'ai pu observer dans cette situation l'importance d'un portage contenant associé à une stimulation vestibulaire. Contenu dans une posture en enroulement, le balancement du bassin calme le nouveau-né. La posture en flexion lui permet de retrouver une stabilité et de se regrouper corporellement. Lorsque je me déplace avec lui, que je lui parle ou que je chantonne, cela augmente les sensations de vibration dans son corps. Ces stimulations ont pour effet immédiat un apaisement chez Etan.

Lors d'une conférence à laquelle j'ai assisté, Catherine Potel nous parle de cette notion d'équilibre, permise notamment par le portage du parent. Grâce aux mouvements que l'on propose au bébé et aux stimulations, il va trouver dans un équilibre ses appuis, déployer son axe, faire émerger sa motricité et s'équilibrer dans sa corporalité. La relation porteur/porté sera faite de moments dynamiques et de moments de détente qui viendront nourrir l'équilibre psychique de l'enfant. Le parent va doser la quantité suffisante d'excitation dont l'enfant a besoin, sans dépasser les limites, afin d'y instaurer l'équilibre nécessaire. « *On peut considérer que c'est dans cette alternance que l'équilibre se trouve* » (Potel, 2019, p. 129).

C. La naissance

Comme nous l'avons vu dans une partie antérieure, le bébé qui naît a d'abord été une projection, un désir, un fantasme. Le portage psychique précède donc de loin le portage physique des neuf mois de grossesse. La naissance est le passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine. Quand il naît, le bébé est en proie à tous les stimuli externes et à la gravité de manière directe. En effet, à la naissance le bébé perçoit fortement cette gravité via « *les tensions et l'écrasement subis par l'organisme quelle que soit sa position* » (Lefeuvre, 2018). Pour G. Haag l'expérience de l'expulsion serait vécue par le nouveau-né comme une expérience de « *démoulage* » sur le plan sensoriel. En effet, à la naissance, les choses changent. Le bébé est de suite confronté à une perte des limites de son corps et de celles de l'utérus. Le maintien de son enroulement va être complètement interrompu et l'enceinte protectrice que lui procurait l'utérus de sa mère disparaît. Par le portage, cette perte va pouvoir être compensée en soutenant, contenant et en maintenant l'enroulement de manière à supprimer cette sensation de chute due à la gravité.

Pour Otto Rank (1928), la naissance est un moment qualifié de traumatique pour le bébé. Il distingue deux causes à ce traumatisme. Premièrement, la rupture avec la vie intra-utérine rend la naissance traumatisante pour l'enfant. À ce moment-là, il est confronté à une séparation violente entre le confort qu'il avait in-utero où tous ses besoins étaient comblés et cet extérieur nouveau et froid dans lequel il arrive. Tout cesse brutalement dès la coupure du cordon ombilical. La deuxième cause traumatique serait liée à une importante angoisse de séparation puisque l'accouchement fait suite à neuf mois de relation fusionnelle avec la mère. Cependant, pour O. Rank « *après la naissance, il se joue sur le plan psychique une sorte de suite de la symbiose physique et prénatale, ce qui relativise en quelque sorte le traumatisme, ou prétendu tel, de la naissance* » Le traumatisme dont il parle est donc relativisé en évoquant cette notion de continuum entre la grossesse et la naissance.

D'après This (1983, 1991), le nombre des microtraumatismes agressants le nouveau-né au début de sa vie sont impressionnants. Tout d'abord, le stress thermique, dû à l'écart entre la température intra-utérine (environ 38°) et celle de la salle d'accouchement (environ 22°). Lorsque le bébé né, il est automatiquement enveloppé dans un linge et un petit bonnet est placé sur sa tête. Le peau à peau a un rôle important à jouer là-dessus. En effet, lors du portage, le corps de la mère viendra réchauffer et réguler la température du nouveau-né.

Ensuite, il y a le stress dû au passage brutal entre le milieu liquide et gazeux ainsi qu'à la respiration aérienne (ouverture des poumons) liée à la coupure du cordon.

Le stress auditif est aussi bien présent. L'écart entre les stimulations auditives qu'il perçoit in-utero et celles qu'il perçoit à l'extérieur n'ont pas le même niveau d'intensité. Puis, le stress visuel, du fait du passage du noir absolu dans lequel il a baigné pendant toute la durée de la gestation à l'intensité des lumières de l'environnement et de la salle d'accouchement. Enfin, le stress cutané lié aux nombreuses manœuvres de l'examen postnatal telles que des piqûres, le test de Guthrie, l'évaluation des réflexes archaïques... Ces manœuvres sont inévitables et se produisent très rapidement après la naissance, ce qui induit une expérience particulièrement éprouvante pour le bébé. Puis, comme décrit par O. Rank, le stress dû à cette séparation immédiate avec la mère pour ces examens. Le bébé perd de manière brutale tous ses repères sécurisant comme l'odeur de sa mère, la chaleur de sa peau, son rythme cardiaque, sa voix...

D'un point de vue du développement psychomoteur, il me semble primordial de prendre en compte ce moment de la naissance. Notre rôle étant d'accompagner au mieux le bébé dans ces changements et de lui permettre de ressentir un vrai continuum entre l'espace de vie intra-utérin et celui qu'il va connaître en sortant. Pour ce faire, le portage en peau à peau est proposé et peut venir pallier ces micro-traumatismes dont nous parle les auteurs précédents. Dans ce cadre là, le portage est un réel étayage au sentiment de sécurité et de bien-être.

« En salle de naissance, le nouveau-né en peau à peau s'adapte plus facilement à la vie extra-utérine »

Pignol et al., 2016.

1. Le peau-à-peau

Initié dès les années 1970, le peau-à-peau est dérivé de la méthode kangourou. Celle-ci est apparue en 1978, en Colombie. Face au manque de couveuses, le pédiatre Rey Martinez s'est aperçu que les nourrissons ayant un faible poids de naissance avaient besoin en priorité de nourriture mais surtout de chaleur. En effet, peau à peau contre leur maman, ils peuvent bénéficier des deux grâce à un allaitement de proximité. Le parent est en capacité de réguler sa propre température pour donner de la chaleur au nourrisson en le maintenant en peau à peau afin de terminer leur maturation. Cette dernière est destinée aux nouveau-nés et en particulier aux nouveau-nés prématurés. Elle s'est énormément développée dans les services de soins intensifs de néonatalogie du monde entier.

Mais cette pratique a aussi une autre casquette, celle d'un outil de suivi, d'une continuité plus tard après la naissance pour prolonger les bienfaits du peau à peau. Elle est souvent proposée par l'équipe soignante et notamment le psychomotricien. Il a un rôle important à jouer dans l'installation du portage en peau à peau, notamment en unité de soins en néonatalogie. Il peut donner des supports et des indications pour l'installation, qui peut se faire aussi à l'aide d'une écharpe de portage. Le psychomotricien prodigue des conseils et une guidance à ce niveau-là, permettant ainsi aux parents de préparer le retour à la maison. Lorsqu'on devient parents, de nombreuses questions se bousculent dans la tête. « *Chaque parent vient au monde en même temps que son premier enfant* » Ernest Kramer. Le psychomotricien est là pour guider, conseiller, écouter et soutenir cette parentalité.

Une étude a montré que le cortisol salivaire (indicateur du niveau de stress) était moins élevé chez les nouveau-nés placés en peau à peau. En effet, en corps à corps contre sa mère, la production d'hormone du bébé peut se réduire de 74%. De plus, un taux élevé d'hormone du stress peut inhiber les fonctions intestinales, la digestion et la croissance. (Anderson et al., 1998, cité dans Didierjean-Jouveau, 2005, p. 40). D'un point de vue psychomoteur, le stress est un vrai frein au bon développement de l'enfant. Cette étude nous montre bien qu'il est primordial que les équipes soignantes soient formées et sensibilisées au peau à peau. Le psychomotricien va pouvoir initier certains professionnels de l'équipe au portage physiologique lors du peau à peau. La qualité et les bienfaits de cette technique se jouent aussi beaucoup dans le placement du bébé contre le corps du parent. Le corps enroulé pour limiter l'extension, la tête soutenue et dans l'axe, un support sous le bassin, pieds remontés et genoux en « grenouille ». Le tout corps contre corps, avec un linge chaud

posé sur le bébé. La technique du peau à peau fait déjà partie d'une forme de portage. Elle est la prémisses du bon positionnement du bébé lors de futur portage à bras et en écharpe.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) recommande le peau à peau dans les guides de prise en charge des nouveau-nés comme moyen pour lutter contre l'hypothermie, promouvoir l'allaitement maternel, favoriser les interactions précoces et liens d'attachement de la mère avec son enfant. L'HAS (Haute Autorité de Santé), organisme sanitaire, recommande notamment que « *si les paramètres observés sont satisfaisants (respiration présente, cri franc et tonicité normale), il est recommandé de proposer à la mère de placer aussitôt le nouveau-né en peau à peau avec sa mère si elle souhaite, avec un protocole de surveillance, de le sécher, de lui mettre un bonnet et de le couvrir avec un linge sec et chaud, et d'évaluer le score d'Apgar à une et à cinq minutes* » et ajoute qu'il est recommandé « *d'éviter la séparation de la femme et de son bébé car cette proximité physique est l'un des éléments essentiels permettant un attachement de bonne qualité entre la mère et son enfant* ». En France et à l'étranger les organismes sanitaires et les professionnels se mettent d'accord pour suivre la même direction : préconiser le peau à peau dès les premières minutes de vie du bébé.

Vignette clinique : Lors de mon stage en néonatalogie

Je rencontre Madame L. qui est en service de néonatalogie avec son bébé Léo. Ils sont ici depuis plusieurs semaines. En effet, Léo est né à 29SA. Il est maintenant sorti de la prématurité et est âgé de 37SA. Maintenant que son bébé est à terme, elle nous confie qu'elle aimerait bien continuer le portage en peau à peau qu'elle affectionne beaucoup, qui lui permet d'être « *au plus près de son enfant et de sentir un attachement réciproque qui se crée* ». Elle nous explique qu'elle préférerait le porter de manière à voir son visage, d'échanger des regards avec son bébé et communiquer. La psychomotricienne lui propose alors un portage en peau à peau dans une autre position que celle qu'elle a connu jusqu'ici. Léo est maintenant à terme et la position ventrale n'est plus obligatoire, sa maman peut donc porter Léo en peau à peau dans une position berceau.

En service de néonatalogie, j'ai pu observer le rôle de la psychomotricienne dans cette pratique. Seule ou en équipe pluridisciplinaire, la psychomotricienne guide le parent dans l'installation du nourrisson en peau à peau. Il est le « traducteur » de la motricité de l'enfant. En effet, il intervient dans les premiers échanges parents/bébé et peut cibler les besoins de celui-ci pour lui offrir les appuis nécessaires contre le corps de son parent. L'aide de la psychomotricienne permet de donner des repères aux parents pour qu'ils comprennent et communiquent au mieux avec leur enfant, le premier canal de communication étant le corps.

Cette méthode comporte de nombreux bénéfices et ce, dès la naissance. Mais malgré tout, les études sont difficiles à mettre en œuvre quand il s'agit de prouver les avantages du peau à peau sur le long terme en lien avec le développement psychomoteur des nouveau-nés et nouveau-nés prématurés. Une part importante dans la technique du peau à peau demeure dans la manière dont le nourrisson est porté. De ce fait, le portage à bras ou en écharpe occupe un rôle essentiel pour que le portage soit physiologique et adapté, et que les bénéfices se fassent sentir.

Peau à peau, attachement et allaitement : L'ocytocine

Anderson et Moore (2007) ont démontré que le peau à peau précoce favorise les comportements d'affection, de lien et d'attachement de la mère. En effet, la pratique du peau à peau a un rôle important à jouer chez cette dernière dans la production d'une hormone nommée ocytocine. La production de celle-ci sera nettement augmentée par cette pratique. De plus, cette hormone va augmenter la température du sein, aider dans la fabrication du lait maternel et de ce fait, le nouveau-né va pouvoir le repérer plus facilement et cela lui permettra aussi de se réchauffer. L'autre rôle de cette hormone est de modifier le comportement de la mère, qui sera plus calme et moins anxieuse. Les interactions avec son bébé seront plus faciles. Cette hormone permet de réduire les risques d'hémorragie post-partum en augmentant les contractions utérines et aide au décollement du placenta (Pignol et al., 2016).

L'OMS et l'UNICEF (United Nations International Childrens Fund), soit le Fonds International des Nations Unies pour l'Enfance, ont adopté une déclaration intitulée « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ». Cette charte est destinée notamment aux services de santé de manière à encourager l'allaitement au sein, toujours dans le respect des choix de chacun et indique aussi les meilleures pratiques à utiliser.

Vignette clinique : Lors de mon stage en néonatalogie

En position de peau à peau contre sa maman, Oscar 36SA s'agite légèrement et manifeste un réflexe de foussement. Il cherche le sein de sa mère. Il s'agrippe à elle, à sa peau. Face à cette sollicitation et grâce à la proximité induite par le portage en peau à peau, sa maman lui propose son sein. Oscar s'en saisit et contenu dans les bras il commence à téter. Oscar se sent en sécurité contre sa figure d'attachement, son tonus baisse, il mange et est apaisé.

Peau à peau et douleur : L'endorphine et la cholécystokinine

« *Le peau à peau est efficace et recommandé comme traitement non médicamenteux de la douleur* » (Pignol et al., 2016). En effet, le peau à peau augmente le taux d'endorphine, une forme de morphine naturelle et de cholécystokinine, un régulateur d'endorphine. C'est par la stimulation olfactive, grâce à une odeur agréable ou familière, que le taux de cholécystokinine se verra augmenter. Elles vont agir directement sur les sensations douloureuses. De plus, grâce à un portage en position ventral avec un toucher enveloppant du parent et des simulations sensorielles notamment au niveau du dos, j'observe que le bébé semble montrer moins de signaux douloureux (grimaces, gémissements, pleurs...)

« *Le portage en peau à peau au moment des prises de sang diminuait la douleur manifestée par l'enfant. Une étude a comparé des nouveau-nés tenus par leurs mères en peau à peau durant dix à quinze minutes avant le prélèvement et durant celui-ci, à des nouveau-nés laissés dans leur berceau jusqu'au prélèvement. Chez les premiers, les pleurs et les grimaces de douleur ont été réduits de 82% et 65% respectivement, par rapport au groupe témoin* » (Gray et al., 2000, cité dans Didierjean-Jouveau, 2005, p. 30).

Le portage en peau à peau tire donc des bénéfices très variés et tous plus importants les uns que les autres. Cette technique vient stimuler le bébé de manière multisensoriel. Il répond à la nécessité de favoriser les interactions précoces entre l'enfant et ses parents. De cette manière, il « *permet aux parents de devenir les acteurs de l'histoire de leur nouveau-né* » (Pignol et al., 2008).

2. Développement neurologique et musculaire

À la naissance, le développement neurologique et musculaire est loin d'être effectif. Quelques compétences sensorielles, motrices et sociales sont tout de même bien présentes et vont évoluer encore pendant de longues années. Les chances du bébé d'avoir un bon bagage, de bonnes compétences pour sa venue au monde et pour son développement commencent dès la grossesse, pendant sa vie fœtale. C'est sous cette condition que la maturation neurologique et musculaire se fera le mieux. La maturation du système nerveux central s'accompagne de modifications neurologiques et de l'apparition des différentes acquisitions psychomotrices. On perçoit ces acquisitions psychomotrices avec l'apparition puis ensuite la disparition des réflexes archaïques. J'ai pu observer que ces différences sont très variables d'un enfant à un autre. De ce fait, il est important de garder en tête que les enfants ne se développent pas tous au même rythme.

D'un point de vue psychomoteur, le nouveau-né présente un tonus réparti de manière inégal. En effet, ses membres supérieurs et inférieurs sont très toniques, nous parlons d'hypertonie distale. Quant à son tronc, sa colonne vertébrale et son cou, ils sont plutôt mous et très peu tonique, il s'agit d'hypotonie axiale. Les premiers mois de vie, des réactions hypertoniques peuvent être observables et vont répondre à différents stimuli externes et internes. La maturation neurologique est donc étroitement liée à la maturation musculaire.

Le portage revêt une importance capitale car le bébé a besoin de bons appuis pour se développer en confiance et en sécurité. Anatomiquement, si le bébé est bien installé, il ressentira les mouvements musculaires du porteur et pourra les accompagner. Ces mouvements viendront renforcer ses muscles progressivement, notamment au niveau du dos, de l'axe et des membres. Jusqu'à ses environ trois mois il n'aura pas assez de tonus musculaire pour tenir sa tête seul. Il faut donc lui proposer des appuis solides, contenant et stimulants pour qu'il puisse se regrouper et maintenir la position fœtale qu'il a connu durant les neuf mois de grossesse, en prenant soin de garder sa tête bien alignée dans l'axe. Les mois suivants, le tonus axial et distal va s'équilibrer et prendre en maturité. Les appuis que nous allons lui proposer vont pouvoir se diversifier tout en restant contenant. Lorsque le bébé tiendra de lui-même en position assise, le portage, bien que toujours très adapté, va pouvoir évoluer. Les jambes du bébé épouseront le corps du porteur et cette position permettra de faire mûrir ses hanches.

Il sera alors important de prendre en compte les nouveaux schèmes moteurs et les nouvelles acquisitions qu'aura fait le bébé, pour répondre de manière adaptée à ses besoins et stimuler son développement psychomoteur. Si le bébé est bien soutenu, il va pouvoir s'auto-réguler et trouver des outils par lui-même : des mains qui se rejoignent sur son axe, l'accrochage d'objet ou du doigt des parents, la succion de ses propres doigts encore l'exploration de son environnement.

Ashley Montagu affirme que « *le développement plus ou moins précoce du système nerveux de l'enfant dépend en grande partie des stimulations tactiles qu'il reçoit [...] les stimulations tactiles sont nécessaires à son équilibre* » (Montagu, 1979, p. 143). Yarrow lui, découvre avec étonnement au cours d'une étude, à quel point les stimulations maternelles influencent le développement du bébé durant ses six premiers mois. À travers les dires de Montagu et Yarrow, les bienfaits pour le nourrisson d'être porté sont pour moi très clairs. Dans les bras, dans une écharpe ou bien dans un porte-bébé physiologique le contact et le toucher vont transmettre de l'affection et des émotions qui seront le socle d'un attachement et d'une sécurité servant de base à un bon développement psychomoteur de l'enfant.

3. Les réflexes archaïques : automatismes primaires

Les réflexes archaïques constituent une base essentielle à la construction de l'homme. Un réflexe est, selon la définition, une réaction motrice automatique et involontaire en réponse à un stimulus interne ou externe. Ils se produisent sur un mode massif, diffus et indifférencié.

Lorsque le bébé vient au monde, son cerveau est en pleine maturation. Ses réactions, ses mouvements sont instinctifs et certains automatismes sont occasionnés par l'application de stimuli. Il s'agit des réflexes archaïques, dits aussi primitifs qui correspondent aux premiers mouvements, à la première motricité du bébé. Ces réflexes vont se moduler au fur et à mesure que la maturation neurologique et donc motrice va se faire. Ils sont déjà présents in-utéro et sont observables dès la naissance. Ils disparaissent normalement dans les premiers mois de vie. Certains vont se transformer en mouvements coordonnés et volontaires, d'autres vont s'inhiber totalement.

Il y a tout un tas de théories sur l'évolution de ces réflexes, certaines se complètent, d'autres s'opposent. Bruner & Bruner disent que ces réflexes doivent être inhibés et disparaître pour permettre le développement de la motricité volontaire. Ils constituent les fondements du futur geste volontaire. C'est-à-dire que c'est un bagage premier qui doit préexister au geste volontaire à venir. Quand les réflexes se structurent, que le bébé mature dans son environnement, ils deviennent des schèmes plus travaillés avec des fonctions plus différenciées et plus complexes. Exemple de la marche automatique à la marche autonome. D'après Zelazo (1983), les réflexes archaïques disparaissent car ils ne sont simplement plus utilisés. McDonnell (1979), lui, rejoint Bruner & Bruner en disant qu'ils disparaissent car ils entrent en concurrence avec le mouvement volontaire qui le remplace peu à peu. Thelen & Fisher (1982), proposent une théorie selon laquelle les réflexes archaïques disparaissent parce que le changement d'un paramètre neurologique ne leur permet plus de s'exprimer.

Globalement ils reflètent le bon développement psychomoteur du bébé et sont signe d'une bonne maturation du système nerveux et du tonus musculaire. Ils contribuent à sa survie, sa protection, son éveil, sa coordination et au maintien de sa posture. Les réflexes archaïques constituent la base de notre sphère corporelle (posture, motricité, coordination), émotionnelle (relation, confiance, émotions) et cognitive (apprentissage, raisonnement, pensée, attention, mémoire). À mesure que le cerveau va mûrir, ces trois sphères vont se développer. Le portage vient en soutien et stimule ces trois sphères. En effet, d'un point de vue corporel, le portage physiologique permettra à l'enfant de suivre un développement optimal, en suivant les appuis du bébé et en nourrissant tous les schèmes moteurs émergents. Grâce à la proximité avec son porteur, les sphères cognitives et émotionnelles vont être stimulées. Avec de la communication verbale, non-verbale et en relation avec l'environnement, l'enfant sera ainsi porté dans une forme d'interaction ajustée et pleine de ressources pour son développement psychomoteur et donc pour les trois sphères dont j'ai parlé.

Quels sont ces réflexes archaïques ?

Ici, je tâcherai de parler des réflexes archaïques plus ou moins impliqués dans le portage. Parmi les réflexes les plus connus et observables à la naissance on retrouve le réflexe de Moro, le réflexe de marche automatique, le réflexe de sursaut, le réflexe de Babinski, le réflexe tonique du cou, le réflexe de frouissement, le réflexe de succion et le réflexe d'agrippement. Je vais dans mon mémoire m'attarder sur les trois derniers. En effet, il me semble que ces trois-là sont particulièrement présents lors du portage.

Porté, l'enfant aura à proximité le sein de la mère et les réflexes de fouissement et de succion seront directement stimulés lorsque son besoin alimentaire se fera ressentir. De plus, le réflexe d'agrippement est complètement impliqué dans le portage puisque c'est grâce à ce réflexe que l'enfant va pouvoir devenir petit à petit acteur de son propre portage. D'abord en agrippant le porteur de manière involontaire grâce au réflexe, puis en transformant ce geste en mouvement d'agrippement volontaire.

« D'autres réflexes existent, on en répertorie plus de 70 au total. L'important est de comprendre que leur présence témoigne de la bonne maturation neurologique et comportementale du nourrisson, d'où l'intérêt de leur examen par le pédiatre » (Amiel-Tison et Grenier, 1985).

Le réflexe de fouissement

Il permet au bébé de retrouver le mamelon sans qu'on ait besoin de le lui présenter et donc de s'orienter vers sa source de nourriture. En effleurant le coin de sa bouche, sa langue va se diriger vers le point de stimulation. De la même façon, si on stimule sa lèvre supérieure, elle s'élève, ainsi que la langue. Si l'examineur éloigne son doigt, le bébé le suit du regard. Porté, le bébé pourra aussitôt orienter sa tête vers le sein et assouvir son besoin alimentaire avant même de manifester des cris, pleurs ou autre agacement lié à la sensation de faim. Pour les mamans qui ne souhaitent pas allaiter mais qui pratiquent le portage, ce réflexe peut être le signe que le bébé a faim car peau contre peau elle sentira l'enfant chercher son sein et pourra donc préparer par exemple le biberon.

Le réflexe de succion

Le rôle de ce réflexe est de permettre au nouveau-né de téter dès sa naissance. Lorsque l'on introduit un doigt dans la bouche du bébé, cela déclenche chez lui une succion vigoureuse, et ce autant chez les bébés à terme que chez certains prématurés. Ce réflexe de succion va se mettre en place automatiquement quand le sein (ou la tétine du biberon) sera dans la bouche du bébé. Lorsqu'il est porté et que la maman allaite, le réflexe de fouissement lui permettra de rapidement trouver le sein et le réflexe de succion de venir téter et déglutir le lait.

Le réflexe d'agrippement

Il s'obtient par la stimulation de la paume de la main qui entraîne une flexion des doigts et un agrippement. Un nourrisson serre très fort le doigt ou tout ce qui est mis dans sa main. À l'origine, ce réflexe permettait aux bébés singes de s'agripper rapidement à la fourrure de leur mère pour fuir un danger. Malgré la chute des poils, cette compétence archaïque persiste chez les Hommes. Dès la naissance, le bébé s'accroche toujours au corps de celui qui le porte. C'est un réflexe intense avec une force vigoureuse qui fait partie des premiers liens d'attachement, puis qui disparaît vers l'âge de deux mois pour faire place à des mouvements d'agrippement qui deviendront volontaires. Plus on va porter notre bébé, plus on va solliciter et surtout entretenir ce réflexe. Un bébé souvent porté va s'agripper de lui-même avec ses mains, et ses jambes vont venir enrouler le porteur. Il devient alors acteur de son portage.

Tous ces réflexes, s'ils ne sont pas là à la naissance, vont être révélateurs d'un problème éventuellement neurologique. Si pour une raison quelconque ces réflexes n'apparaissent pas ou sont perturbés dans leur rôle ou bien persistent dans le temps une fois leur rôle accompli, ils peuvent potentiellement être à l'origine de perturbation touchant une des trois sphères (corporelle, émotionnelle et cognitive). Cela peut avoir pour conséquence l'apparition de troubles tels que des troubles de l'apprentissage, des troubles attentionnels, des peurs, angoisses, phobies, cauchemars... Potentiellement, ce sont des enfants qui auront besoin d'un suivi et éventuellement d'une rééducation psychomotrice. De ce fait, plusieurs formations sont ouvertes aux psychomotriciens afin de se former à l'intégration motrice des réflexes archaïques. Il paraît primordial aujourd'hui de prendre en compte cette dimension-là et d'apprendre à diagnostiquer et traiter ces réflexes éventuellement non intégrés.

L'intérêt de traiter les réflexes archaïques est de restaurer les bases neurologiques à l'origine du développement psychomoteur. Dans le cadre d'une prise en charge en psychomotricité, nous allons donner des outils à l'enfant (ou l'adulte) lui permettant de mettre en application ou d'assimiler les « traitements » proposés. Cela peut donc être un appui afin de compléter et de soutenir les prises en charge de pathologies posturales, émotionnelles, relationnelles et cognitives.

D. Les concepts de portage à la naissance : aspects psychomoteurs

1. Le holding et le handling

Lorsque nous parlons d'un thème comme le portage en psychomotricité, la référence à D. Winnicott est inévitable avec sa notion de holding et de handling. Pour D. Winnicott (1971), on ne peut pas penser un bébé sans son environnement maternel. D'après ses dires, la mère doit pouvoir satisfaire les besoins psychiques du bébé et s'adapter de façon presque totale au début de sa vie. Il distingue le « holding » qui correspond à la façon de soutenir et porter l'enfant physiquement mais aussi psychiquement, du « handling », qui correspond aux manipulations et stimulations du corps amenés par les soins que sa mère/son père lui procure (bain, habillage, change...).

« Le holding psychomoteur se définit comme un ensemble de manières d'être et de faire qui prend en compte tous les niveaux d'organisation du sujet : tonique, sensoriel, affectif, représentatif et langagier »

Robert-Ouvray, 2000.

Le holding fait référence à la notion de portage tant sur le plan physique que psychique. En anglais, « holding » du verbe « to hold » se traduit par « tenir », et donc à la notion de porter. Cependant, nous ne pouvons pas nous limiter au portage purement physique. Porter son enfant, c'est permettre un sentiment de continuité de son corps, de maintenance, de contenance, de bercement, d'enveloppe corporelle, mais pas que. L'idée du holding de D. Winnicott, c'est de proposer aussi un portage psychique, avec de l'encouragement, de l'émerveillement, de l'admiration de la part du parent. Alors, le bébé sentira qu'il est très important pour ses parents et se construira grâce à cet éprouvé. Cela lui permettra de développer une bonne estime de lui, de s'individualiser et de manière paradoxale peut-être, de pouvoir mieux se séparer par la suite.

Le handling, de l'anglais « hand », qui se traduit par « main », il fait référence non seulement aux soins manuels prodigués par le parent sur leur bébé, mais aussi aux manipulations, stimulations lors des toilettes, des changes, de l'habillage et également aux caresses et autres contacts corporels, cutanés, de nature affectif.

Cette relation qui s'instaure à travers les soins apportés à bébé participe activement à la délimitation de son enveloppe corporelle. Toutes ces manipulations s'inscrivent dans ce que l'on appelle la mémoire corporelle et constituent progressivement le moi-peau (Didier Anzieu). Intérieurement le bébé développe un sentiment de sécurité et de bien-être. Lors de manipulations et de soins, chaque partie du corps manipulée fera prendre conscience à l'enfant l'existence de cette partie de son propre corps. Cette conscience corporelle sera d'autant plus renforcée si le parent verbalise en nommant de manière tendre et enfantine les parties concernées. « *Ohhh ! les jolies petites mains à son papa !* ». Les petites mains vont devenir conscientes et rentrer en cohésion avec le reste du corps de bébé. Par cela, nous pouvons faire le lien avec le massage pour les bébés, qui peut être je pense très porteur pour renforcer cette conscience corporelle et faire émerger cette unification de soi.

« *[...], le holding et le handling s'inscrivent au rang des besoins physiologiques fondamentaux au même titre que le besoin de nourriture, de propreté, de sommeil. Mais parce qu'ils semblent moins élémentaires peut-être, moins urgents, et que le temps manque, ils sont négligés, repoussés à plus tard ou occultés. Pourtant, ils déterminent la nature du lien qui, ensuite, attachera l'individu à lui-même, à ses semblables, à son environnement : ne pas leur accorder l'importance qu'ils ont de fait peut s'avérer lourd de conséquences* » (Pinelli et Sanejouand, 2010). En effet, le handling détermine beaucoup de choses et s'il est absent ou défaillant cela peut engendrer des inscriptions corporelles douloureuses comme de l'eczéma, de l'urticaire ou encore du psoriasis, mais aussi être à l'origine d'angoisses dites primitives. En voici différentes sortes :

Les angoisses d'effondrement, qui correspondent aux angoisses les plus archaïques. Une sorte de crainte d'un anéantissement, de mort. Elles s'observent très vite lors du portage et de l'agrippement du bébé sur son porteur. « *On voit souvent les tout-petits s'accrocher de tout leur être dans des moments anxieux comme la sortie du bain, mais aussi comme certains instants de « décrochage relationnel » qui les débordent. Leur capacité à s'accrocher physiquement, mais aussi sensoriellement (une lumière, un bruit, une sensation...), à l'autre, à l'objet ou à eux-mêmes en se tenant les extrémités ou en les serrant nous montre l'intensité des efforts qu'ils déploient pour lutter contre la terreur de l'effondrement et de la chute sans fin* » (Pireyre, 2015, p. 148).

Les angoisses de chute, sont en lien avec les premiers ressentis de pesanteur par le nourrisson, une angoisse d'une chute sans fin, une crainte d'être aspiré par le sol. « *Le réflexe de Moro est une illustration de cet éprouvé de chute contre lequel le bébé se défend* » (Pireyre, 2015, p. 147).

Les angoisses de liquéfaction, de dissolution d'un corps qui pourrait se liquéfier. Cette angoisse s'exprime en l'absence du moi-peau. « *Le bébé peut ressentir cette angoisse quand, par imprudence ou ignorance, la soignante vide la baignoire alors que l'enfant est encore dans l'eau. On le sent alors chercher à s'accrocher à quelque chose, saisis qu'il est par la peur* » (Pireyre, 2015, p. 152). Il me semble important dans ce cas, de bien accompagner l'enfant dans un portage contenant lors du bain ou de proposer un lange enveloppant autour de lui, dans l'eau, et de le sortir du bain dans un enveloppement, une contenance, de manière à éviter ces sensations de perte du corps et de liquéfactions.

Les angoisses de morcellement, liées à une perte de cohésion corporelle, le corps est vécu comme disloqué, comme un amas de plusieurs morceaux qui ne sont pas reliés les uns des autres. Pour Mélanie Klein, le nouveau-né ne dispose pas à la naissance d'une représentation globale de son corps. Il serait pour elle morcelé dès la naissance et ce serait grâce aux mains, aux bras, au corps du porteur mais aussi grâce à un portage psychique que le sentiment d'une continuité corporelle et d'unité du corps émergerait.

Les angoisses de vidange et d'intrusion, où la peau est perçue comme un contenant, mais est ressentie comme perforée. Le corps pourrait se vider, ou subir une intrusion dont le sujet n'a pas le contrôle. Cette angoisse peut être liée à la notion de caca, de pipi ou d'orifice telle que la bouche, les narines... C'est une angoisse autour de l'entrée/sortie qui s'apaise généralement avec la maîtrise des sphincters par l'enfant.

Ces angoisses sont reliées au corps et peuvent être observables très tôt chez le bébé. Lors des séances de psychomotricité avec des tout-petits, ces éprouvés corporels peuvent se jouer dans cet espace que l'on va proposer. Ces angoisses peuvent éventuellement être en lien avec les premières relations de l'enfant et de sa figure d'attachement qui vont se matérialiser par toutes les situations de portage, de balancement et d'enveloppe tant physique que psychique.

Vignette clinique : Lors de mon stage en néonatalogie

Mr et Mme X, viennent de devenir parents pour la première fois d'un petit garçon nommé Lucien, né à terme et en bonne santé. Je rencontre alors cette famille dans le service de néonatalogie. Ils y resteront quelques jours. En effet, Mr et Mme X présentent tous les deux une déficience intellectuelle assez prononcée et n'ont pas acquis les gestes nécessaires et sécurisés du portage d'un bébé. Nous venons à leur rencontre afin de proposer un temps de guidance parentale pour leur présenter les différentes manières de porter un bébé à bras, le changer de position lors de de l'habillage et repérer les signaux d'alerte chez leur bébé.

En somme, des temps de guidance parentale tant sur le plan physique que psychique.

Le couple ne sait pas comment porter leur bébé et n'a aucune notion quant à la manière dont il faut s'occuper d'un nouveau-né. Nous remarquons un handling défaillant. Concernant la manière de porter, ils nous verbalisent qu'instinctivement ils auraient tendance à porter leur bébé « *par les bras* ». S'en suit alors pendant une semaine, des séances quotidiennes où nous prenons le temps étape par étape d'expliquer la fragilité d'un nouveau-né, notamment au niveau de la tenue de la tête, son développement neuro-musculaire et psychomoteur en adaptant tous nos mots et gestes pour qu'ils soient le mieux compris par le couple de jeunes parents. Nous leur expliquons les particularités sensorielles des nouveaux-nés, car nous avons pu observer des mauvais ajustements au niveau du volume du son de la télé et de la musique dans la chambre et des oublies de lumière allumée très près des yeux de l'enfant. Ils investissent bien toutes nos propositions, explications, conseils et semblent dans une démarche de bienveillance avec leur enfant. Nous avons axé beaucoup de séances sur le portage à bras, en mettant l'accent sur le maintien de la base, du dos et de la tenue de tête. Les parents et nous, avons décidé d'axer l'apprentissage sur deux positions à bras : celle en berceau et la position érigée. En effet, ce sont les plus faciles à faire et ce sont celles qui nécessitent un risque moindre lors des manipulations et transferts. À la fin de la semaine, un automatisme s'était créé au niveau du portage à bras et les parents semblent plus adaptés. Cependant, une guidance presque quotidienne semble nécessaire pour adapter leurs gestes en fonction de l'âge de leur bébé. En effet, les besoins, la motricité et les postures ne sont pas les mêmes chez un nouveau-né et chez un bébé plus grand.

*« Porter un enfant se présente donc comme un savoir faire à la fois corporel et psychique,
mais surtout comme un savoir être »*

Robert-Ouvray, 2000.

2. Le dialogue tonico-émotionnel

C'est en 1977 que Julian De Ajuriaguerra décrit le « dialogue tonico-émotionnel ». Il approfondit la notion de « dialogue tonique » que Henri Wallon avait proposé quelques années auparavant, dans les années 1930. H. Wallon parle d'un « jeu d'ajustement tonique » qui se fera entre les deux partenaires (bébé et figure d'attachement), selon quatre modalités : porter, palper, parler et penser. Pour J. De Ajuriaguerra, il est le reflet de processus d'interaction entre la mère et son enfant. « *Le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge* » (Bachollet et Marcelli, 2010). Naturellement, en s'intéressant à cette notion de dialogue tonico-émotionnel, nous nous intéressons à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre ses deux partenaires lors du portage et comment celles-ci peuvent interférer sur l'aspect corporel et tonique du bébé comme de la mère.

Par définition le terme « dialogue tonico-émotionnel » reprend les termes « tonus » et « émotion ». Il convient donc de définir ces deux termes.

Tonus : D'un point de vue anatomique et physiologique, le tonus est défini comme une légère tension d'un muscle squelettique qui se trouve à l'état de repos et qui disparaît après section du nerf moteur. Le tonus est lié à notre motricité. D'un point de vue neurologique, une information arrive par le nerf moteur et commande au muscle de se contracter ou se relâcher, afin de réaliser des mouvements, tenir des postures ou revenir à un état initial. Par exemple, sans tonus axial, la position assise ou debout ne serait pas possible. D'un point de vue psychologique, il est un moyen d'entrer en relation et il est d'ailleurs le premier canal de communication chez le nouveau-né. En effet, le tonus permet d'agir en préparant et guidant le mouvement mais permet aussi d'exprimer nos émotions et nos affects corporellement. C'est ce tonus qui permet de mobiliser le corps du bébé, de lui faire prendre conscience de ce dernier afin de s'en servir comme outil de communication. Il est étroitement lié à la formation et au fonctionnement du psychisme du bébé.

Émotion : Une émotion est un état passager qui survient suite à un événement, elle déclenche une réaction corporelle créant ainsi un ressenti dans le corps et c'est la perception et l'analyse de ce ressenti qui peut permettre d'identifier l'émotion. C'est un processus entraînant un mouvement dans notre dynamique cognitive, comportementale et physiologique. Nos émotions influencent nos réactions, nos perceptions et nos relations. Lorsque l'on ressent une émotion, c'est tout notre organisme qui réagit. Par exemple, l'émotion peut nous faire prendre des décisions d'un point de vue comportemental, nous pousser à l'action. Elle peut aussi nous faire penser et réfléchir aux choses d'un point de vue cognitif et émotionnel. Puis, nous faire ressentir physiologiquement certaines sensations comme des tremblements ou bien encore une accélération du rythme cardiaque, en réaction à un événement émotionnel. Une émotion est une représentation de ce vécu corporel dans notre psychisme. Mais pour le bébé c'est « *la représentation, par celui qui en est le témoin, de son état tonique et du sens qu'il lui prête. Car les configurations toniques expressives qui existent dès la naissance ne sont pas connues comme telles par ce même bébé qui les manifeste. Ce sont les membres de son entourage qui les reconnaissent comme des émotions. Un bébé est, mais il n'a pas de représentations qu'il existe* » (Livoir-Petersen, 2008). C'est donc en partie pour cela que le bébé est dépendant de son entourage.

Le tonus est au cœur de l'interaction entre les sensations, les émotions et l'action. C'est grâce à nos connaissances en anatomie, sur le fonctionnement physiologique et psychologique que le psychomotricien peut guider l'enfant et le parent dans cette relation de corps à corps lors du portage. De plus, le psychomotricien s'intéresse à ce que sait faire l'enfant et le valorise auprès de ses parents. Il va être en mesure de traduire ces réactions émotionnelles et toniques présentes chez le bébé, en partageant avec les familles ses connaissances sur ce dialogue tonico-émotionnel et en les guidant sur la lecture qu'ils peuvent en faire.

Dans les temps de portage, ce dialogue tonique et émotionnel est central et se situe au cœur de la relation. Lors de ces moments de grande proximité physique et psychique, les corps mutuels du porteur et du bébé vont percevoir davantage ces fluctuations toniques et émotionnelles. C'est un mode de communication privilégié puisque durant les premiers mois de vie du bébé, il n'y a pas d'échange de parole. Il se fait donc de manière non-verbale via les échanges de regard, les expressions faciales (mimiques émotionnelles, sourires), les gestes, la posture et par le contact cutané du toucher. Un bébé porté contre son parent pourra identifier et différencier ses propres fluctuations toniques de celles du porteur. Le bébé prend conscience qu'il a une surface, une peau, permettant de séparer son intérieur de son extérieur.

Vignette clinique : Lors de mon stage en atelier portage

Lors d'une initiation au portage en écharpe, je supervise un papa qui essaye pour la première fois une écharpe de portage tissée pour positionner son enfant en position ventrale, c'est à dire face contre lui. Son bébé Lili, âgée de 6 mois est présente et il va donc essayer de la glisser dans le nouage qu'il vient de mettre en place. Je sens beaucoup d'hésitation dans les différentes manœuvres et une certaine difficulté à porter son bébé pour le glisser dans la « balançoire » du tissu. Son bébé commence à s'agacer et perdre patience. Dans un accordage affectif, Mr prend un temps de respiration, rassure sa fille et lui explique ce qu'il est en train de faire. Dans un moment de soutien, je viens l'aider à maintenir l'enfant pour qu'il réajuste la balançoire et les serrages.

Après quelques minutes de mise en place, Lili est maintenant bien installée, toute l'écharpe est bien serrée et la fonction contenante se met en place. Lili commence à prendre ses appuis, trouver sa position. Le tissu dans le dos du bébé vient constituer une forme d'arrière-fond contenant et sécurisant pour Lili. Elle s'apaise rapidement et pose sa tête contre le torse de son papa. De par son faible tonus et ses yeux fermés, Lili paraît détendue. Son père percevant cet état de bien-être et de détente se détend entièrement à son tour.

Ce dialogue tonico-émotionnel ne se joue pas seulement dans la relation parent-enfant. En tant que professionnel, nous sommes nous aussi en proie à du stress, de la peur, de l'hésitation... en somme : des états émotionnels. Ces états émotionnels influent sur notre tonus et sur notre manière d'entrer en relation avec les bébés.

Vignette clinique : Lors de mon stage en néonatalogie

En passant devant une chambre, je remarque qu'un bébé pleure et me semble agité. Ses membres sont éparpillés et son tonus semble élevé. Son agitation corporelle et ses pleurs me laissent penser qu'il exprime un besoin. Je m'approche de lui et essaye de saisir sa demande, comprendre ses besoins et mettre des mots sur ce qu'il ressent. Afin de tenter de l'apaiser, je décide de le prendre dans mes bras. Je remarque de suite que je suis hésitante dans ma manière de porter, que ses pleurs me touchent émotionnellement et que je suis moi-même dans un état de tension par « peur » de mal faire. Je sens ici que quelque chose se passe, mon état tonico-émotionnel influe sur ce bébé déjà tendu lui-même. Il ne s'apaise pas et j'en déduis que mon état de tension y est pour quelque chose. Je comprends que le dialogue tonico-émotionnel de l'un joue sur celui de l'autre.

Je pose aussitôt bébé dans son couffin et prends alors quelques minutes pour évaluer mes émotions, ma posture et mon état tonique. Je m'assoie sur le fauteuil de la chambre et prends le temps de bien respirer. Je sens mon état de stress et de tension diminuer progressivement. Je sais que si mon état tonique et émotionnel est trop élevé, l'enfant va le ressentir. Lorsque je me suis sentie prête et apaisée, j'ai pu porter ce bébé en douceur et l'accompagner de manière contenante, sécurisante et bienveillante. Quelques minutes passent et bébé est complètement apaisé dans mes bras, dans un état de veille calme.

Le psychomotricien a alors une double fonction : porter physiquement et psychiquement.

De plus, via le dialogue tonico-émotionnel, le portage aura un rôle d'individuation et de différenciation à l'autre. C'est notamment grâce à ce sentiment d'enveloppe propre à soi que la notion de « moi-peau » dont nous parle Anzieu émergera chez l'enfant. Cette notion sera développée dans la partie suivante.

« Le corps en relation n'est intégré que par l'intermédiaire du corps d'autrui, et dans la mesure où le corps propre se projette dans ce corps d'autrui et l'assimile en premier lieu par le jeu du dialogue tonique »

De Ajuriaguerra.

III. PORTAGE, ENJEUX DANS LA CONSTRUCTION DES PROCESSUS PSYCHOMOTEURS

L'origine ontogénétique du portage : Bébés nidifuges, nidicoles et bébés portés

L'origine du portage vient tout d'abord du règne animal. En effet, nous humains, fonctionnons sur le même modèle que certains animaux et avons cette même aptitude à porter nos bébés. C'est quelque chose d'inné et de naturel tant dans le règne animal que chez l'Homme. Il existe plusieurs sortes de bébés parmi les espèces animales.

Les « *nidifuges* » (chevaux, vaches, chèvres...) qui naissent matures et autonomes, qui se nourrissent seuls mais restent près de leur mère (cf. photo 13 p. 54). Les « *nidicoles* » (lapins, félins...) qui naissent très immatures et qui sont protégés par un nid, un terrier ou autre (cf. photo 14 p. 54). Et enfin, les primates (singes, gorilles) et les marsupiaux (kangourous, koala) qui sont des « *bébés portés* » et naissent immatures. Ils ont besoin de leurs parents pour pouvoir grandir et se développer (cf. photo 15 et 16 p. 54). Les marsupiaux, comme les kangourous, sont des portés « passifs ». Ils sont dans la poche de la maman et allaités en permanence. Leur développement continu donc dans cette poche et est similaire au développement in-utéro de la mère humaine (cf. photo 17 p. 54). Les primates eux, s'accrochent seuls à leur mère, avec un réflexe d'agrippement. Les femelles primates portent d'abord leur petits devant, puis lorsqu'ils sont un peu plus grands, ils basculent derrière, sur le dos. Le bébé primate manifeste ses besoins via différents signes similaires à ceux des humains (cris, manifestations toniques, agitation).

Il semble alors que la façon dont se développe le bébé humain se rapproche de celle des primates : il a aussi un grand besoin d'être porté, accompagné et soutenu. Le portage à bras étant le plus courant mais aussi le plus fatigant : il n'est pas le seul moyen de porter son bébé. Cependant, la manière de porter son bébé est propre à chacun et quel que soit le type de portage choisi, un enfant porté aura la possibilité de retrouver un contact étroit avec sa figure d'attachement et pourra découvrir son environnement permettant alors à tous ses sens d'être stimulés. J'évoquerai dans cette partie la notion d'attachement, de « moi-peau » d'Anzieu et je parlerai de l'importance du portage dans la construction de processus psychomoteurs tels que la notion d'arrière-fond, d'axe corporel, de schéma corporel et de notion d'individuation.



PHOTO 13



PHOTO 14



PHOTO 15



PHOTO 16



PHOTO 17

A. La théorie de l'attachement

J'ai abordé dans une partie antérieure la notion de portage en peau à peau et son intérêt pour le développement psychomoteur de l'enfant ainsi que l'attachement qu'il permet d'impulser entre le parent et son enfant. *Mais de manière plus générale, qu'est-ce-que l'attachement ?*

La théorie de l'attachement, développée par John Bowlby (1907-1990) après les travaux de Winnicott, Harlow et Lorenz est un champ de la psychologie qui relate des relations entre êtres humains. Son principe dit qu'un jeune enfant a besoin de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue, pour connaître un développement social et émotionnel « normal ».

« Le besoin d'attachement est aussi important que celui de boire ou de manger »

Bowlby.

Selon Bowlby, cette notion d'attachement est stimulée par l'instinct de survie du bébé, qui l'amène à adopter certains comportements comme des sourires pour attirer l'attention de sa figure d'attachement, des pleurs et cris pour l'appeler et un comportement d'agrippement qui permet d'en être proche et donc de créer ces liens d'attachements. Ces comportements émanant du bébé vont favoriser la proximité avec sa figure d'attachement. Grâce à cette proximité physique, ces liens se renforcent. Le portage physique va donc, dans une proximité corporelle, favoriser la création de ce lien.

Ces comportements venant du bébé vont demander aux parents des réactions adaptées face aux sollicitations de leur enfant, pour que ces liens d'attachements se créent et se construisent de manière sécurisée. Très vite, l'enfant va intérioriser ces réactions et les relations qu'il a avec sa figure d'attachement. Il va ainsi développer des Modèles Internes Opérants (MIO). *« Ces modèles correspondent à ce qu'il retient de ses expériences d'attachement et influencent ses attentes et ses croyances en matière de relations interpersonnelles »* (Miljkovitch et al., 2003, p. 143).

Mary Ainsworth (1913-1999), une des collaboratrices de Bowlby, a opérationnalisé ce concept de MIO et développe la « *Situation Étrange* » ou « *Strange Situation* » en anglais. Elle décrit par ce biais les différents types d'attachement de l'enfant vers sa figure d'attachement de référence dit « *caregiver* ».

« Le lien précoce est un lien durable avec un partenaire qui prend une importance particulière du fait qu'il devienne unique et non interchangeable »

Ainsworth.

Cette procédure expérimentale consiste à placer un bébé dans une pièce inconnue avec une étrangère et sa figure d'attachement. La suite consiste à confronter le bébé au départ, puis au retour de sa mère. C'est en observant les réactions de l'enfant à la séparation et aux retrouvailles qu'il va être possible d'évaluer le type d'attachement entre la mère et son enfant. Toute cette situation nous renseigne sur le type d'attachement que le bébé a fondé. De cette expérience ressort plusieurs types d'attachement : sécure, évitant, ambivalent et désorganisé.

Attachement « sécure »

Dans cette configuration, les bébés arrivent à émettre des signaux destinés à favoriser la proximité avec la mère. Ils vont activer leur système d'attachement de manière optimale dans une situation alarmante (la mère part de la pièce) et vont le désactiver lors du retour de leur figure d'attachement. De ce fait, lors de l'expérience, la détresse de l'enfant disparaît rapidement dès le retour de la mère. Il peut de ce fait facilement s'intéresser aux jouets présents dans la salle. Ce phénomène souligne un sentiment de sécurité. Cet attachement est prédictif d'un développement émotionnel, cognitif et social de qualité. Prémisse d'un développement de la confiance en soi, d'un sentiment de compétence personnelle, d'empathie et de compétences sociales. Ce type d'attachement est un vrai facteur de protection contre le développement d'une future psychopathologie (Guédeney et al., 2012, p. 35).

De manière à favoriser un attachement de type sécure, il est préférable que le parent soit disponible, réponde aux besoins et sollicitations de son enfant de manière adaptée. C'est-à-dire dans un délai de réponse assez rapide, sans excès ni manque d'attention, de stimulation, dans la bienveillance et la sécurité, en verbalisant avec un langage et une prosodie adaptée à l'âge de son enfant. La proximité induite par le portage favorisera la réactivité des parents face aux demandes de l'enfant. En effet, le contact étroit avec sa figure d'attachement permet à l'enfant de se sentir en sécurité et dans un environnement bien connu et contenant.

Attachement « évitant »

Ici, « *les bébés évitants gèrent leur sentiment d'insécurité en inhibant leur système d'attachement et en détournant leur attention de tout ce qui relève de l'attachement* » (Ainsworth et al., 1978). Nous sommes sur un ensemble de stratégies attentionnelles, comportementales et émotionnelles de minimisation des besoins d'attachement. Il y a peu de manifestations affectives ou de comportement de base de sécurité. Les bébés semblent peu affectés par la séparation, évitent le contact avec leur mère lors des retrouvailles, focalisent leur attention sur les jouets. Dans cette situation, ils savent que leur mère ne leur donnera pas le réconfort dont ils ont besoin. Ce sont des enfants paraissant très autonomes, peu « capricieux » alors que leur stress biologique est intense. « *Eviter la mère aurait une fonction défensive face à un vécu d'anxiété* » (Bowlby et al., 1980).

Attachement « ambivalent »

Les bébés considérés comme « ambivalents » manifestent davantage d'anxiété que dans un attachement dit « sécure ». Les réponses maternelles n'étant pas adaptées, suffisantes ou ajustées, ils vont avoir tendance à hyper-activer leur système d'attachement. On retrouve donc une maximisation des besoins d'attachement au détriment des capacités d'exploration. Lors de cette expérience, ils vont réagir de manière très intense au départ de leur mère. À son retour, bien que les bébés aient envie de s'en rapprocher, ils resteront passifs et vont montrer une résistance face à leur contact. « *Ils sont incapables d'utiliser leur mère comme base sécurisante leur permettant d'explorer la situation nouvelle et ils ont tendance à se méfier de l'étrangère* » (Ainsworth et al., 1978). De plus, le stress biologique reste intense même en présence de la figure d'attachement.

Attachement « désorganisé »

Quand la figure d'attachement est à la fois source de sécurité et source d'alarme. Dans l'expérience de la *Situation Étrange*, ces bébés dit « désorganisés » présentent des comportements désorganisés en présence de la figure d'attachement. Ils peuvent « *rester immobile avec une expression de transe ou avoir des comportements contradictoires d'approche et de fuite* » (Main et Solomon, 1988). Nous sommes face à une désorganisation d'ordre psychique de l'enfant pouvant entraîner une gestion du stress problématique, des troubles du comportement, un développement émotionnel de mauvaise qualité et aussi dans certains cas un risque de dissociation à l'adolescence (Guédeney et al., 2012, p. 36).

Ces quatre types d'attachements sont évalués sur la qualité des retrouvailles entre l'enfant et sa figure d'attachement. C'est-à-dire que c'est du point de vue de l'enfant et de ses réactions à lui, que l'expérience se fait. Cela donne des indices sur comment il investit sa figure d'attachement. Cependant, dans certaines situations il est important de se placer du point de vue du parent, qui peut avoir du mal à investir la relation avec son enfant pour diverses raisons.

Lors de l'annonce de pathologies, certains troubles de l'attachement peuvent émerger. Le parent qui a fantasmé son enfant d'une certaine manière pendant plusieurs mois peut être dévasté face à l'annonce d'un diagnostic et de ce fait éprouver des difficultés à nouer des liens d'attachement avec son enfant.

C'est dans ce cadre, que nous avons pu, avec ma maître de stage, proposer à un couple de parents un échange autour de la thématique du portage. Nous évoquons le fait que le portage induit une proximité physique qui peut aider à initier une communication, favoriser un attachement avec son enfant et investir la relation. En proposant les différents types de portage, nous avons pu convenir en consensus avec les parents le portage qui semblait le plus adapté face à la problématique de leur enfant. Nous avons pu porter la famille face à leurs questionnements et leurs difficultés à initier cette relation, dû à la pathologie de leur enfant.

Vignette clinique : Lors de mon stage en néonatalogie

Je rencontre pour la première fois un couple et leur bébé venant à une co-consultation pédiatre/psychomotricienne. Julie est née à 29SA avec un faible poids de naissance. La famille est restée en service de néonatalogie jusqu'au 40SA du bébé. 3 mois après leur sortie de l'hôpital ils reviennent pour le second rendez-vous de suivi. Ce rendez-vous permet aux professionnels de faire le point sur l'évolution du nouveau-né, tant sur le plan physique que psychique. Ce bébé est atteint d'une *microcéphalie congénitale* qui a été détectée rapidement après sa naissance. Julie présente alors à ce jour différents symptômes : hypotonie profonde, mouvements anormaux, absence de contact visuel, retard du développement global. À la fin de la consultation, la psychomotricienne propose un moment d'échange sur la thématique du portage. Nous leurs demandons s'ils utilisent un moyen de portage particulier. Face à une réponse négative, nous leurs demandons si une initiation aux différents modes de portage les intéresse. Les parents ne s'étaient pas interrogés sur cette question du portage et c'est avec plein de curiosité de leur part que nous leurs exposons les bienfaits tant pour eux, que pour Julie. En effet, les parents nous verbalisent une difficulté dans la relation, dans les échanges, les interactions et plus globalement dans cette notion d'attachement. L'annonce du handicap a été compliquée à accepter pour le couple, et ils nous évoquent une difficulté à investir la relation avec leur enfant, notamment due à une absence de contact visuel entre eux et leur bébé.

Cette pathologie provoque plusieurs symptômes chez Julie, dont une forte hypotonie. Le portage en écharpe paraît difficile à mettre en place chez les parents car Julie se laisse tomber de tout son poids et ne peut pas se maintenir suffisamment seule pendant l'installation et les nouages de l'écharpe. Face à cela un porte-bébé préformé semble plus adapté car il permet une installation rapide qui ne met en difficulté ni Julie ni ses parents.

Après avoir testé et essayé un porte-bébé préformé spécial nouveau-né pendant le temps de consultation, les parents y trouvent un réel confort et une facilité d'installation. Julie semble beaucoup apprécier la proximité corporelle avec son parent et manifeste un apaisement lorsqu'elle pose sa tête sur la poitrine de sa maman. Un portage régulier pourrait permettre de développer davantage le relation parents/enfant. Grâce à la proximité corporelle du portage, la communication, les interactions et un renforcement des échanges de regards pourraient émerger.

Le psychomotricien va prendre en charge la famille lors de ce type d'ateliers en renarcissant des parents qui parfois doutent de leurs compétences et de leur manière de porter leur enfant porteur de handicap, tant sur le plan physique que psychique.

C'est en s'intéressant au vécu corporel et psychique des parents, en interrogeant sur le avant-pendant-après grossesse que nous pourrons cibler les relations entretenues entre l'enfant et son parent et les difficultés qui peuvent en ressortir. L'annonce d'une pathologie chez un enfant réorganise complètement le schéma familial dans lequel les parents s'étaient projetés. L'enfant imaginé/idéal est confronté avec l'enfant réel et ce n'est jamais comme ils l'avaient prévu. Le temps s'arrête, tout doit être repensé.

Claire Eugène, psychanalyste, dit qu'avec un bébé porteur de handicap, la mère n'arrive plus à rêver, car pour pouvoir rêver il faut être tranquille et apaisée par rapport aux inquiétudes, aux angoisses... Avec la question du handicap et de l'angoisse de l'avenir, la mère n'a plus la capacité d'accueillir les émotions, de les transformer, et de les renvoyer à son bébé. Donc cela peut introduire une rupture dans la relation, dans les interactions comportementales, affectives, fantasmatiques et donc dans cette notion d'attachement.

L'enjeu du soignant va être de réintroduire du plaisir dans la relation parents/enfant et notamment en psychomotricité, car on s'intéresse à l'enfant de manière globale. Dans ce contexte-là, nous allons guider les parents, les soutenir et les accompagner dans cette nouvelle vie et les porter dans leurs éventuelles difficultés et angoisses. Dans ce cadre-là, le portage permettrait de servir de médiation dans la relation porteur/porté. Favoriser la proximité corporelle, le peau à peau, les sensations tactiles, les caresses, la communication verbale et non-verbale...tant de bénéfices pour les parents et l'enfant dans la relation d'attachement.

1. Expérience du singe de fer et singe de coton

En 1958, à l'époque où a été réalisée cette expérience, peu de choses étaient connues de la fragilité psychologique des bébés et des jeunes enfants. On pensait qu'il suffisait simplement de les nourrir et de subvenir à leurs besoins primaires. L'importance du besoin d'attachement, de sécurité affective, de portage et de contact physique sécurisant et contenant n'étaient pas au goût du jour et peu connu.

Harry Harlow, psychologue et éthologiste Américain du début du XX^{ème} siècle, s'est fait connaître pour ses expériences sociales sur des bébés singes. Ces expériences ont été controversées et condamnées par de nombreux défenseurs de la cause animale. Cependant, elles ont largement servi à l'époque, à réveiller les consciences quant aux maltraitances liées à l'isolement des jeunes enfants pouvant être privés de l'amour et de la présence de leurs parents. Il avait décidé de vérifier la théorie de l'attachement dont Bowlby était le précurseur en supposant que la privation maternelle avait un lien déterminant sur l'évolution psychologique du jeune enfant. En effet, lors du portage, le corps du bébé en contact avec le corps du porteur amène de nombreuses stimulations tactiles, visuelles, olfactives, et kinesthésiques, qui permettront de faire émerger ce sentiment d'attachement. Le bébé pourra alors s'agripper à son parent, échanger des regards et des vocalises, le tout dans un environnement portant et contenant

Pour cette expérience, Harlow s'est servi de macaques rhésus pour étudier le comportement de bébés séparés de leur mère. Il a placé les bébés singes dans des cages au sein desquelles se trouvaient deux substituts maternels différents. Une première « mère », se présentait en métal, froide, mais pourvu d'un biberon de lait de manière à alimenter le bébé singe. La seconde « mère » se présentait comme une peluche, en coton, à l'aspect d'un macaque adulte, chauffée artificiellement, mais dépourvue de biberon. Il découvre alors que les bébés singes se dirigeaient automatiquement et uniquement vers la « mère de coton » et non vers la mère qui proposait de la nourriture dont ils avaient pourtant besoin. Ils préféraient la chaleur, la sécurité affective et la tendresse, sacrifiant alors leur besoin de nourriture contre leur besoin de chaleur, de sécurité et d'amour. Il démontre alors l'importance fondamentale du besoin primaire qu'est l'attachement et notamment lorsque les enfants sont encore petits. « *La satisfaction des besoins de nourriture n'est donc pas essentielle dans l'établissement des liens entre la mère et l'enfant* » (Harlow, 1958). Steve Stumi, élève de Harlow démontre lors d'une autre expérience que c'est le toucher et l'agrippement qui manquait aux singes privés de leur

mère. « *Des petits singes séparés de leur mère par une vitre en Plexiglas, qui pouvaient donc toujours la voir, l'entendre et la sentir, ne se portaient pas bien, leur système immunitaire était déficient* » (Didierjean-Jouveau, 2005, p. 26). Cette expérience illustre bien le fait que les besoins de proximité physique, de contenance, d'agrippement au corps de la figure d'attachement et de chaleur dominant. En somme : le portage.

D'un point de vue du développement psychomoteur, la sécurité affective que permet le portage permettra à l'enfant de grandir et d'évoluer avec des bases stables, soutenantes et portantes pour sa vie future.

2. Le syndrome de l'hospitalisme

J'ai choisi de parler du syndrome de l'hospitalisme car les découvertes qu'a fait René Spitz lors de ses investigations ont à l'époque révolutionné les cursus de formation, les prises en charge hospitalières, à la crèche et à l'école. Ce sont ses travaux sur les effets du manque d'affection chez les nourrissons abandonnés qui ont conduit à faire émerger le concept de bienveillance.

Une des fondations de la pratique psychomotrice postule « *qu'un enfant privé d'affection est un enfant en danger* ». René Spitz va transformer les représentations que les soignants ont à l'époque des enfants hospitalisés. Il va démontrer que lorsqu'une institution prive un enfant de sa figure d'attachement, l'enfant est en danger. Il ne suffit pas de le nourrir et de le laver, il faut aussi et surtout, l'aimer, le bercer, lui parler, le porter... Tout ceci est aussi important que les soins d'hygiène. D'après ses observations dans un orphelinat où les enfants demeurent seuls, il va apercevoir dans un premier temps des enfants présentant un comportement pleurnicheur, puis un comportement de retrait. Une forme de protestation. S'ensuit un moment où les enfants restaient couchés sur le ventre dans leurs berceaux, en détournant la tête, le regard, refusant de prendre part à leur environnement et à leur entourage. Les enfants se résignent. Ce comportement s'aggrave ensuite, sous la forme d'une rigidité, les yeux dépourvus de toute expression, perdus dans le vide. Tous ces enfants atteints de ce syndrome avaient été privés de leur mère pendant trois mois, en général entre le sixième et le huitième mois de vie. Cette séparation serait causée par des circonstances diverses et variées alors qu'au préalable la figure d'attachement s'était occupée entièrement de son enfant. Dans cet orphelinat, les enfants étaient non seulement séparés de leur figure d'attachement, mais les personnes qui s'en occupaient ne manifestaient envers eux aucune sorte de tendresse,

d'affection, de bisous, de câlins, d'échange de paroles, de bercement ni aucune forme de portage.

Il n'y avait donc aucun contact physique contenant et sécurisant, aucune proximité corporelle permettant une réassurance psychique pour ses enfants. Spitz l'a bien prouvé : la privation de soins affectifs est préjudiciable aux jeunes enfants. Il qualifie ce syndrome de « *dépression anaclitique* » due à une « *carence affective partielle* ». Cependant, selon Spitz, l'alimentation, les soins médicaux et l'hygiène fournis par l'établissement étaient tout à fait présents et satisfaisants. Par contre, ils recevaient approximativement seulement un dixième des doses affectives fournies normalement par la relation parent-enfant.

Malheureusement, des formes encore plus graves de ce syndrome ont été observées. En cas de « *carence affective totale* », c'est-à-dire lorsque la séparation dépasse les cinq mois, les enfants présentent les symptômes d'une détérioration beaucoup plus importante, pouvant même être irréversible. Vers la fin de la deuxième année de l'enfant, leur quotient de développement se situait à 45% de la norme, soit la moitié de ce qui est attendu du quotient de développement chez un enfant. De plus, un tiers des enfants sont décédés suite à leur état de santé déficient. Spitz nommera ce trouble « *syndrome de l'hospitalisme* » (Lecomte, 2019).

En m'appuyant sur les travaux de Bowlby, Ainsworth, Harlow et Spitz il me semble que le portage joue un rôle essentiel dans ce concept d'attachement, d'affection, de bienveillance et de sécurité. Je remarque qu'en étant à la hauteur et à proximité des adultes, les interactions sont enrichies. Les liens d'attachements vont alors se construire de manière adaptée grâce à la proximité corporelle que permet le portage. De plus, la communication, via les mimiques faciales, le regard, les sourires, l'intonation de la voix vont porter l'enfant dans le développement de son propre langage. Les neurones miroirs, connectés au cortex moteur vont s'activer en présence d'autrui et grâce à la proximité induite par le portage, le bébé va pouvoir reproduire les mimiques faciales de son parent telles que tirer la langue, sourire, bouger les lèvres ou faire des sons. Le développement du langage et des prémisses du celui-ci tire alors des bénéfices de la proximité corporelle et psychique du portage, et plus précisément lors d'un portage quotidien à l'aide d'écharpe, de porte-bébé, où le visage du porteur se situe proche de celui de son bébé.

B. Le « moi-peau »

« L'instauration du moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la contenance d'un bien-être de base »

Anzieu, 1995.

Pour D. Anzieu la peau a une fonction de contenance et de limite corporelle. En effet, la peau est le premier organe à se développer. Elle recouvre l'entièreté du corps et sert de contenant à tout l'intérieur de celui-ci. Selon lui, le psychique va s'étayer sur les sensations corporelles vécues à travers la peau. Il fait le lien entre corps et psyché. D'après lui, « *toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique* ».

Il ajoute que « *par rapport à tous les autres registres sensoriels, le tactile possède une caractéristique distinctive qui le met non seulement à l'origine du psychisme, mais qui lui permet de fournir à celui-ci, en permanence, quelque chose qu'on peut aussi bien appeler le fond mental, la toile de fond sur laquelle les contenus psychiques s'inscrivent comme figure, ou encore l'enveloppe contenant qui fait que l'appareil psychique devient susceptible d'avoir des contenus* » (Haag, 2012). Donc, les contacts de nature tactiles et notamment ceux au niveau du dos du bébé vont permettre de prédire la présence et l'intégration d'un arrière-plan qui étaye l'émergence du psychisme. Le « moi-peau » se développera alors avec cette intégration de l'enveloppement corporel comme liaison et les notions de limites entre le dedans et le dehors émergeront. D. Anzieu évoquera huit fonctions du « moi-peau ». Je n'évoquerai ici seulement les trois me paraissant les plus pertinentes et en lien avec ce que le portage apporte dans cette notion de moi-peau.

Premièrement, la ***fonction de maintenance ou consistance du psychisme***. La peau d'un point de vue purement structurel a pour rôle de soutenir, de maintenir les os, les muscles et les tendons. Le moi-peau, lui, supporte le psychisme. Le holding de D. Winnicott remplit cette fonction de portage physique, psychique et de maintenance du psychisme, via l'intériorisation de ce holding maternel. Lors du portage, les bras du parent viendront en soutien dans ces deux aspects et auront un rôle de maintien du psychisme. « *L'étayage externe sur le corps de la mère permet au nourrisson d'acquérir un étayage interne* » (Cuba, 2006).

Cette fonction, lorsqu'elle est bien construite, a comme rôle une unification du corps et de la psyché en maintenant une forme d'équilibre du psychisme interne. « *La carence de la maintenance conduit aux angoisses « de désétayage », de désassemblage du corps et de la psyché* » (Cuba, 2006).

La deuxième est la *fonction contenante* et s'exerce avec ce que Winnicott appelle le *handling*. Cette contenance que la mère propose via les soins apportés à son bébé permettront à celui-ci de construire son enveloppe corporelle et psychique. Tous les contacts sensoriels, sonores et tactiles notamment permis par le portage permettront à l'enfant d'éprouver ses propres ressentis, mais aussi de les différencier d'autrui. Le tissu du porte bébé peut apporter une sensation d'enveloppe, de contenant. Grâce au portage, nous venons re-créeer une enveloppe matérielle permettant de contenir l'enfant psychiquement et physiquement.

La troisième fonction évoquée est la *fonction de pare-excitation* de la peau comme couche superficielle de l'épiderme, qui protège la couche sensible et l'organisme. C'est la figure d'attachement qui va servir de pare-excitant à son enfant grâce au contact de ses bras, de ses mains, mais aussi grâce au tissu de l'écharpe de portage. En effet, le tissu du porte-bébé, les mains et le corps du porteur vont faire office de pare-excitation et protègent le bébé des excitations extérieures, des stimuli environnants. Cette fonction est en lien avec la fonction contenante. Le bébé va se nourrir d'un tas d'expériences corporelles et notamment d'un portage physique pour venir contenir et protéger le psychisme.

Ces contacts vont permettre au bébé d'expérimenter un corps protecteur commun à celui de sa mère et au sien. Il pourra ensuite s'en détacher, trouver ses propres ressources sur un « moi-peau » psychique suffisant. Catherine Potel complète les dires d'Anzieu en précisant que l'enveloppe physique et psychique « *contient, protège, limite* » et que « *la peau en est la composante concrète - ressentie, éprouvée, sécurisante - qui va constituer le premier maillon et la première surface d'inscription d'une représentation d'un corps unifié, rassemblé* » (Potel, 2019, p. 145). Tous ces contacts et ces appuis externes vont non seulement être un étayage aux fonctions dont parle Anzieu, avec cette notion de contenance de la vie psychique et physique qui permet de protéger le bébé des stimuli externes et internes, mais vont permettre au bébé d'acquérir un appui interne au niveau de son dos, de son axe corporel et de sa colonne vertébrale pour solidifier le tout, permettre un redressement et une conscience corporelle.

C. La construction de l'arrière fond et de l'axe corporel

Dès les premiers mois de vie in-utéro, le bébé en position fœtale bénéficie d'un contact important et prolongé avec la peau de sa région dorsale contre les parois de l'utérus de sa mère. Ces contacts constituent déjà une base à la construction de la notion d'arrière-fond. À la naissance, le nourrisson vit un changement d'environnement important et va chercher à retrouver ce contact-dos qui lui permettra de garder cette continuité éprouvée dans l'utérus enveloppant de sa mère et de maintenir une contenance pour lutter contre la gravité. Le portage physique va permettre à l'enfant de retrouver ce contact-dos. Il va se nourrir de diverses expériences corporelles, car contenu dans les bras de ses parents, ou encore dans une écharpe de portage, l'enfant pourra y laisser tout son poids et répartir de manière équitable tous ses appuis. Correctement contenus, ils permettront de faire émerger ce sentiment de sécurité et de conscience corporelle.

In-utéro, le fœtus va régulièrement expérimenter et s'essayer dans des positions d'extension qu'il va explorer pendant neuf mois. Ces mouvements d'extensions seront limités à la fin de la grossesse par les parois solides du ventre de la mère, puisque proche du terme le bébé n'aura plus la même place qu'avant pour expérimenter ces schémas d'extensions. En finalité, le bébé présentera une position d'enroulement dans le ventre qu'il continuera à avoir à la naissance, et que le portage permettra de maintenir plusieurs mois après la naissance. *« Après la naissance, le schéma d'extension doit retrouver un appui contenant et la première partie du développement postural du bébé va être orientée par la recherche d'un schéma d'enroulement assurant un équilibre entre flexion et extension »* (Bullinger, 2004). Soutenu par la base lors du portage et en accompagnant la tenue de tête, je remarque que l'enfant peut facilement se positionner en enroulement et retrouver ce schéma déjà présent in-utéro. L'accompagnement de la tête est un facteur important dans la construction de l'axe corporel lors du portage. En effet, la tête est la première partie du corps que le bébé mobilise par lui-même et rapidement après la naissance.

Lors du portage à bras en position berceau, la tête est en appui dans le creux du bras, mais reste mobile pour explorer l'environnement et venir nourrir l'enfant de sensations tactiles. Cet appui tête constitue donc une base importante dans l'émergence de l'arrière-fond, puisqu'en conscience, il modulera ce contact tête-fond et pourra faire naître petit à petit une tonicité qui emmènera la notion d'axe corporel par la suite. L'émergence de cette tonicité est

étroitement liée au concept de « présence d'arrière-fond » que Grotstein définit comme pouvant « être conçu comme une personnification du ciment assurant la cohésion de l'identité personnelle ». Cet arrière-plan va se construire, d'après Haag (2008) grâce aux expériences répétées et à des stimulations du contact-dos, associé à une enveloppe sonore contenant et au regard. « La fonction miroir essentielle du regard de la mère sur son enfant, ainsi que le bain de langage qui porte l'enfant corporellement » (Potel, 2019, p. 121).

Vignette clinique : Lors de mon stage en néonatalogie

Mr et Mme S. viennent de devenir parents. Lucas est leur premier bébé. Il est né à 27SA pour un poids de 1 kg 450. Ils sont pris en charge dans le service de néonatalogie. Parents et bébé y resteront presque 10 semaines. Pendant tout ce temps, la psychomotricienne se rendra disponible dans leur quotidien. Elle sera là pour répondre aux questionnements des parents, et écouter leurs interrogations. Nous sommes face à des parents inquiets et ayant peur de « faire mal » à ce petit être encore très fragile. Dès que Lucas est devenu autonome au niveau de sa respiration et de l'alimentation, la psychomotricienne et moi-même avons pu initier les parents aux différents types de portage possible. Nous les avons guidés pour un choix de tissu et proposés ensuite un atelier sur les différents types de portage à expérimenter avec leur bébé. Le choix se porte alors sur le sling. Ce choix d'écharpe s'est fait pour deux raisons : une facilité d'installation ressentie par les parents et un désir d'avoir un moyen de portage peu encombrant. Face à cela, nous appuyons aussi le fait que le sling est un très bon moyen de portage pour les nouveau-nés prématurés puisqu'il permet de maintenir une belle position en enroulement. De ce fait, le bébé est regroupé en flexion, contre le parent et maintenu dans une position contenant et sécurisante optimale pour le bon développement psychomoteur du bébé.

Grâce à ce mode de portage, Lucas est bien maintenu par la base et l'enroulement se fait donc de manière automatique dès que sa maman ajuste le sling. Le tissu apporte au bébé un appui-dos apportant chaleur, sécurité et contenance. Ses appuis prennent place, sa base est soutenue et son axe corporel encore hypotonique est suffisamment soutenu. Sa tête est maintenue dans l'axe et peut être mobilisée facilement par Lucas puisque le tissu du sling s'arrête au niveau de la nuque. Le porteur accompagne la tête et pourra sentir au fil des semaines, des mois, que la tenue de tête de Lucas se fera de plus en plus solide et tonique. Progressivement, c'est l'axe corporel qui se consolidera pour se déployer et devenir aussi plus tonique.

En séance groupale, j'ai pu observer combien les sensations tactiles au niveau dorsal apaisaient les bébés. J'ai pu aussi expliquer aux parents l'importance de bien installer le tissu dans le dos de l'enfant, qu'il soit lisse et qu'il ne comporte pas de plis ou de torsade ce qui pourrait créer des tensions et des douleurs pour l'enfant. De plus, l'objet d'arrière-plan, tel que le corps du porteur ou bien l'écharpe de portage, permettra à l'enfant de s'appuyer dessus, d'en prendre conscience et de le mobiliser pour pouvoir se redresser par la suite. Cet axe corporel construit et conscientisé permettra une réunification des deux hémicorps et de là, les schèmes de torsions et de rotations pourront émerger.

En conclusion, le dos, correspondant à ce que l'on appelle arrière-plan, va petit à petit se construire dans une forme de fond sur lequel le bébé pourra s'appuyer et qu'il pourra mobiliser pour la suite. Cette sensation de fond amènera à l'enfant un sentiment de sécurité interne et de globalité du corps.

« L'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale, comme arête solide permettant de se redresser »

Anzieu, 1995.

Avec cette proposition d'Anzieu disant que cette appui interne sur la colonne vertébrale permet à celle-ci de se redresser, je vais faire le lien avec la notion d'axe corporel.

Lorsque le bébé né, son axe corporel est hypotonique et n'est pas encore assez solide pour permettre à son corps, à son tronc, de tenir seul. L'émergence de la tonicité axiale, peu présente -voire inexistante- à la naissance, « *dépend de la qualité de l'adossement que l'enfant va trouver contre le corps de sa mère, de son père* » (Potel, 2019, p. 121). Il revêt donc d'une grande importance que le portage se fasse via le bassin. En effet, grâce à un soutien par la base et le dos, l'enfant pourra être acteur du maintien de son corps. Potel rajoutera que dans la notion d'adossement, il y a « *un adossement de contact (toute la structure du corps est concernée, peau, muscle, os) qui donne des appuis et un adossement « sensoriel » dans le regard, la voix* ». En effet, cela rejoint l'idée que les appuis que nous offrons à l'enfant sont de nature physique mais aussi psychique. En effet, psychiquement, lors d'un portage ferme et

contenant, la communication avec le porteur sera facilitée. En effet, Thomas Berry Brazelton, un pédiatre américain, a observé que « *la communication avec les bébés ne pouvait se faire qu'avec un soutien ferme au niveau des fesses et entre les omoplates pour assurer un maintien de la tête* ». Bien ancré dans ses appuis, le bébé pourra se relâcher corporellement et se sentant en sécurité, l'enfant sera disponible psychiquement pour faire émerger bon nombre de ses fonctions cognitives. Le maintien et l'accompagnement de la tenue de la tête assure donc une fonction de communication, mais pas seulement. La tête maintenue dans l'axe, la colonne de l'enfant pourra se solidifier et renforcer le tonus de la nuque. C'est au niveau de la nuque que l'écharpe de portage s'arrête et on ne la remonte généralement pas plus haut car le bébé pourrait avoir un réflexe d'extension et envoyer sa tête vers l'arrière lorsqu'il perçoit le tissu. La position physiologique et le positionnement optimal du moyen de portage sont des facteurs essentiels pour que la tête soit maintenue dans l'axe, ceci étant important tant pour le développement de l'axe que pour sa sécurité. De ce fait, lors du portage, le contact en corps à corps contre le porteur apportera à l'enfant des appuis physiques et le développement du tonus de sa tête conduira à l'émergence de son tonus axial. « *En sachant donner son poids, le bébé va pouvoir tenir sa tête dans son axe* » (Lefevre, 2018, p. 36).

Avec le temps et grâce à un portage adéquat, c'est-à-dire en respectant les courbures naturelles du bébé (lordose cervical, cyphose dorsal et lombaire) et en soutenant correctement le bassin, le dos, la nuque et la tête, cet axe corporel va devenir de plus en plus tonique. Il est très important, à mon sens, lors du portage, de prendre en compte le maintien du bassin et l'écartement des hanches en fonction de la maturation neuro-musculaire. C'est grâce à un bon appui et un bon soutien au niveau du bassin que cet axe va se construire sur une base solide.

Vignette clinique : Lors de mon stage en atelier portage

Nous rencontrons un couple de parents et leur bébé Noémie âgée de 9 mois. Ils sont désireux d'apprendre à utiliser un porte-bébé. Cependant, ils expriment une difficulté à trouver un porte-bébé physiologique car ils ne connaissent pas vraiment la différence avec un porte-bébé non-physiologique. Le psychomotricien que j'accompagne a dans son matériel un porte-bébé physiologique et un porte-bébé non-physiologique pour leur montrer les différences.

En effet, lors du portage avec un porte-bébé, l'enfant doit pouvoir être installé de manière à respecter sa position physiologique, c'est-à-dire ses courbures naturelles comme énoncé à la page précédente. Pour un portage physiologique et respectueux de la maturation neuro-motrice du bébé, le porte-bébé doit lui permettre d'embrasser le porteur avec ses jambes, ce qui lui permettra de maintenir l'ouverture naturelle de ses hanches. Sa cyphose dorsale et lombaire doit être respectée grâce à la position en enroulement. Les portes-bébés non-physiologique vont maintenir l'enfant dans une position droite, qui va venir bloquer cette ouverture de bassin et lui donner une sensation corporelle de chute, avec les jambes qui pendent, comme suspendues dans l'air en subissant l'apesanteur. Le bébé repose alors sur ses parties génitales et la gravité vient créer une sensation d'absorption vers le sol, éliminant la position d'enroulement, de contenance et de sécurité.

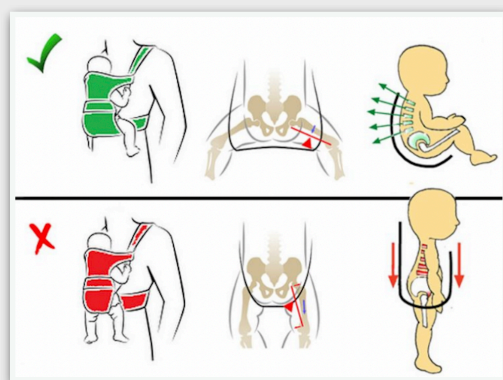


IMAGE 6

Nous recommandons alors aux parents de tenir compte de ces critères pour choisir un porte-bébé physiologique respectueux des courbures naturelles du bébé, permettant alors de respecter le schéma d'enroulement, sa maturation neuro-musculaire et de prévenir une éventuelle dysplasie de la hanche (cf. illustration ci-dessus)

En complément, toutes ces indications de portage physiologique viennent prévenir la dysplasie de la hanche. Elle est définie comme « *une instabilité infantile de la hanche, la luxation ou la faible profondeur de l'orbite de la hanche* » (International Hip Dysplasia Institute). Il en existe trois niveaux : subluxation, légère dislocation et forte dislocation.

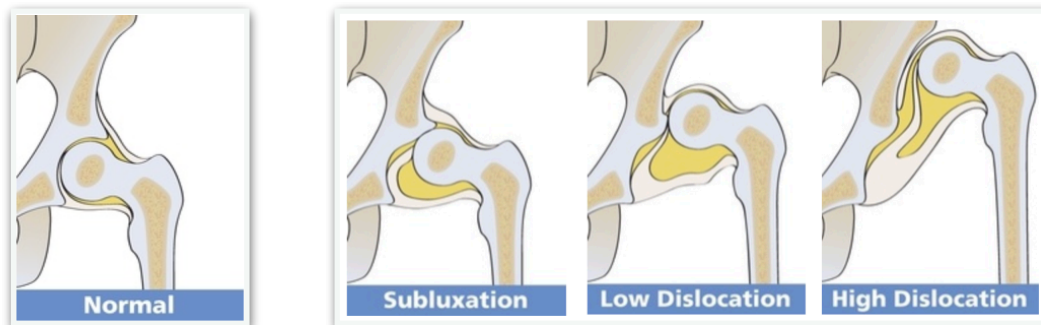


IMAGE 7

Des recherches dans les années 1950 ont montré les effets bénéfiques du portage pour la prévention et le traitement de la dysplasie de la hanche. (International Hip Dysplasia Institute). En effet, lorsque la bonne position des hanches est maintenue pendant le portage, il peut y avoir un avantage substantiel pour le développement naturel des hanches. La position « M » est une position d'accrochage naturelle pour les nourrissons. Plus grands, les bébés viendront embrasser le porteur, hanches ouvertes, de sorte que les genoux soient légèrement plus hauts que les fesses. Cette pratique est recommandée par l'International Hip Dysplasia Institute pour diminuer le risque de dysplasie de la hanche et doit être encouragée dans les régions à forte prévalence de dysplasie de la hanche, en particulier là où le dépistage et le traitement sont insuffisants.

Lorsque le bébé sera maintenu en position de portage physiologique, le bassin aura des appuis solides, les hanches ouvertes à leur écartement naturel et l'axe corporel du bébé sera alors correctement soutenu. Sa tonicité psychocorporelle pourra se dérouler et se développer selon deux lois : la loi céphalo-caudale et la loi proximo-distale (Potel, 2019, p. 120).

- Céphalo-caudale : C'est le développement tonique de l'axe corporel. Il va permettre à l'enfant de constituer et de développer cet axe du haut vers le bas. On retrouve d'abord la tenue de la tête, la station assise, puis la station debout et ensuite la marche qui vient construire cette notion de tonus de l'axe.

- Proximo-distale : C'est le développement du centre vers la périphérie. C'est grâce à diverses activités de préhension que ce tonus va s'ajuster et que la motricité fine, la préhension et les manipulations digitales vont émerger.

Ces deux lois sont donc un support au renforcement de cette tonicité axiale. L'enfant va pouvoir explorer et réaliser ses désirs, ses envies et investir sa curiosité via sa motricité corporelle, ses déplacements et sa préhension. Le portage va engendrer des stimuli au niveau du dos du bébé et de son axe corporel. Ces stimuli vont continuer à nourrir et à mettre en avant ces réflexes déjà présents in-utero. C'est à partir de ces réflexes que vont s'organiser les schèmes moteurs liés à l'axe ainsi que les postures de base. Observable dès les premiers mois de vie, il y a trois schèmes moteurs principaux et donc trois postures principales. La posture de flexion et position d'enroulement, la posture d'extension et de redressement et celle des rotations et des torsions (Bullinger, 1998).

« Ces postures peuvent être considérées comme des états d'équilibre autour duquel le bébé s'organise »

Bullinger, 1998.

La **position en enroulement** dans une écharpe est différente en fonction de l'âge du bébé. En effet, le nourrisson en position d'enroulement aura les jambes fléchies et regroupées vers le haut et les pieds au niveau des fesses en « grenouille ». Lors de mon stage en néonatalogie, je propose de guider les parents lors du portage en indiquant comme repère que les genoux du nourrisson doivent être légèrement au dessus de ses hanches, au niveau du nombril, dans une position en « M » (cf. illustration p. 73 « 0-3 mois » et « 3-6 mois » de International Hip Dysplasia Institute). L'idée étant de maintenir au maximum le schème de flexion, d'enroulement qui viendra participer au sentiment d'unification. Plus tard, lorsque le bébé aura acquis la position assise, sa tonicité axiale et la maturation neuro-musculaire des hanches et du bassin étant efficiente, les jambes sortiront de l'écharpe ou du porte-bébé pour venir embrasser le porteur (cf. illustration p. 73 « 6-9 mois » et « 9-12+ mois » de International Hip Dysplasia Institute).

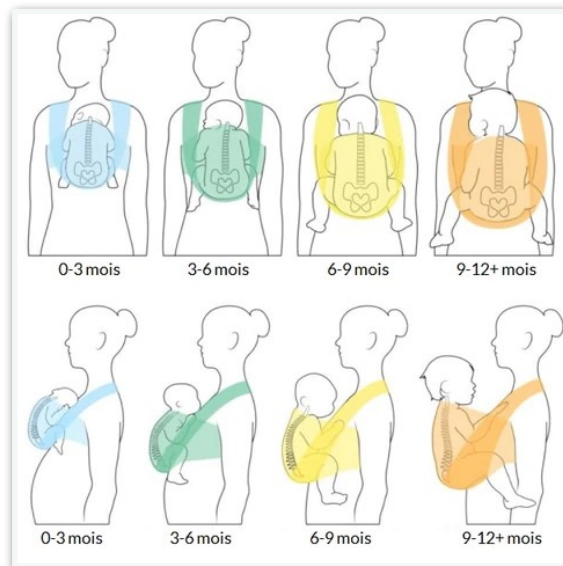


IMAGE 8

Dès qu'il pourra tenir sa tête et diriger son regard, la multitude de stimuli que propose l'entourage et l'environnement viendront stimuler sa curiosité. Cela viendra renforcer la tenue de la tête, les mouvements et les orientations de celle-ci de manière à venir consolider l'axe de manière descendante (loi céphalo-caudale). Plus tard, la tenue assise permettra à l'enfant d'explorer le monde de la préhension et il pourra saisir avec plus de facilité et d'envergure les objets autour de lui (loi proximo-distale). Une fois l'axe construit, la bouche du bébé est moins sollicitée et ses mains peuvent se libérer. Il pourra alors explorer et saisir les objets autour de lui. En effet, avant la construction de l'axe, c'est la bouche qui fait relais entre les deux hémicorps. À ce moment-là, le buste prend en tonicité et prépare déjà la future station debout.

Au départ, au niveau des déplacements, l'acquisition du passage du décubitus dorsal au décubitus ventral et inversement, vient solidifier l'axe et prépare le bébé à la station assise, au rampé et aux quatre pattes. Ce sont les schèmes de *redressement* et de *torsion/rotations* qui vont progressivement émerger. En effet, l'acquisition du redressement chez le bébé témoigne de la découverte d'un équilibre entre l'avant et l'arrière. Lorsque le bébé a acquis le schéma de redressement, ses courbures naturelles vont progressivement changer. La cyphose lombaire du début va évoluer et se transformer en lordose. De ce fait, lors du portage asymétrique, nous pouvons facilement passer l'enfant du côté droit au côté gauche par une simple bascule, puisque son axe corporel et le redressement sont acquis. C'est ensuite grâce à la dissociation progressive des ceintures scapulaire et pelvienne lors des rotations que les mouvements de torsion seront facilités. Ces mouvements amènent progressivement la

dissociation entre le haut et le bas du corps. Bullinger notifie que ce sont ces modifications d'appuis qui progressivement vont entraîner une inversion de la répartition toniques entre les deux hémicorps.

Tout cela vient nourrir l'enfant dans sa curiosité et dans son ouverture au monde. « *Ces conduites constituent les points d'appui qui permettent au bébé de contrôler les échanges avec son milieu* » (Bullinger, 1998). Ces différents schèmes moteurs viennent préparer l'autonomisation de l'enfant et cette conquête de l'axe permet d'aller vers une verticalisation et vers l'acquisition de la bipédie. De ce fait, il y a un aspect à prendre en compte dans cette construction d'axe et d'accès à la marche : le bébé a besoin à cette étape d'alterner des phases de proximité et de distance. Porté, il pourra expérimenter ces phases en se collant au porteur puis en s'écartant corporellement de lui : il se construit de cette manière une conscience corporelle en expérimentant la notion de distance. L'enfant aura besoin à un certain moment d'alterner des phases de portage et des moments au sol. Dans cette expérimentation du ramper et du quatre pattes, l'enfant a besoin d'être en mouvement et doit acquérir les passages d'une posture à l'autre dans un déplacement et non plus dans le maintien fixe d'une position.

Nous retrouvons dans le portage un certain nombre de bénéfices qui se répercutent tant sur le plan physique que psychique. En effet, toutes ces acquisitions sont d'origine pluri-factorielles. Cependant, il y a un facteur essentiel sans lequel tout cela ne pourrait pas fonctionner correctement : l'aspect affectif et émotionnel. En effet, la curiosité de l'enfant est « *nourrie du regard qu'on lui porte* » (Potel, 2019, p. 122). Les dires de Potel font le lien avec la théorie de l'attachement dont j'ai parlé et l'importance d'un portage physique et psychique contenant qui permettra de faire émerger un attachement sécurisé et donc progressivement une exploration de son environnement qui permettra à l'enfant d'intégrer les différents schèmes moteurs durant son développement psychomoteur.

Le prochain chapitre va maintenant porter sur la construction du schéma corporel et de l'individuation. En effet, le portage va venir nourrir l'individuation du bébé car porté, il pourra faire des choix quant à l'orientation de sa tête, la mobilité de ses membres et où poser son regard : c'est une part d'individualité qui émerge déjà. Cette liberté de mouvement, de regard et d'orientation de tête sont permis grâce un portage contenant et sécurisant, sous l'œil bienveillant de son porteur.

D. La construction du schéma corporel et l'individuation

Nous venons de voir dans la partie précédente cet axe corporel qui participe à la construction du sentiment d'unité corporelle, de solidité, d'appui et de sécurité. En effet, un nombre de stimuli importants venant contre le dos, le bassin et la tête du bébé vont venir soutenir l'arrière du corps, l'envelopper et permettre cette sensation de globalité. Le bassin étant la base de l'axe chez le tout petit, c'est un appui clé à ne pas négliger lors du portage. Les appuis solides, fermes et respectueux de la maturation neuro-musculaire du bébé proposés par le porteur permettront à l'enfant de se sentir en sécurité et donc d'explorer le monde via le regard, la mobilité de sa tête et de ses membres.

Cet axe est aussi un support à l'émergence de la pensée. Via ses premières expériences de régulation du tonus axial, il met en place ses vécus émotionnels en relation avec son environnement et ce grâce au dialogue tonico-émotionnel. Ces ajustements toniques et ces réponses tonico-émotionnelles venant du bébé et du porteur vont permettre au bébé de construire son schéma corporel. Julian De Ajuriaguerra, en 1970, en donne une définition : *« édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remanié des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de références où ils prennent leur signification »*.

Lors du portage, ce dialogue tonico-émotionnel va venir remplir le bébé de sensations corporelles. Les mouvements du porteur seront structurants pour le bébé puisque dans un dialogue corps à corps il va ressentir ces mouvements et les différencier progressivement de ses propres mouvements à lui. Sa tonicité corporelle lui permettra de prendre conscience des différentes parties de son corps via le portage et les appuis qu'il y trouve. Son schéma corporel peut progressivement se construire. Les échanges tonico-émotionnels apportés par le portage permettent alors au bébé de construire son schéma corporel, de se représenter ses vécus émotionnels et de développer progressivement son image du corps.

Tout au long de la vie, l'enfant a recours à toutes sortes d'actions, d'explorations et de mouvements. Le schéma corporel serait donc une structure d'intégration, un support neurologique et fonctionnel des expériences corporelles, des processus d'acquisition et d'apprentissage. Ces derniers vont mettre en jeu son corps dans sa globalité et vont lui permettre d'explorer toutes ses potentialités pour apprendre à connaître ce dernier, à se

mouvoir dans l'espace, dans le temps et avec le monde qui nous entoure. « *Le schéma corporel est une organisation du corps, un corps construit comme une entité et non pas comme une somme de parties dissociées et ajoutées les unes aux autres* » (Potel, 2019, p. 142).

Le portage physiologique est très riche de sensations tactiles et kinesthésiques qui viennent nourrir et renforcer le schéma corporel du bébé en pleine construction. Par le maintien du bassin, il sentira que ses appuis sont solides et qu'il peut devenir acteur de son propre maintien, en accompagnant aussi le portage avec ses jambes et ses bras. C'est en étant acteur du portage que l'enfant va prendre conscience de ses capacités corporelles et du fonctionnement de toute sa corporalité. Ces sensations tactiles et toniques venant du porteur et du moyen de portage permettront de faire prendre conscience au bébé de la globalité de son corps, des limites de celui-ci en lien avec cette notion d'arrière-fond.

Grâce au portage physiologique, le corps est en position d'enroulement et n'est pas victime de l'apesanteur. De ce fait, le corps ne subit pas son poids et les risques de sentiment de corps morcelé sont largement limités. En effet, si l'enfant est porté dans un porte-bébé non physiologique et que ses jambes pendent dans le vide, l'enfant ne peut pas les mobiliser, les conscientiser et les faire fonctionner en globalité avec le reste du corps. Puisqu'elles subissent cette gravité et qu'elles sont tirées vers le bas, le bébé peut les penser comme dissociées du reste du corps. La construction du schéma corporel du bébé passe donc par un portage de qualité et physiologique prenant en compte le corps de manière globale et unifié, en étant acteur de son propre maintien.

D'après les enseignements de première année de Mr Rasal, le schéma corporel est composé de deux parties. Une première partie serait comme une forme de conscience de soi, en tant que personne humaine, avec un aspect anatomique commun à chacun d'entre nous. Cette structure commune à tous, dans laquelle nous pouvons nous reconnaître et nous identifier en tant qu'appartenant à l'espèce Humaine : une tête, un cou, un tronc, des bras, des mains [...], un bassin, des jambes, des pieds. Une deuxième partie du schéma corporel relie cet aspect structurel, physiologique, à ce que je suis en tant que personne. Ce que je suis et qui me permet de me reconnaître en tant qu'individu unique, à part entière, de par ma taille, ma couleur de cheveux, ma peau et toutes mes particularités anatomiques.

La notion de schéma corporel est donc une notion dynamique, propre à chacun et intriquée à un processus évolutif tout au long de la vie. « *Comme nous changeons perpétuellement de position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous-mêmes en constante transformation. Chaque nouvelle posture ou mouvement vient s'enregistrer sur ce schéma plastique, et l'activité corticale met en relation avec lui chaque nouveau groupe de sensations évoquées par la posture nouvelle. Il s'ensuit une connaissance immédiate de la posture, dès que cette relation est établie* » (Head et Holmes, 1911, cité dans Jeannerod, 2010, p. 187).

La construction du schéma corporel est donc un processus dynamique qui évolue au cours de notre maturation et qui sera largement influencé par nos sensations, perceptions et représentations corporelles.

Le portage en écharpe tissée ou extensible est un moyen de portage intéressant dans la dynamique d'une construction du schéma corporel du tout-petit. En effet, les écharpes tissées et extensibles sont les seules qui permettent un nombre de noeuds et de positions variées. Le bébé peut être porté sur le ventre face au porteur de manière symétrique, sur le côté gauche ou droit en asymétrique ou encore dans le dos lorsque l'enfant est plus grand. En effet, plus les positions sont variées, plus l'enfant va se nourrir d'appuis différents, de sensations tactiles, visuelles et kinesthésiques différentes. Au départ, chez le nourrisson, le portage en ventrale face au porteur en enroulement va faciliter l'accès aux premières coordinations oculo-manuelles pour établir les liaisons main-bouche qui sécurisent l'enfant et le régulent. Ces liaisons mains-bouches lui permettront de découvrir son corps et donc d'acquérir progressivement cette notion de schéma corporel. Les changements de positions entre portage symétrique et asymétrique amène des appuis différents et une sensorialité changeante qui viendra nourrir la construction du schéma corporel du bébé.

Le schéma corporel, la notion de conscience corporelle et de ses limites est intrinsèquement liée à l'émergence de l'individuation. En effet, sans conscience de son corps, des différentes parties et des limites de celui-ci, il paraît difficile d'accéder à une forme d'identité corporelle et psychique et donc de faire émerger cette notion d'individuation.

L'individuation est avant tout un processus qui permet au bébé de progressivement se séparer de sa figure d'attachement. D'abord collé à elle dès les premiers jours de vie, il va petit à petit pouvoir se dégager d'elle, s'autonomiser et s'individualiser. L'individualisation va donc de pair avec la progressive séparation avec son parent. C'est en agissant sur son environnement, que l'enfant devient un individu à part entière. « *La conscience d'un espace autour, espace de l'air ou de l'eau, espace du sol qui reçoit, espace des bras qui accueillent, espace du « vide » ressenti dans le fragment de seconde où l'enfant se jette ou se projette en avant : autant de sensations qui nourrissent la perception d'un espace « dehors » et confirment les limites entre dedans et dehors* » (Potel, 2019, p. 139).

Le portage permettra à l'enfant de se différencier du parent, d'acquérir les compétences nécessaires pour agir sur son environnement et pour entrer en relation. Dans un corps à corps avec le porteur, le bébé va repérer les différents stimuli sensoriels venant de lui et ceux venant du porteur. Le contact du toucher, les caresses, les sensations toniques, les échanges de regards, les odeurs et les vocalises de chacun... Tant de sensorialité qui permettront à l'enfant d'identifier le dedans et le dehors, ce qui lui appartient ou non et ce grâce à une barrière : la peau. Elle permet à l'enfant d'avoir conscience de ses propres limites corporelles et de se sentir contenu. Progressivement, l'enfant comprend qu'il habite un corps différent de celui de son parent et devient un jour, un être à part entière, capable d'interagir et d'agir avec son environnement.

L'attachement joue aussi un rôle important dans l'individuation de l'enfant. Comme vu précédemment, différents types d'attachements peuvent être mis en avant grâce au test de la *Situation Étrange* d'Ainsworth. Ces différentes formes d'attachement auront donc un impact sur la qualité d'individuation du bébé. Dans le cadre d'un attachement « évitant », « ambivalent » et « désorganisé » l'enfant aura plus de mal à développer une part d'autonomie et d'individuation. En effet, le processus d'attachement intègre aussi la notion de séparation. Pour acquérir une autonomie, il faut que l'enfant intègre ces deux notions opposées que sont l'attachement et le détachement. Nous pouvons voir par exemple, dans une situation d'attachement ambivalent que l'intégration de cette notion de séparation n'est pas acquise chez le bébé. S'ensuit donc une individuation peu accessible liée à cet attachement déficient. Dans le cadre d'un attachement sécurisé, l'enfant est capable de se détacher de sa mère. Il aura donc intégré et intériorisé une sécurité venant de son parent. La confiance installée, il pourra plus facilement se tourner vers son environnement et se détacher de sa figure d'attachement,

et comme nous l'avons vu dans une partie précédente, un attachement sécure est grandement favorisé par le portage du parent.

En suivant cette notion d'attachement, la notion de handling et de holding dont nous parle Winnicott a toute sa place, puisque suffisamment porté psychiquement, physiquement et tout ceci avec une forme de tendresse et d'affection l'enfant pourra faire émerger sa part de soi, d'être à part entière et d'individuation. Il va progressivement se différencier de l'autre et construire sa propre identité corporelle et psychique.

NOUS PORTONS NOS ENFANTS DANS NOTRE VENTRE, DANS NOS BRAS ET DANS NOTRE
COEUR.

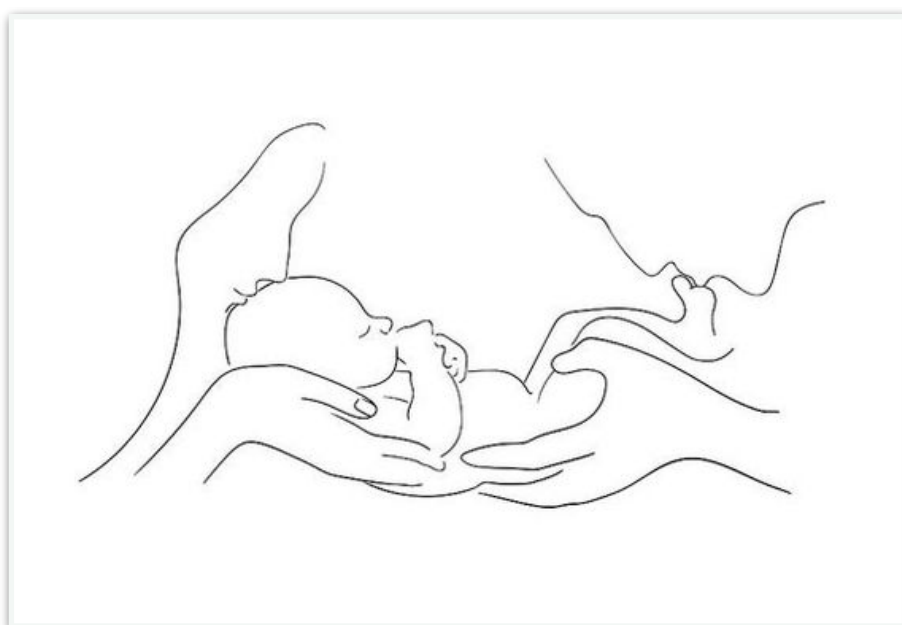


IMAGE 9

CONCLUSION

J'ai cherché, à travers ce mémoire, à mettre en avant les rôles et les bienfaits du portage dans le développement psychomoteur de l'enfant. Pour répondre à cette problématique j'ai évoqué plusieurs notions psychomotrices que j'ai mise en lien avec le portage pour étayer et venir valider les hypothèses que j'avais émis lors de mon introduction. J'ai démontré à travers mes lectures théoriques et ma clinique à montrer qu'un portage adéquat et adapté favorise la construction de l'axe corporel du tout-petit, qu'il est un vrai support à l'intégration des schèmes moteurs et qu'il permet un sentiment de sécurité et de bien-être chez l'enfant.

Nous avons vu tout au long de ce mémoire l'importance du portage tant sur le plan physique que psychique et notamment à travers une multitude de façon de porter son enfant, avec ou sans outil. J'ai pu exposer les intérêts de celui-ci dans le développement psychomoteur, en évoquant les besoins de l'enfant dès sa naissance et même après. Nous avons pu voir à quelle point la sécurité affective et psychique proposée par les figures d'attachement permet à l'enfant de construire son identité et s'ancrer dans son psychisme et dans son corps, en tant qu'être à part entière. Les appuis que permettent le portage sont un réel étayage à l'intégration de différents schèmes moteurs tels que les positions d'enroulement et de redressement de l'axe, les rotations, le maintien de la tête puis de la colonne avec par la suite le quatre-patte, la station assise et la marche. J'ai notamment pu observer que c'est le sentiment de contenance qui va permettre à l'enfant de construire ses limites internes.

À travers mes lectures, j'ai pu comprendre que le portage est un vrai moteur pour le développement de l'individu avec la notion de holding et de handling, d'attachement et de sécurité. Ils vont être les piliers de notre construction en tant que personne, en tant que futur adulte. En effet, la manière dont nous avons été touché, porté, soigné va contribuer à l'investissement de nous-même, à la manière dont nous allons nous aimer, prendre soin de nous et avoir confiance en nous. Il aurait été intéressant d'investiguer toute cette question de portage dans l'enfance et les répercussions chez l'adulte de maintenant. En effet, un questionnement peut se tourner autour de la manière dont a été porté le parent et celle dont il porte maintenant son enfant.

Lors de ce mémoire, je me suis intéressée aux bébés et jeunes enfants sans pathologie particulière, ni trouble ou difficulté de nature motrice ou psychologique. Cependant, chaque enfant est différent et face à cette diversité, il aurait pu être intéressant d'investiguer la notion de portage autour d'enfants porteur de handicap. Je pense par exemple, à des enfants porteur du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). La pratique du portage chez le tout-petit présentant un retrait relationnel pourrait être intéressante à pratiquer avec son parent. Il permettrait certainement d'accepter progressivement la notion de contact, de regard et d'entrer en relation. Il permettrait aussi de renforcer les liens d'attachement parent-enfant parfois difficiles à établir lors de l'annonce d'une pathologie. « *Le holding permet aux parents de percevoir à nouveau ce qui est sincère dans leur enfant pourtant si singulier. Ces enfants ont avant tout besoin d'être soutenus, enveloppés, protégés pour permettre à leur processus évolutif de se rétablir, à leur motricité de reprendre le cours de son développement et aux étapes de leur maturation d'être vécues* » (Varenka Marc, psychanalyste). Aussi, en séance de psychomotricité cette question de portage me paraît très intéressante. Le travail du psychomotricien est aussi de porter psychiquement, via son engagement corporel, la notion de contenance, le langage, la bienveillance. Le psychomotricien peut aussi utiliser le portage avec des outils médiateurs comme la toupie, le hamac, les couvertures lestées... Selon moi, ils permettraient à certains enfants atteints de TSA de soutenir leur construction psychocorporelle et de leur induire une image du corps plus globale, stable et mieux organisée.

À travers les différentes vignettes cliniques exposées, j'ai pu concilier la théorie psychomotrice avec la clinique, de manière à illustrer et partager mon vécu lors des différents stages. J'ai tenté de mettre des mots sur ce que j'ai pu vivre et observer. Ces stages m'ont permis de vivre concrètement la pratique psychomotrice dans les champs du portage, de la petite enfance, de la guidance parentale et sur ma propre identité en tant que future psychomotricienne, ce qui m'a énormément apporté tant personnellement que professionnellement.

« *Un bébé seul, ça n'existe pas* »

Winnicott, 1943.

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

Bourdarias, C. (2008). Bien porté/bien portant. *Spirale*, 46, 81-89. <https://doi.org/10.3917/spi.046.0081>

Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35. <https://doi.org/10.3406/enfan.1998.3091>

Bullinger, A. (2015). Tome 2 - L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse: Érès.

Busnel, M.-C., & Heron, A. (2010). Le développement de la sensorialité fœtale. *La naissance : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, 633-643.

Caro, N. (2022, 13 avril). *International Hip Dysplasia Institute*. <https://hipdysplasia.org/>

Colletta, M. (2017). *D'être porté à « se porter » : Réflexion sur le portage en psychomotricité auprès d'un jeune enfant polyhandicapé*. [mémoire de psychomotricité inédit]. Université de Lyon.

Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité : Le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique*, 29(1), 83-100. <https://doi.org/10.3917/rfps.029.0083>

Didierjean-Jouveau, C.-S. (2005). *Porter bébé: Avantages et bienfaits*. Jouvence.

Guédeney, N., Mintz, A.-S., & Atger, F. (2012). 5. Développement de l'attachement. Dans *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (p. 30-45). Cachan: Lavoisier.

- Haag, G. (1988). Le dos, le regard et « la peau ». *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 36(1), 1-8.
- Haute Autorité de Santé (2018, 25 janvier). *Accueil du nouveau-né en salle de naissance*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820763/fr/accueil-du-nouveau-ne-en-salle-de-naissance
- Intégration motrice primordiale (2002-2022). *L'IMP au cœur des réflexes primordiaux*. <https://www.reflexes.org/>
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 185. <https://doi.org/10.3917/rne.023.0185>
- Lecomte, J. (2019). René Spitz. Le syndrome de l'hospitalisme. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 54(3), 16-16. <https://doi.org/10.3917/gdsh.0054.0016>
- Lehmann, J.-P. (2007). Holding et Handling. Dans *La clinique analytique de Winnicott : De la position dépressive aux états-limites* (p. 170-206). Toulouse: Érès.
- Légifrance (2004, 08 août). *Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice*, 88-659. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000693097/>
- Livoir-Petersen, M.-F. (2008). Le dialogue tonico-émotionnel : Un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*, 28-29(1), (p. 41-70). <https://doi.org/10.3917/cont.028.0041>
- Kaës, R. (2008). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. Dans *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (p. 67-87). Toulouse: Érès.
- Michaud de Parscau, A.-S. (2018). Chapitre 8. Le portage physiologique : un outil pour le psychomotricien. Dans *19 situations cliniques en psychomotricité* (p. 126-143). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2018.01.0126>

- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., & Halfon, O. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*, 15(2), (p. 143-177). <https://doi.org/10.3917/dev.032.0143>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017, 20 juin). *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/amis-des-bebes/dix-conditions-pour-le-succes-de-l-allaitement-maternel/>
- Monneau, A. (2020). *L'apport du dialogue tonico-émotionnel et son étayage en psychomotricité, dans le développement de la conscience corporelle chez l'adolescent déficient intellectuel*. [mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900374>
- Montagu, A., & Erhel, C. (1979). *La Peau et le toucher: Un premier langage*. Éditions du Seuil.
- Mothe, É. (2015). « *Je peux me porter?* » *Portage et contenance en Thérapie Psychomotrice*. [mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195851>
- Neyrand, G. (2015). Dis Gérard, c'est quoi, la parentalité ? *Spirale*, 73(1), (p. 145-154). <https://doi.org/10.3917/spi.073.0145>
- Peereboom, I. van den. (2007). *Peau à peau: Techniques et pratiques du portage*. Jouvence.
- Pignol, J., Lochelongue, V., & Fléchelles, O. (2016). Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale*, 80(4), (p. 71-80). <https://doi.org/10.3917/spi.080.0071>
- Pinelli, A., & Sanejouand, C. (2010). Un être de relation. Dans *Porter le bébé vers son autonomie*, (p. 19-58). Toulouse: Érès.
- Pireyre, É. W. (2015). Chapitre 12. Les angoisses corporelles archaïques. *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*, (p. 141-156). Paris: Dunod.

Potel Baranes, C. (2019). 8. Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ?
Dans *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir* (p. 117-154).
Toulouse: Érès.

Proprioceptif, (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/proprioceptif/15559>

Robert Ouvray, S. (2000). Porter un enfant, c'est un savoir être. *Métiers de la petite enfance*,
(59).

Solis-Ponton, L. (2001). Sur la notion de parentalité développée par Serge Lebovici. *Spirale*,
(7), (p. 135-141). <https://doi.org/10.3917/spi.017.0135>

Winnicott, D. W., & Bouillot, F. (2014). *La famille suffisamment bonne*. Payot & Rivages.

SOURCES DES PHOTOS

Photo 1 : <https://www.gettyimages.fr/detail/photo-d%27actualité/baby-in-cage-hung-out-of-window-photo-dactualité/613464848?adppopup=true>

Photo 2 : <https://www.gettyimages.fr/detail/photo-d%27actualité/an-example-of-a-wire-cage-which-a-council-in-london-photo-dactualité/3395449?adppopup=true>

Photo 3 : <https://www.hello-tribu.com/les-bienfaits-dune-tradition-africaine-porter-bebe-dans-le-dos/>

Photo 4 : <https://kindabreak.com/le-portage-un-heritage/>

Photo 5 : <https://www.pinterest.fr/pin/79376012167495360/>

Photo 6 : <https://tplmoms.com/2014/04/13/pourquoi-les-bebes-des-inuits-pleurent-ils-moins-que-les-notres/>

Photo 7 : https://chine.in/forum/les-porte-bebes-photo_28958.html

Photo 8 : <https://www.neobulle.fr/echarpe-tisee-unie/785-echarpe-anthracite-coton-bio.html>

Photo 9 : <https://www.maman-naturelle.com/boba-echarpe-portage-viscose-bambou-boba-wrap-serenity-bio-rainforest-p-9866.html>

Photo 10 : <https://www.neobulle.fr/my-sling-jersey/723-my-sling-jersey-ecru-3760216124934.html>

Photo 11 : <https://www.maman-naturelle.com/babylonia-jacquard-moonshadow-porte-bebe-chinois-p-5570.html>

Photo 12 : <https://www.neobulle.fr/neo-porte-bebe-preforme/836-neo-preforme-by-neobulle-marin-3760216128307.html>

Photo 13 : <http://jardindessources.canalblog.com/archives/2010/12/26/19968979.html>

Photo 14 : <https://www.planeteanimal.com/pourquoi-une-maman-rejette-son-chaton-1889.html>

Photo 15 : <https://www.pinterest.com.au/pin/422353271285342662/>

Photo 16 : Livre « Les Singes. Intelligents et fascinants » de Tom Jackson

Photo 17 : <https://www.pinterest.fr/pin/511651207635744572/>

SOURCES DES IMAGES

Images 1, 2, 3 et 4 : <https://www.oummi-materne.com/porter-bebe-positions/>

Image 5 : https://josette-la-chouette.fr/pages/tutoriel-echarpe-portage-enveloppe_croise

Image 6, 7 et 8 : <https://hipdysplasia.org/developmental-dysplasia-of-the-hip/>

Image 9 : <https://www.pinterest.fr/pin/862157922427132842/>

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....	1
Introduction.....	3
I. LE CONTEXTE DU PORTAGE.....	5
A. Où, quand, comment ? Histoire du portage en Occident et ailleurs dans le monde.....	5
B. Les différents types de portage.....	9
1. Portage à bras : les différentes positions.....	9
2. Portage en écharpe : une variété d'outils.....	12
C. Le portage au quotidien.....	17
D. Mes stages en parentalité et portage bébé.....	19
1. L'hôpital.....	19
2. Le libéral.....	21
II. LE PORTAGE DE LA GROSSESSE À LA NAISSANCE.....	24
A. Désir d'enfant et parentalité.....	24
B. Développement intra-utérin et aspects sensoriels.....	26
C. La naissance.....	32
1. Le peau à peau.....	34
2. Développement neurologique et musculaire.....	38
3. Les réflexes archaïques : automatismes primaires.....	39
D. Les concepts de portage à la naissance : aspects psychomoteurs.....	43
1. Le holding et le handling.....	43
2. Le dialogue tonico-émotionnel.....	48

III. PORTAGE, ENJEUX DANS LA CONSTRUCTION DES PROCESSUS PSYCHOMOTEURS.....	53
L'origine ontogénétique du portage : Bébés nidifuges, nidicoles et bébés portés.....	53
A. La théorie de l'attachement.....	55
1. Expérience du singe de fer et singe de coton.....	61
2. Le syndrome de l'hospitalisme.....	62
B. Le « moi-peau ».....	64
C. La construction de l'arrière fond et de l'axe corporel.....	66
D. La construction du schéma corporel et de l'individuation.....	75
Conclusion.....	81
Bibliographie, sources des photos et images.....	83
Table des matières.....	88