

Institut supérieur de rééducation psychomotrice - Paris

Il était une fois, le toucher

Comment l'histoire se raconte

au fil de la rencontre tactile

avec l'enfant

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricité.

Référent de mémoire
Mme Arnaud

Agnès RUPIED
Session Juin 2006

En premier lieu, je tiens à remercier ma famille pour ses conseils, son soutien et son amour, et plus particulièrement mon père et mon grand père.

Je remercie Claudie ARNAUD de m'avoir accueillie en stage tout au long de cette année et de m'avoir accompagné dans l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, merci à tous mes amis en particulier à François-Xavier, Thomas, Guillaume et Michel.

Sommaire

Introduction

Partie théorique

1. La peau, organe du toucher	2
Embryogénèse et perceptions tactiles	2
Histologie	3
L'épiderme	3
Le derme	4
L'hypoderme	4
Les annexes épidermiques	5
Les récepteurs sensoriels	5
Les récepteurs du toucher	6
Les récepteurs de la proprioception	7
Les récepteurs de la température : thermorécepteurs	7
Les récepteurs de la douleur : les nocicepteurs	8
1.4 La voie somato-sensorielle	8
1.5 Les rôles biologiques de la peau	9
2. Le toucher	10
Définition du toucher	10
2.2 Ontogenèse du toucher	11
2.2.1 Le milieu intra-utérin	12
2.2.2 Autour de la naissance	13
2.2.3 La soif du toucher	14
2.2.4 Le toucher chez l'adulte	15
2.3 L'histoire du toucher	16
2.4 Les fonctions du toucher, du tact	17

3. L'importance du toucher dans les premières relations mère-enfant	19
L'attachement	19
Les multiples facettes du toucher	21
La place du toucher en occident	21
Les différents types de toucher	21
L'érotisation du toucher	22
Un toucher différent selon le sexe de l'enfant et du parent	23
Le toucher dans la vie quotidienne	23
Le « holding » et le « handling » selon WINNICOTT	24
Le portage et le dialogue tonico-émotionnel	24
Le bain	26
L'allaitement	26
Le Moi-peau selon D.ANZIEU	27
La définition du Moi-peau, enveloppe tactile	27
Les fonctions du Moi-peau	28
3.4.2.1 Fonction de maintenance du psychisme	28
3.4.2.2 Fonction de contenance	29
3.4.2.3 Fonction de pare-excitation	29
3.4.2.4 Fonction d'individuation du Soi	29
3.4.2.5 Fonction d'intersensorialité	30
3.4.2.6 Fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle	30

Partie Clinique

1. Présentation de l'institution	31
Le fonctionnement de l'institution	31
Les locaux	32
L'historique institutionnel	32
La prise en charge du patient	32
L'équipe soignante	33

2. Place de la psychomotricité dans l'institution	34
Déroulement de la prise en charge en psychomotricité	34
Le bilan psychomoteur	34
La prise en charge	35
Les médiations en psychomotricité	36
3. Etudes de cas	36
3.1 Timothée	37
3.1.1 Présentation	37
3.1.2 Anamnèse	37
3.1.3 Examen psychomoteur	38
3.1.4 Projet thérapeutique	39
3.1.5 Prise en charge et évolution	40
3.1.6 Conclusion	42
3.2 Colin	43
3.2.1 Présentation	43
3.2.2 Anamnèse	43
3.2.3 Examen psychomoteur	44
3.2.4 Projet thérapeutique	45
3.2.5 Prise en charge et évolution	46
3.2.6 Conclusion	49
3.3 Léa	49
3.3.1 Présentation	49
3.3.2 Anamnèse	49
3.3.3 Examen psychomoteur	50
3.3.4 Projet thérapeutique	51
3.3.5 Prise en charge et évolution	52
3.3.6 Conclusion	54

Partie discussion

1. La recherche d'un toucher adapté	55
1.1 Timothée, ou comment, à travers le portage des parents peuvent-ils ré-autoriser un toucher acceptable	55
1.1.1 L'histoire du toucher	55
1.1.2 L'apport de la psychomotricité	58
1.2 Colin, ou comment établir une relation avec un enfant difficilement accessible	60
1.2.1 L'histoire du toucher	60
1.2.2 L'apport de la psychomotricité	62
1.3 Léa, ou comment trouver un espace qui permette à chacun de penser	65
1.3.1 L'histoire du toucher	65
1.3.2 L'apport de la psychomotricité	69
2. Comment accompagner et soutenir l'originalité du toucher propre à chaque enfant?	71
2.1 L'espace et le temps	71
2.2 La place de chacun dans la thérapie psychomotrice	72
2.2.1 La place des parents	72
2.2.2 La place de la psychomotricienne et de la stagiaire	73
2.3 Le dialogue tonique	73
2.4 Les apports de la pratique psychomotrice pour accompagner un toucher acceptable	75
2.4.1 L'objet médiateur	75
2.4.2 Une relation corporelle plus directe à travers le massage et le portage	76
Conclusion	78
Bibliographie	

Annexes

Annexe 1 : Schémas d'une coupe histologique de la peau

Annexe 2 : La voie somato-sensorielle

Annexe 3 : Les Brunet Lézine Révisés de Colin et Timothée

Annexe 4 : Les différents types de portage

INTRODUCTION

Alors que dans notre culture occidentale, le toucher est de plus en plus codifié et limité, il semble que, plus il se pose des restrictions au toucher dans les relations humaines, plus il apparaît sous des formes alternatives. C'est comme si nous avions besoin d'un minimum de contact pour notre bien-être émotionnel et physique, de sorte que nous en trouvons des modes acceptables.

Le besoin de contact a peut être été sous estimé jusqu'à présent. Cependant, l'importance des fonctions tactiles de la peau dans le comportement humain n'est pas passée complètement inaperçue. Elles transparaissent de façon évidente dans de nombreuses expressions du langage oral. Pour flatter quelqu'un, on parle de « le caresser dans le sens du poil », certaines personnes ont une susceptibilité à « fleur de peau » et on peut « avoir quelqu'un dans la peau ». Dans le langage courant, on utilise également le mot « toucher » pour exprimer une émotion : on peut « être touché » par quelqu'un ou un évènement.

Petit à petit notre culture redécouvre les bienfaits du toucher. Certaines personnes peuvent même éprouver le besoin de réapprendre à toucher car cela les rend mal à l'aise et elles y sont réticentes. On pratique le massage des bébés à peu près partout dans le monde depuis des milliers d'années, mais il n'a atteint que récemment le monde occidental.

Ayant constaté l'importance du toucher dans la prise en charge psychomotrice auprès des enfants de 0 à 3 ans, j'ai choisi d'aborder la réticence que certains enfants peuvent éprouver vis à vis de celui-ci.

Nous nous interrogerons sur la manière d'aborder le toucher auprès d'enfants présentant des difficultés vis à vis du contact physique.

Pour y répondre je vais dans un premier temps définir la peau, le toucher et leurs fonctions respectives. Puis je montrerai l'importance du toucher dans la petite enfance. Dans un second temps, je présenterai l'unité mère-bébé et le travail de la psychomotricienne avec des enfants de moins de trois ans et leurs parents, avant d'évoquer les situations cliniques à la base de ma réflexion. Enfin, je ferai part de mon expérience personnelle et des moyens que j'ai pu mettre en place dans la prise en charge d'enfants ayant un vécu particulier avec les contacts physiques.

PARTIE THEORIQUE

La peau étant l'organe du toucher, il convient de rappeler ses origines, ce qui la constitue, ses rôles biologiques et son implication dans les sensations et les perceptions que nous en avons. Après quoi nous définirons le toucher et ses fonctions, en situant sa place dans l'histoire de l'individu. Enfin, j'aborderai plus précisément son importance dans les premières relations mère-enfant et dans la vie quotidienne, au travers de différentes notions tel que l'attachement, le Moi-peau, le holding, le handling et le dialogue tonico-émotionnel, et en dévoilant ses multiples facettes.

1. La peau, organe du toucher

La peau est un tissu, une membrane souple et résistante qui enveloppe tout le corps de façon continue. C'est l'organe le plus étendu, le plus ancien et le plus sensible. Mais surtout, il est vital car sans peau l'homme ne peut pas vivre, alors qu'il survit à la perte des autres organes des sens. Surface de contact et d'échange, la peau permet une communication de l'être humain à son environnement et ce depuis sa vie intra-utérine.

1.1 Embryogénèse et perceptions tactiles

La peau est le premier organe des sens à se mettre en place durant la période embryonnaire. Vers 8 semaines de gestation, la peau de l'embryon humain est déjà très développée. Or, « *il existe une loi générale en embryologie, qui veut que plus une fonction se développe tôt, plus il est probable qu'elle sera fondamentale* » (MONTAGU A. , 1971, p 10). Ainsi, la peau dont la mise en place intervient de façon très précoce joue un rôle important.

Au stade de la deuxième semaine de vie, l'embryon est constitué de trois feuillets embryonnaires : l'endoblaste, le mésoblaste et l'ectoblaste, dont tout l'organisme va dériver. Le derme est issu du mésoblaste alors que l'épiderme et le système nerveux sont issus du même tissu embryonnaire : l'ectoblaste. Il existe donc de manière très précoce une relation entre les fibres nerveuses et les cellules cutanées, qui demeurera tout au long de la vie de l'individu.

Le système de perception tactile se développe tôt au cours de la vie intra-utérine. En effet, à la 20^{ème} semaine de gestation, les mécanorécepteurs sont présents dans tout le corps. Ainsi, la sensibilité aux pressions, aux variations de température et à la douleur existe dès la vie fœtale.

A la naissance, l'épiderme est capable d'assurer une fonction barrière identique à celle d'un adulte. Le derme est plus mince avec une organisation moins mature des réseaux de collagènes et est moins élastique que chez un adulte.

A la naissance, le bébé n'est donc pas arrivé au terme de sa maturation. « *La sensibilité complexe de l'épiderme (tactile, thermique, algique) reste longtemps diffuse et ne se différenciera que plus tard chez le tout petit* » (GOLSE B. et OUSS E. , 1991, p 168). Il faut des mois pour que son système nerveux achève de s'organiser en un système complexe. « *C'est en grande partie grâce à la stimulation des organes des sens que son « intelligence » se développe ; chez le bébé, celle-ci n'est pas encore d'ordre intellectuel, mais plutôt d'ordre sensoriel, moteur et perceptif. Aussi est-ce par son corps que l'enfant s'ouvre aux êtres et au monde, dans un désir de communication et de jouissance* » (STACKE B. , 1985, p 102).

Pour appréhender les divers rôles de la peau, il est important de connaître ses composants physiques et de comprendre comment les signaux des stimulations sont envoyés de la peau au cerveau.

1.2 Histologie (WESTON W.L. , LANE A.T. et RAOULT R.)

La peau est constituée de trois couches superposées, d'épaisseurs inégales : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. L'épiderme étant la couche la plus superficielle de la peau. (annexe 1)

1.2.1 L'épiderme

L'épiderme est fait de couches de cellules superposées dont les plus profondes sont molles et les plus externes cornées. Au niveau de la couche basale, les kératinocytes qui représentent plus de 95 % des cellules de l'épiderme, se multiplient rapidement et migrent progressivement vers la couche cornée en se différenciant : elles perdent leur noyau, s'aplatissent et s'emplissent d'une protéine appelée kératine. Ce phénomène de kératinisation est permanent. Les cellules cornées desquament au rythme de la multiplication des kératinocytes.

En remontant les couches de l'épiderme, si l'on part de la plus profonde, on trouve successivement :

La couche basale qui est amarrée sur la jonction dermo-épidermique et qui contient des mélanocytes produisant de la mélanine. Celle-ci est absorbée par les cellules avoisinantes et donne à la peau sa pigmentation.

La couche épineuse est une couche polycellulaire. Elle contient des cellules de Malpighi entre lesquelles se dispersent des grains de mélanine et des cellules de Langerhans. Ces dernières sont des cellules immunocompétentes qui assurent les fonctions immunitaires de la peau.

La couche granuleuse contient des kératinocytes qui commencent à s'aplatir et dont la membrane plasmique devient de plus en plus épaisse.

La couche cornée, totalement kératinisée, dont les cellules sont attachées les unes aux autres par les lipides intracellulaires.

L'épiderme ne contient aucun vaisseau et reçoit ses nutriments par diffusion passive du derme situé juste en dessous.

1.2.2 Le derme

Le derme est un tissu conjonctif composé de fibres de collagène et de fibres élastiques. Ces fibres lui confèrent ses capacités de résistance mécanique et d'élasticité. Grâce aux fibres élastiques la peau est extensible ; elle peut revenir à sa taille normale après étirement. Le derme, composé également de mastocytes et d'adipocytes, abrite les follicules pilo-sébacés, les terminaisons nerveuses, les glandes sudoripares, les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Ceux-ci réalisent la régulation calorique, les fonctions immunes et la nutrition de la peau. Le derme superficiel est constitué de papilles qui absorbent activement certaines substances, puis vient le chorion, couche profonde du derme, avant d'arriver enfin à l'hypoderme.

1.2.3 L'hypoderme

L'hypoderme est le feuillet le plus profond de la peau. C'est un tissu fibreux et adipeux. On y trouve des vaisseaux, des nerfs, des faisceaux de collagène et quelques fibres élastiques. Il donne à la peau souplesse et mobilité tout en protégeant le corps des variations de température et en lui apportant une réserve nutritive importante.

Deux des couches de la peau, le derme et l'épiderme, abritent des annexes épidermiques.

1.2.4 Les annexes épidermiques

Les annexes épidermiques comprennent les glandes sudoripares, l'appareil pilosébacé traversant le derme et l'épiderme, et les ongles.

-Les glandes sudoripares sont de deux types : les glandes sudorales eccrines baissent la température corporelle par le biais de l'évaporation de sueur eccrine tandis que les glandes sudorales apocrines produisent une sueur en réponse au stress ou à un stimulus sexuel.

-L'appareil pilosébacé est constitué d'une part du poil et du follicule pileux (invagination épidermique où s'implante un poil.), d'autre part des glandes sébacées, productrices de sébum. Le sébum a pour rôle de protéger la peau et lui assure souplesse et hydratation.

Enfin, la peau contient également de nombreux récepteurs sensoriels.

1.3 Les récepteurs sensoriels

La peau est l'organe sensoriel du tact renseignant sur les propriétés des objets que l'on touche. Les sensations du toucher sont plus complexes que celles de la vue ou de l'ouïe, puisqu'elles proviennent d'au moins deux des cinq stimuli fondamentaux : le contact, la pression, le froid, le chaud et la douleur.

Les sensations tactiles sont transmises par des terminaisons nerveuses. En effet, chacun des récepteurs est constitué par la naissance d'un nerf sensoriel, dit centripète, qui transmet au cortex les informations venues de l'extérieur. Ce sont ces récepteurs sensoriels spécifiques qui, quelle que soit la sensation reçue, recodent les stimulations mécaniques, thermiques, chimiques voire électriques puis les transmettent par l'influx nerveux au cortex.

Le tact est à l'origine de sensations cutanées variées, qui disposent chacune de récepteurs spécifiques répartis sur toute la surface de la peau. Leur concentration particulière suivant les régions, offre des seuils de sensibilité différents suivant les parties du corps. Chaque type de récepteur possède un seuil particulièrement bas pour un type de stimulus sensitif mais il n'en a pas l'exclusivité.

On peut répartir les récepteurs sensoriels en quatre groupes : les récepteurs du toucher, de la proprioception, de la température et de la douleur.

1.3.1 Les récepteurs du toucher

Les sensations tactiles sont provoquées par une déformation du tégument sous l'action d'un stimulus mécanique. Les récepteurs, donnant naissance aux sensations tactiles, sont soit des terminaisons nerveuses libres, soit des terminaisons encapsulées.

Le corpuscule de Meisner et le corpuscule de Pacini sont des terminaisons encapsulées, récepteurs de sensations mécaniques. On parle de mécanorécepteurs. Au niveau de ces récepteurs sensoriels a lieu le décodage d'un phénomène mécanique en phénomène électrique qui se traduit en code nerveux. Leur différence tient au fait que les corpuscules de Meisner se situent dans une couche superficielle du derme et sont donc sensibles à des contacts légers, alors que les corpuscules de Pacini se situent dans l'hypoderme et sont sensibles à des pressions fortes. Tous deux réagissent aux vibrations. Ces deux sortes de corpuscules interviennent pour régler indirectement le tonus musculaire d'après les sensations mécaniques reçues. Ce sont des récepteurs à adaptation rapide, ils ne signalent que l'application du stimulus.

L'ensemble « cellules de Merkel – terminaison nerveuse » forme le disque de Merkel. Les cellules de Merkel agissent comme des transmetteurs et récepteurs sensoriels du fait de leurs associations avec des terminaisons nerveuses. Les disques de Merkel se trouvent sous la surface de la peau et réagissent aux pressions constantes et continues. Ce sont donc des récepteurs à adaptation lente dont la sensibilité est très élevée. Ainsi, ils délivrent des messages réguliers, permettant un contrôle soutenu des sensations provenant de l'environnement.

Enfin, certaines terminaisons nerveuses libres sont particulièrement sensibles aux mouvements rapides de stimulus appliqués sur la peau et d'autres sont activées par des mouvements lents au cours desquels le stimulus a besoin d'un temps de contact prolongé avec la surface du derme pour être signifiant au niveau des récepteurs.

Tandis que les récepteurs du toucher nous renseignent sur les contacts qui s'exercent sur la peau, les récepteurs de la proprioception nous renseignent sur la position, les déplacements et les stimulations issues de l'activité des organes ou des segments corporels.

1.3.2 Les récepteurs de la proprioception

La proprioception s'établit en particulier à partir des sensations kinesthésiques. Elle est le sens de la sensibilité profonde, et renseigne sur le positionnement d'une articulation sans le mouvement et sans la vue.

La kinesthésie renseigne sur la position et les déplacements des différents segments du corps. Elle implique différents types de récepteurs :

- les récepteurs du fuseau musculaire et les récepteurs de Golgi et de Ruffini sont sensibles à la modification de la longueur du muscle et indiquent la vitesse de distension musculaire ;
- les mécanorécepteurs tendineux ligamentaires et les récepteurs de la capsule articulaire sont sensibles aux changements de position des articulations, à la vitesse angulaire et à la tension musculaire sur l'articulation.

La peau possède aussi des récepteurs sensibles à la température qui vont avertir le sujet de dangers potentiels.

1.3.3 Les récepteurs de la température : thermorécepteurs

Les récepteurs thermiques sont les corpuscules de Krause et de Ruffini.

Les Corpuscules de Krause se situent à la partie supérieure du derme. Ils se présentent sous la forme d'une capsule contenant les terminaisons d'une fibre nerveuse. Les Corpuscules de Ruffini ont sensiblement la même structure que les corpuscules de Krause, mais sont situés plus profondément dans le derme. Selon L.VAIVRE DOURET, la distinction entre récepteurs au chaud et récepteurs au froid ne repose sur aucune structure anatomique identifiable. Cependant, les récepteurs de Ruffini répondent aux stimulations comprises entre 30 et 43°C, tandis que les récepteurs de Krause répondent aux stimulations comprises entre 20 et 35°C. Notons que la perception des températures par l'homme est subjective, elle est liée à la température initiale.

Ces thermorécepteurs comme tous les récepteurs sensoriels sont également sensibles à la douleur.

1.3.4 Les récepteurs de la douleur : les nocicepteurs

La douleur est une sensation caractérisée par sa localisation, son intensité et sa durée. Outre la sensation perçue, apparaît une réponse réflexe de fuite ou de retrait, ainsi que toute une série de variations physiologiques dues à la mise en jeu du système émotionnel. Ainsi, lorsque nous avons mal, c'est en l'endroit atteint sans doute, mais c'est tout le corps qui réagit.

Les nocicepteurs répondent à des stimulations thermiques et mécaniques intenses, ou encore à des substances chimiques irritantes. D'une façon générale, l'excitation excessive des nerfs sensitifs, ou corpuscules spéciaux, donne naissance à la sensation douloureuse. Alors que les sensations de tact ou de compression ainsi que les sensations thermiques ont des récepteurs sensoriels spécifiques, la douleur physique peut être transmise par tous les récepteurs sensoriels ainsi que par les nerfs sensitifs. Il n'existe donc pas de récepteurs spécifiques de la douleur.

Notons que la sensibilité nociceptive de l'enfant est au moins égale, sinon supérieure, à celle de l'adulte.

Ces différents types de récepteurs que nous avons décrits vont transmettre des informations au cortex selon un circuit bien déterminé.

1.4 La voie somato-sensorielle (annexe 2)

Il existe deux types de systèmes traitant des flux sensoriels : le système sensori-moteurs archaïque et le système récent par lequel je commencerai.

Les stimulations cutanées sont transmises à la moelle épinière le long des afférences provenant des récepteurs. Celles-ci vont faire synapse avec les interneurons de la corne postérieure de la moelle, c'est le premier relais somesthésique. Les afférences transmettent au cerveau les informations nécessaires à la perception des sensations et constituent à la fois des voies spécifiques et non spécifiques.

Les voies spécifiques de la sensibilité somatique d'un hémicorps se projettent dans l'hémisphère cérébral opposé. Les terminaisons de chaque fibre les composant sont groupées dans le cortex somesthésique en fonction de la localisation des récepteurs.

Les voies spécifiques afférentes de la somesthésie, sont de deux sortes :

-La voie extra-lemniscale, composée de fibres de petit diamètre et non myélinisées, véhicule de façon lente la sensibilité algique, thermique et le tact grossier. Cette voie est un système d'alarme chargé de la protection de l'organisme. Elle contribue également aux réactions d'éveil et d'attention nécessaires à la prise de conscience d'une stimulation.

-La voie lemniscale emprunte le ruban de Reil ou lemnisque médian. C'est une voie rapide composée de fibres de diamètre moyen et myélinisées. Le système lemniscale véhicule de façon rapide le tact fin, la sensibilité vibratoire et proprioceptive. Il fournit ainsi des informations extrêmement précises indispensables à l'exploration des formes comme à l'adaptation des gestes.

Les voies non spécifiques donnent, quant à elles, une information générale sur le niveau d'excitabilité.

Ces voies spécifiques et non spécifiques arrivent au tronc cérébral et au thalamus (structures relais), puis au cortex somesthésique primaire situé dans le lobe pariétal.

Enfin, l'information afférente se rend depuis ces zones du cortex jusqu'au cortex associatif contenant les aires gnosiques qui vont permettre au sujet de reconnaître l'origine, la nature et la signification des messages sensitifs.

La proportion des aires tactiles du cerveau donne un aperçu de l'importance des fonctions tactiles dans le développement de l'individu. Les zones très innervées, comme le bout des doigts et les lèvres, occupent plus d'espace dans le cortex que le dos. Ce dernier fait est particulièrement intéressant puisque c'est justement par les doigts et les lèvres que le bébé fait l'essentiel de ses premières explorations du monde et par là même les prémices de son apprentissage.

Le système archaïque concerne entre autre le système limbique qui est en relation directe avec les dimensions émotionnelles et traite des aspects qualitatifs des stimulations. En faisant référence aux souvenirs, il sélectionne les informations sensorielles importantes et les comportements les plus adaptés aux circonstances et à l'individu.

1.5 Les rôles biologiques de la peau

« Notre peau est ce qui nous sépare du monde. Que l'on y pense seulement : rien, en nous, n'est en contact avec autre chose que nous, si ce n'est notre peau. Sans doute nous emprisonne-t-elle, mais elle nous donne aussi notre forme individuelle » (ACKERMAN D. , 1990, p 90).

La fonction barrière de la peau est principalement assurée par la couche cornée. C'est la configuration des cellules qui la composent, aplaties et fortement adhérentes les unes aux autres, qui réduit l'accessibilité des germes pathogènes et des toxiques aux couches profondes de l'épiderme. « (...) *son élasticité amortit les chocs. Son imperméabilité retarde l'action des substances corrosives. Sa mauvaise conductibilité retarde le refroidissement. Sa sensibilité entraîne des réflexes de lutte contre les excès de température (frisson, sudation). C'est une barrière efficace contre la pénétration des microbes* » (VAIVRE DOURET L. , 2003, p 106). Cependant, si des microbes arrivent à traverser la couche cornée, ils seront détruits dans la partie moyenne de l'épiderme par réaction immunitaire.

La peau protège le corps de la déshydratation mais contribue également à réguler sa température ainsi que son métabolisme en eau et en sel, par le mécanisme de la transpiration. La peau est l'organe d'échange avec l'extérieur du corps. Elle se comporte comme une membrane semi-perméable vis-à-vis des substances qui sont susceptibles de la pénétrer. Par ses pores, elle permet la respiration cutanée, l'élimination de la sueur et peut absorber certaines substances. Ainsi, elle assure une double fonction de diffusion active ; des substances peuvent être refoulées dans le milieu extérieur ou pénétrer dans l'organisme.

Enfin, la peau est un organe sensoriel, l'organe du toucher. C'est cette fonction qui nous intéresse plus particulièrement et que nous allons donc développer.

2. Le toucher

La peau est l'organe du tact et donc du toucher. Mais qu'est ce que le toucher ? Quand est il présent dans la vie d'un être humain ? Qu'implique-t-il et quelles sont ses fonctions ?

Définition du toucher

Selon le *petit Larousse*, le toucher désigne le sens par lequel on reconnaît, au moyen d'un contact direct, la forme et l'état extérieur des corps par la mise en jeu des cinq sensations : contact, pression, chaleur, froid, douleur. Dans son acception courante, « toucher » signifie entrer en

contact physique, mettre la main au contact de quelque chose, de quelqu'un. Mais c'est également recevoir, se sentir concerner, s'émouvoir, blesser ou être blessé, entrer en relation et communiquer.

Selon Guy LAZORTHE, le tact et le toucher ne sont pas synonymes. « *Le sens du toucher est concentré dans la main ; toucher signifie en effet prendre contact avec quelqu'un ou quelque chose par mouvement ; or seule la main se déplace* » (LAZORTHE G. , 1986, p 23).

Le toucher est le premier mode de communication. Il peut être considéré comme le sens le plus important de l'être humain. Il implique toujours la présence conjointe et immédiate de deux corps. En effet, l'œil peut voir sans être vu, l'oreille écouter sans être entendue, mais la main ne peut toucher sans être elle-même touchée. Le toucher est le seul de nos sens qui soit réciproque. De plus, c'est également le seul à posséder une structure réflexive : la perception tactile est double car l'enfant qui touche son corps a une partie qui est touchée et une autre qui touche. Contrairement à la vue et à l'ouïe, le toucher nous fait ressentir les choses à l'intérieur de nous-mêmes.

Selon A.MONTAGU, « *bien que le toucher ne soit pas en soi une émotion, ses éléments sensoriels induisent des changements d'ordre nerveux, glandulaire, musculaire, mental qui l'apparentent à une émotion. Pour cette raison, le toucher n'est pas ressenti comme une simple modalité physique, une sensation, mais effectivement comme une émotion* » (MONTAGU A. , 1971, p 86).

Mais quand et comment ce « toucher émotion » naît-il ? Que devient ce toucher au cours du développement ? C'est à ces questions que nous allons tenter de répondre.

2.2 Ontogenèse du toucher

« *Sentir...*

Sentir c'est, par le nez, percevoir le monde au-delà de ce que peut atteindre la main.

Entendre, c'est explorer encore plus loin.

Et voir, ah ! Voir...c'est avec les yeux caresser l'univers à des milliers de lieues à la ronde.

Chaque sens nous dit le monde. Son monde. Et le mélange se fait.

Chaque sens repousse les frontières un peu plus loin, faisant l'univers plus vaste, plus varié et plus riche.

Mais toucher, c'est par là que, très simplement, tout a commencé » (LEBOYER F. , 1976, p 22).

2.2.1 Le milieu intra-utérin

Lorsque la femme est enceinte, elle ne fait qu'un avec son bébé relié à elle par son cordon ombilical. Au cours du cinquième mois de grossesse, la mère perçoit les premiers mouvements fœtaux. Le bébé qu'elle a imaginé s'incarne alors de plus en plus et elle établit une relation avec lui au travers de sensations tactiles qui constituent la première voie de communication sensorielle. *« Les bébés sont compétents bien avant de naître. Ils sont équipés d'une organisation neuropsychologique qui les rend aptes, avant toute expérience, avant tout apprentissage, à percevoir, traiter et structurer les informations venues de leur environnement »* (CYRULNIK B. , 1989, p 30). Dans l'utérus, le fœtus ressent des vibrations, des pressions et y réagit. Ainsi, l'histoire du bébé commence bien avant sa naissance. Les informations perçues par le fœtus participent à son développement.

Durant la gestation, le fœtus grandissant, la quantité de liquide amniotique diminue, ce qui multiplie ses échanges tactiles avec la paroi utérine. In utero, la surface cutanée du fœtus reçoit des stimulations provenant des changements de position, des activités de la mère, des mouvements du diaphragme liés à la voix maternelle mais également des mouvements propres du fœtus. Ainsi, tout au long de la gestation, la peau du bébé est caressée par ce fluide dans lequel il est immergé. Cette constance de la stimulation rend la peau extrêmement sensible dès la naissance. On comprend donc qu'elle soit l'organe vecteur prépondérant de la relation du nouveau-né à son environnement.

Dans le ventre maternel, les parois de l'utérus et le liquide amniotique enveloppent et soutiennent le bébé, lui donnant des sensations rassurantes. Le bébé gardera en mémoire ces sensations du contact de sa tête avec l'utérus par exemple. Les retrouver après la naissance pourra lui rappeler sa vie in utero et l'aider à s'apaiser. En effet, à la naissance, le nouveau-né fait l'expérience d'un environnement plus ou moins sans limites. A l'accouchement, les contractions de l'utérus stimulent la peau du bébé. Elles le préparent à son mode de fonctionnement postnatal : respiratoire, génital et gastro-intestinal. L'enfant naissant perçoit, dans son être et sur toute sa surface corporelle, qu'une distinction des corps s'opère. Du fait de son rôle dans l'expulsion, la mère est plus à même de renoncer au contact avec l'enfant, de l'intérieur, au profit d'un contact peau à peau. Le passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine, un monde inconnu et froid

comparé à la chaleur du ventre maternel peut générer un stress. Le nouveau né se sent « perdu », il a besoin de la présence sécurisante de sa mère pour découvrir ce nouveau monde de manière sereine.

Tout au long de la grossesse, la mère et l'enfant sont en contact permanent. A la naissance, chacun d'eux a besoin d'être rassuré par la présence de l'autre. Comment l'enfant et sa mère s'adaptent-ils à cette nouvelle situation ?

2.2.2 Autour de la naissance

Face à l'arrivée du bébé dans ce nouvel environnement, la mère a un rôle important qui consiste entre autre à recréer le « confort » que connaissait son bébé in utero, en l'enveloppant, en le berçant et en le tenant tout contre elle. En plaçant le nouveau-né nu sur la mère dans les premières heures qui suivent la naissance, on permet une première rencontre tactile de la mère à son bébé à travers le toucher. L'effleurage de son enveloppe de façon douce et légère lui permet de retrouver des sensations rassurantes lui rappelant sa vie intra-utérine. Du côté maternel, la main qui touche peut être comprise comme une tentative pour diminuer la séparation spatiale et physique vécue suite à l'accouchement. « *Le langage d'amour de ses parents, incompréhensible pour lui sous sa forme verbale, prend tout son sens par l'intermédiaire de la peau qui recueille la tendresse du toucher* » (STACKE B. , 1985, p 99). On ne peut pas se contenter de nourrir le bébé et de lui prodiguer les soins indispensables. Il arrive que l'enfant pleure uniquement pour qu'on le prenne dans les bras, car il n'a pas faim mais soif de contact, de portage sécurisant et de l'odeur de sa mère.

Selon A.MONTAGU, le petit enfant, naissant inachevé d'un point de vu neurologique, dépend totalement de son nouvel environnement pour sa survie et la poursuite de son développement hors de la matrice. La gestation n'est pas terminée à la naissance, l'utérogestation (gestation à l'intérieur de la matrice) se prolonge en extérogestation (gestation à l'extérieur de la matrice). Pour A.MONTAGU, l'extérogestation consiste à maintenir un contact étroit de l'enfant avec le corps de sa mère et à poursuivre la relation mère-enfant nécessaire à leur développement et en particulier à celui de l'enfant. Désormais se crée une enveloppe maternelle, avec laquelle les contacts seront non permanents, adaptés à la mère et à son bébé. Le nouveau-né peut sucer son pouce ou une tétine afin de mieux supporter la séparation d'avec sa mère. C'est ce que D.W. WINNICOTT (1971) appelle le « *phénomène transitionnel* ».

Dans la petite enfance, la mère et l'entourage communiquent essentiellement avec l'enfant par l'intermédiaire du corps mais également par des paroles, des mimiques et des regards. C'est par la peau et par la bouche que l'enfant établit ses premières relations avec le monde extérieur et en particulier avec sa mère. Puis, c'est par ses mains qu'il prend contact avec les choses et les personnes. La main contribue à constituer ce que D.STERN appelle l'espace proche.

Vient ensuite l'espace locomoteur ; par l'acquisition de la marche, l'enfant va pouvoir découvrir le monde, notamment en le touchant.

2.2.3 La soif du toucher

Pour qu'un enfant puisse aller de l'avant en toute confiance, pour qu'il soit curieux et ouvert sur le monde, il a besoin de beaucoup d'amour, de sécurité et de disponibilité de la part de ses parents. Cela passe d'abord par le contact physique. Comme pour toutes nouvelles expériences dans le monde extérieur, au moment de l'apprentissage de la marche, l'enfant a besoin de retrouver la sécurité maternelle par des rapports corporels. Cette sécurité permet à l'enfant d'oser faire à nouveau ses premiers pas ; ceux-ci le mettent dans une situation d'insécurité tout en le conduisant vers son autonomie.

Dès que l'enfant sait marcher, il multiplie ses incursions dans l'espace environnant. Cependant, son indépendance est encore incertaine, car il doit maintenir un contact visuel avec sa mère, ou au moins savoir où elle est, pour se sentir en sécurité. La mère est le centre de la sécurité de l'enfant. CLAY (cité par A.MONTAGU) utilise le concept de « *distance de comportement* » pour exprimer l'éloignement de la mère que peut accepter en toute sécurité l'enfant qui se déplace. Lorsque l'enfant grandit, sa « *distance de comportement* » s'accroît. L'enfant dépend de moins en moins du contact physique avec sa mère.

Le petit enfant porte tout à la bouche et touche à tout pour avoir des sensations. C'est par ces contacts tactiles qu'il s'instruit ; au début de la vie, l'expérimentation par le toucher prévaut sur l'expérience visuelle. Par la suite, les interdits posés par les parents qui vont restreindre l'enfant en vue de son autoconservation par rapport aux objets dangereux et aux pulsions (agressives ou sexuelles). D.ANZIEU définit le double interdit du toucher par :

-L'interdit primaire porte sur la fusion des corps, le retour dans le sein maternel. Il s'oppose à la pulsion d'attachement. Cet interdit est signifié par l'éloignement de la mère par rapport à son enfant ;

-Le second interdit du toucher concerne le toucher avec la main, c'est un interdit sélectif où les plaisirs procurés par le toucher doivent respecter le principe de réalité et les règles morales et sociales. Cet interdit s'oppose à la pulsion d'emprise : on ne peut pas toucher à tout, être maître de tout.

En grandissant l'enfant va pouvoir se tenir assis seul puis marcher, s'habiller et se déshabiller. Ayant moins besoin de sa mère, il est moins porté et donc touché par celle-ci. Il va perdre en contact ce qu'il gagne en autonomie. Cependant il reste toujours les bisous et les câlins pour se dire « bonjour » et « bonne nuit ». Grâce à son autonomie notamment locomotrice l'enfant va pouvoir provoquer ou refuser le contact.

La place des contacts corporels chez un enfant et un adulte est bien différente. A mesure que les enfants grandissent, le contact physique est de plus en plus restreint, du moins celui des parents ou des adultes envers les enfants.

2.2.4 Le toucher chez l'adulte

Dans notre culture, au cours de l'évolution de l'individu, les contacts physiques vont avoir tendance à diminuer et surtout à se codifier. On peut dire que le toucher est sans doute le plus réprimé de tous les sens. Le contact physique est de moins en moins présent mise à part la poignée de mains, de la plus chaleureuse à la plus rapide et banale.

E.T. HALL a défini différents espaces dont l'espace informel qui comprend quatre types de distances observées dans les contacts avec autrui : la distance publique, sociale, personnelle et intime. Les sentiments réciproques des interlocuteurs à l'égard l'un de l'autre interviendront dans la détermination de leurs distances mutuelles.

Avec l'âge, le toucher se situe essentiellement dans un cadre lié aux marques d'affection (familiale, amicale...). Avec le partenaire sexuel, le toucher joue un rôle spécifique. Selon A.MONTAGU, le sexe a d'ailleurs été appelé la forme la plus haute de toucher. L'activité sexuelle est dans beaucoup de cas une tentative pour satisfaire le besoin de contact physique plus que la recherche d'un plaisir sexuel. Sur beaucoup de points la relation sexuelle reproduit la relation d'amour mère-enfant. D'après A.MONTAGU, les femmes se sont toujours plaintes du manque de

tendresse des hommes. Cela n'est il pas en lien avec leur manque d'expérience tactile précoce ? En effet, nous verrons que dans l'enfance les filles et les garçons ne reçoivent pas les mêmes touchers.

« Plus certaines personnes avancent en âge et plus elles ont envie d'être touchées, mais l'opportunité d'être touché par ses amis ou sa famille se réduit considérablement parce que beaucoup de gens n'aiment pas toucher les gens âgés » (FIELD T. , 2001, p 48).

Ainsi, la « boucle est bouclée ». Cette évolution du toucher se retrouve chez la plupart des êtres humains ; cependant, chaque individu a un vécu particulier avec le toucher lié à son expérience, à son histoire.

2.3 L'histoire du toucher

En fonction du maternage des parents, l'enfant va pouvoir développer son aptitude à l'amour et au maternage. En effet, *« l'instinct maternel n'est ni spontané ni naturel chez une femme qui n'a pas connu ce maternage durant sa petite enfance. Lorsque à son tour elle est mère, elle se sent souvent maladroite, incompetente et inquiète en s'occupant de son enfant » (STACKE B. , 1985, p 100).* C'est en étant caressé, porté, embrassé, bercé et aimé que l'enfant va apprendre à faire de même pour les autres. C'est pourquoi les réactions de la mère devant son nouveau-né dépendent en grande partie de sa propre expérience comme bébé, puis comme enfant, et, dans une moindre mesure, de son éducation et de sa maturité. Si la mère n'a pas appris ce qu'est un comportement maternel, soit en le vivant en tant que bébé, soit par apprentissage, elle se révélera probablement maladroite.

« L'adulte dans les soins qu'il prodigue à la peau enfantine recrée une histoire, son histoire se confondant avec celle de l'enfant dont la peau, et ce qui s'y inscrit, est un langage » (SERRERO A. et CALMY-GUYOT G. , 1983, p 13). Ne pourrait-on pas dire que la rareté des touchers dans la relation parents-enfant transmet également à l'enfant quelque chose de l'histoire des parents ?

Le toucher est important mais ce n'est pas parce que les femmes n'ont pas été touchées qu'elles ne pourront pas toucher et être de bonnes mères. D.N. STERNE nous dit : « Plus vous

arriverez à comprendre et à accepter votre relation avec votre mère, moins vous aurez tendance à la reproduire bêtement. » Il n'y a pas de fatalité.

C'est ce que B.CYRULNIK (2001) tente d'expliquer à travers le concept de résilience. La résilience est le fait de pouvoir se défendre et de savoir rebondir, d'aller de l'avant après avoir subi des situations difficiles. Elle résulte de l'interaction permanente de facteurs personnels et extérieurs, et en particulier de la présence d'un tuteur, autour duquel l'enfant peut tisser activement sa résilience. Pour être résilient, la personne doit avoir une attitude positive et éviter de se prendre pour une victime.

Mais, les autres sens ont également leur importance. La mère fournit à son enfant des stimulations auditives, visuelles et tactiles, à tout instant : lorsqu'elle lui parle, le porte, joue avec lui, ou simplement lorsqu'elle est visuellement présente.

Le toucher est un véritable outil de communication avec le bébé. Il est indispensable à l'enfant pour une bonne structuration de son mode relationnel. « *La peau nous rappelle que l'être humain est un être de contact, et que la communication par le toucher est nécessaire à sa construction, à son élaboration, à son bon équilibre* » (COLONNA-CESARI C. , 1990, p 25). Mais le toucher a également bien d'autres fonctions.

2.4 Les fonctions du toucher, du tact

Le toucher joue un rôle dans à peu près tout ce que nous faisons. « *Si nous ne possédions pas le sens du toucher, nous ne pourrions pas nous mouvoir dans notre environnement. Nous pensons en général que ce sont nos mains qui nous fournissent l'essentiel de l'information tactile parce qu'elles nous servent à manipuler les objets, mais tout ce que nous faisons y compris nous asseoir, marcher, embrasser et ressentir de la douleur, dépend du sens du toucher* » (FIELD T. , 2001, p 109).

La croissance de la peau, son développement, qui se poursuit tout au long de la vie, l'épanouissement de sa sensibilité et le développement du système nerveux de l'enfant dépendent en grande partie des stimulations tactiles qu'il reçoit de l'environnement. A.MONTAGU a noté l'importance des stimulations tactiles sur le fonctionnement et le développement de l'organisme. Il se demande si la mort subite du nourrisson ne viendrait pas en partie d'une insuffisance dans les stimulations sensorielles et en particulier les stimulations tactiles.

D.W. WINNICOTT, J.BOWLBY, R.SPITZ et les observations de A.MONTAGU ont mis en évidence le rôle primordial du contact cutané de la mère et l'enfant pour le développement psychique et moteur de ce dernier. Le psychique s'établit à partir du biologique, plus l'enfant est jeune plus il y aura des mouvements entre le somatique et le psychique.

La tangibilité de la mère est ce qui rassure le plus l'enfant, car, en fin de compte, nous ne croyons à la réalité d'une chose que lorsque nous la « touchons du doigt ». Le toucher témoigne de la réalité des choses et des personnes qui nous sont extérieurs, de façon objective. Prendre quelqu'un dans ses bras permet de lui communiquer son amour et donc de lui donner un sentiment de sécurité. Celui-ci est nécessaire à l'harmonie de son développement affectif, cognitif et social.

« Le tout-petit reçoit les gestes maternels comme une communication chargée de sens : attention, intérêt, tendresse, amour : dis-moi comment tu me touches et je saurai qui tu es, mais aussi qui je suis. Ces gestes, messages ou massages, s'imprègnent en lui, construisant peu à peu la façon dont il va vivre son enveloppe corporelle, puis se vivre lui-même » (COLONNA-CESARI C. , 199, p 37). Les contacts entre la mère et l'enfant, par les sensations qu'ils lui procurent permettent à l'enfant d'apprendre à se connaître, ils contribuent à la construction de son identité.

Selon J. de AJURIAGUERRA, les informations d'origine cutanée et les automanipulations du corps propre, qui font partie du développement du nourrisson, contribuent à l'élaboration du schéma corporel. Selon F.DOLTO, les contacts du corps avec le monde physique participent à la constitution du schéma corporel. Ce dernier est propre à l'espèce, évolutif dans le temps et l'espace, et se structure par l'apprentissage et l'expérience. En effet, les sensations tactiles vont permettre à l'enfant d'investir son corps.

On a constaté que dans les pays en voie de développement, où les bébés ont généralement plus de contacts physiques que dans les pays industrialisés, leur développement psychomoteur est plus précoce. Les informations d'origine cutanée participent à l'organisation du geste et au contrôle moteur.

C'est par le contact physique avec sa mère que l'enfant établit ses premières relations au monde et ses premières communications. C'est par le toucher que l'enfant va faire l'expérience du monde, de l'autre. Le toucher est en effet le premier moyen d'explorer pour le petit son environnement ; l'enfant va prendre conscience qu'il existe quelqu'un en dehors de lui : la mère, et il se distingue de l'Autre. Par le toucher, l'enfant apprend ce que signifient l'intimité, la proximité, la distance et l'éloignement.

3. L'importance du toucher dans les premières relations mère-enfant

3.1 L'attachement

C'est le psychologue R.ZAZZO qui a mis en évidence un comportement typique des êtres humains : « l'attachement ». Lorsque la mère tient son petit contre elle, il « s'attache » à elle au sens physique et au sens figuré du terme. Le toucher et le contact peau à peau sont des facteurs décisifs de l'attachement mère-enfant. Il désigne un lien d'affection spécifique d'un individu avec un autre. Pour l'enfant en tant qu'être social, l'attachement est le premier mode de relation avec une personne. Il n'y a pas qu'un seul objet d'attachement et il n'est jamais déterminé à l'avance, cet objet n'est pas nécessairement la mère. « *Bien entendu l'enfant ne crée pas seul son objet ou ses objets d'attachement. L'objet se crée dans une coopération constante avec la mère, le père, etc* » (ZAZZO R. , 1979, p 211). Une fois formé, l'attachement a pour nature de durer.

L'attachement est « appris », « *ce qui est inné c'est le besoin d'autrui, le besoin d'attachement et non l'attachement lui-même.* » (Op.cit ; p 210). L'attachement n'est pas une conséquence du besoin de nourriture. Il s'agit d'un besoin primaire c'est à dire qui n'est dérivé d'aucun autre.

Selon J.BOWLBY, il existe une pulsion d'attachement qui est issue d'une tendance innée à rechercher la proximité et le contact avec autrui. Cette pulsion est composée de cinq variables qui vont permettre à l'enfant de tisser un lien avec sa mère et de lui faire comprendre ce besoin de proximité : les pleurs, la succion, l'agrippement, l'orientation (capacité à suivre du regard) et le sourire. Plus tard, c'est par ses déplacements que le nourrisson va maintenir la proximité. « *L'attachement est donc la recherche, par tous les moyens dont dispose l'enfant (cris, tendre les bras, s'accrocher, etc.), de la personne dont la présence lui garantit de ne pas être submergé par une tension excessive, provenant de tous les dangers internes ou externes, et lui assure des stimulations agréables, nécessaires à son développement* » (BOWLBY J. , 2000, p 53).

Selon M.AINSWORTH (cité par R.ZAZZO), l'attachement n'apparaît pas dès la naissance, il se construit progressivement pendant les premières années. Mais T.B. BRAZELTON pense que le tout premier attachement part des premiers mouvements du fœtus perçus par la mère ; parce que l'existence du bébé se concrétise. Ce n'est plus seulement une idée, il est physiquement présent.

Pendant la grossesse, se développe entre la mère et le fœtus une interaction communicative régulière. La conduite d'attachement postnatal se préparerait donc bien avant la naissance.

L'attachement apporte au tout-petit le sentiment de protection, de sécurité dans son corps et dans la vie. Mais, il a également une fonction d'ouverture sur le monde. Les toutes premières réactions du bébé à l'égard de l'étranger sont beaucoup plus souvent d'étonnement, de curiosité, de plaisir, que d'évitement et de peur, sauf lorsque l'étranger est proche et établit un contact psychique. On constate qu'à huit mois, l'enfant n'a pas peur lorsque l'étranger est à une certaine distance de lui. D'après R.ZAZZO, la notion d'angoisse du 8^{ème} mois, de R.SPITZ, est donc actuellement rejetée par les psychanalystes de la prime enfance.

Selon R.ZAZZO, les premiers objets d'attachement de l'enfant sont classiquement les parents. Cependant, la mère et le père ne sont pas pour autant fonctionnellement interchangeables. Le père est plutôt stimulant ; l'enfant semble d'ailleurs plus sensible aux invitations à s'aventurer venues du père qu'à celles venues de la mère. La mère, par les soins, soutiendrait la formation du Moi en permettant de lier, au cours des interactions avec son enfant, émotions et expériences ; elle est plutôt réconfortante.

M.AINSWORTH (cité par R.ZAZZO) décrit des « *patterns d'attachement* » qui seraient l'expression de la qualité relationnelle de l'enfant envers son parent et qui perdurent jusqu'à l'âge adulte avec très peu de changements.

-Le « *pattern secure* » décrit un enfant qui tend à protester lors de la séparation, mais qui accueille le parent à son retour avec soulagement. De plus, il recherche la proximité ou une autre forme de contact, ce qui lui permet ensuite de repartir explorer.

-Le « *pattern insecure-évitant* » décrit un enfant qui semble ne pas avoir besoin de réconfort, ni même être affecté par le départ du parent, qu'il ignore ou évite à son retour. De fait, il est incapable d'utiliser ce parent comme source de réconfort. Ce sont des bébés très calmes.

-Le « *pattern insecure-ambivalent* » décrit un enfant assez perturbé par la séparation. Il cherche le réconfort de sa mère mais son retour ne le sécurise pas. Ce sont des bébés très irritables.

La différence entre un attachement sécurisé et insécurisé est due à l'influence réciproque :

-Du tempérament du bébé sur les personnes de son entourage. Le tempérament se manifeste dès la naissance par des bébés plus ou moins irritables. Les bébés irritables sont plus difficiles à

supporter, ils rendent leur mère anxieuse et moins sensible à leurs signaux. Néanmoins, il peut y avoir une adaptation normale si la mère et l'enfant arrivent à une entente mutuelle ;

-De l'entourage sur le tempérament de l'enfant. L'anxiété de la mère, avant et après la naissance, étant ressentie par l'enfant peut entraîner un attachement insécurisé et un tempérament anxieux ou irritable chez le bébé. La qualité de l'attachement dépend également de la sensibilité de la mère à percevoir les signaux de l'enfant, à les interpréter correctement, à y répondre de façon satisfaisante pour l'enfant. Ceci varie avec les conditions de vie de la mère.

3.2 Les multiples facettes du toucher

3.2.1 La place du toucher en occident

En occident, la puériculture pousse les femmes à avoir une multitude de matériels pour s'occuper de leurs bébés : poussette, table à langer, berceau etc. ; ceux-ci ont tendance à diminuer les relations affectives directes ainsi que les contacts, dont on a souvent oublié le besoin qu'en éprouve l'enfant.

Dans les pays industrialisés, le toucher est moins utilisé comme modes de communications que le regard et la parole. Le bébé peut passer seul dans son parc ou dans son lit la plupart de ses heures de veille et de sommeil contrairement aux enfants des pays en voie de développement qui souvent, sont portés toute la journée.

La stimulation plus ou moins importante de la peau au travers de touchers, de massages explique les différences de sensibilité de la peau d'un individu à l'autre. Le fait de porter des vêtements dès la petite enfance fait que la peau ne peut pas développer toute la sensibilité qu'elle aurait eue si elle n'avait pas été constamment recouverte de vêtements. Cependant, les sensations continues apportées par les vêtements sont sécurisantes pour l'enfant.

3.2.2 Les différents types de toucher

Il existe toute une gamme de contacts avec la peau du nourrisson : contacts du bout des doigts ou de toute la main par effleurement, frottement, pression modulée en force et en durée ; contacts par le souffle envoyé sur le corps du nourrisson, par les lèvres, les baisers ; maintien enveloppant dans les bras avec ou sans balancement.

REVA RUBIN (citée par A.MONTAGU) a décrit une certaine progression dans les contacts de la mère avec son nouveau-né. Elle commence par des points de toucher très localisés, puis plus étendus, utilisant tout d'abord l'extrémité des doigts, puis sa main, y compris la paume, et plus tard ses bras comme prolongement du corps du bébé.

Selon A.BOUCHART-GODARD, il paraît nécessaire que les contacts de peau puissent donner lieu à des échanges à la fois amoureux-tendres et agressifs-tendres. L'accent mis sur la tendresse dans les deux cas signifie que les échanges de peau, pour remplir la fonction globalisante de l'enveloppe, ne doivent pas comporter une quantité d'excitation trop importante, ni trop localisée.

D.ANZIEU a distingué deux types de contacts exercés par la mère et l'entourage sur le corps et la peau du bébé. Certains contacts communiquent une excitation comme par exemple des stimulations source de plaisir. Tandis que d'autres communiquent une information en rapport par exemple avec les besoins vitaux du nourrisson, les affects éprouvés par les deux partenaires ou encore les dangers du monde extérieur. Ces deux types de contacts (excitants et signifiants) sont d'abord indifférenciés chez l'enfant. Par les contacts signifiants la mère ne fait pas que satisfaire les besoins corporels et psychiques de l'enfant, elle lui montre, par les échos sensoriels qu'elle renvoie et les actions concrètes qu'elle accomplit, qu'elle a compris ces besoins. L'enfant est alors satisfait dans ses besoins mais surtout rassuré qu'on les comprend.

3.2.3 L'érotisation du toucher

S.FREUD (1968) pense que les enfants ont une vie sexuelle avant la puberté. Il conçoit la peau comme une zone érogène, il semble que pour lui, la tactilité fasse partie de la sexualité infantile. Involontairement, la mère stimule l'épiderme, à l'occasion des bains, du portage, des étreintes, etc. Mais, elle peut aussi provoquer volontairement des plaisirs cutanés chez le nourrisson par des caresses et des jeux.

De son côté, la mère ne toucherait pas son bébé comme il convient si elle n'éprouvait pas de plaisir à le faire. On ne peut pas nier le fait qu'au cours du développement de l'enfant, la peau est « érotisée » ; aucun autre sens ne peut nous exciter autant que le toucher. Mais l'érotisme doit être distingué de la tendresse.

Selon A.LAURAS-PETIT, si l'excitation par le toucher de la peau du bébé n'est pas pensée par l'adulte, celui-ci ne respecte pas le corps comme outil relationnel et dénie à l'enfant son statut

de personne qui vit, qui sent et qui pense. La peau de l'enfant doit être respectée dans sa limite et confirmée dans ses fonctions structurantes pour permettre à l'enfant de construire son identité. Autrement dit, lorsque l'érotisme se substitue à la tendresse, l'enfant risque de rencontrer des difficultés pour devenir autonome.

Il existe sans doute un lien entre l'érotisme du toucher et la différence des touchers selon le sexe de l'enfant.

3.2.4 Un toucher différent selon le sexe de l'enfant et du parent

Les caractéristiques propres à l'enfant vont influencer sur la nature et la quantité des contacts tactiles donnés par l'adulte. Les filles semblent recevoir des mères davantage de stimulations tactiles, telles que des caresses et des contacts peau à peau, que les garçons. Les mères sont également plus enveloppantes et plus souvent en face à face avec leur fille. D'après les études de FISCHER et CLAY (cités par A.MONTAGU), les filles sont sevrées plus tard. Selon A.MONTAGU, les mères américaines manquent volontairement de comportement maternel envers leur fils. Souvent, elles rejettent très tôt les démonstrations d'amour de leur fils, de peur qu'il ne reste trop attaché à elle. De plus, beaucoup de pères repoussent les embrassades de leur fils par crainte qu'il ne devienne homosexuel.

D'autre part, les parents ont un comportement qui diffère. BRAZELTON a insisté sur le fait qu'une mère adapte la qualité de ses gestes à l'état comportemental de l'enfant ; elle peut le calmer ou l'éveiller. Dans leurs jeux, les pères, eux, ont plutôt tendance à donner de petites tapes comme si leur rôle était de stimuler l'enfant.

3.3 Le toucher dans la vie quotidienne

Lorsque l'on parle d'interactions corporelles, cela comprend aussi bien le corps à corps que les comportements tactiles maternels. Notons tout de même que les interactions comprennent également des stimulations visuelles et vocales.

Chez l'homme, le nouveau né n'a aucune autonomie, ce qui fait de lui un être totalement dépendant. Dans les premiers mois de la vie, le bain, l'allaitement, la consolation sont autant de « prétextes » à la manipulation et permettent d'assouvir le besoin de contact du bébé.

3.3.1 Le “holding” et le “handling” selon WINNICOTT

Pour D.W. WINNICOTT (1971), on ne peut pas penser un bébé sans son environnement maternel. La mère doit être « *suffisamment bonne* », c'est à dire capable de satisfaire les besoins psychiques du bébé et de s'adapter de façon presque totale au début de sa vie. Puis avec le temps, cette adaptation diminue, en fonction de la capacité qu'acquiert l'enfant à faire face à la défaillance maternelle ; ce qui va permettre à l'enfant de s'individualiser. D'après lui, pour que les soins soient bénéfiques, c'est le dévouement qui importe, non le savoir faire ou les connaissances intellectuelles.

Il distingue le « *holding* » qui correspond à la façon de soutenir et porter l'enfant, physiquement mais aussi psychiquement et le « *handling* » qui correspond aux manipulations et stimulations du corps par les soins que la mère lui procure (bain, habillage etc.)

3.3.2 Le portage et le dialogue tonico-émotionnel

Les réflexes archaïques tels que les réflexes de grasping, d'orientation, de frouissement et les comportements innés d'attachement tels les cris ou l'étreinte, visent à assurer la proximité et le contact. Le besoin d'être porté est donc biologiquement inscrit dans le corps du bébé.

Le contact étroit avec le corps de la personne qui le porte procure à l'enfant une sensation de continuité qui lui rappelle sa vie in utero. Les paroles de la mère et les stimulations tactiles rythmées qui accompagnent le bercement et les caresses rappellent les rythmes que le bébé connaissait bien in utero, ce qui rassure et apaise l'enfant tout en le stimulant.

Selon LEE SALK (cité par T. FIELD), les mères tendent à tenir leur enfant du côté gauche parce que le bébé continue à avoir besoin d'entendre battre le cœur de la mère ; ce bruit qu'il connaît bien depuis la vie in utero le rassure. D'après son étude, les bébés qui sont portés ainsi, prennent plus de poids, crient moins, ont moins de problèmes respiratoires et gastro-intestinaux, et ont un souffle plus régulier.

De plus, le portage s'apparentant à un bercement facilite la respiration, la circulation et la digestion. Le portage fait appel à presque tous les sens de l'enfant et provoque des stimulations diverses qui favorisent son développement sensori-moteur.

Pour H.H.F HARLOW, le portage réunit tout les facteurs nécessaires à l'attachement : le contact, la chaleur, l'allaitement et le mouvement. En effet, l'enfant est réconforté par le contact avec sa mère, il sent sa chaleur, il est bercé par chaque mouvement et il a facilement accès au sein de sa mère. Le portage accompagne la maturation de l'enfant et semble favoriser peu à peu une seconde naissance, progressive, comme un éveil aux sens, à la relation et au monde. « *Le portage favorise cette proximité étroite, cette base de confiance à partir de laquelle l'enfant pourra, à son rythme, se détacher de sa mère dans un désir exploratoire qui l'amènera vers une indépendance progressive* » (KRAUTH J.A. , 2005, p 140).

Selon J.A. KRAUTH, il est de plus en plus fréquent de rencontrer des parents de culture occidentale portant leur enfant dans un tissu. Ce portage permet de maintenir le contact entre les corps de l'adulte et de l'enfant. Il n'est pas simplement un moyen de déplacement, il favorise à la fois la relation parent-enfant et le développement psychomoteur de celui-ci.

L'avantage du tissu par rapport à un simple portage dans les bras réside dans le fait que la stimulation tactile est très étendue, ce qui multiplie la surface du corps en contact avec un appui et favorise d'autant la prise de conscience ultérieure de l'unité individuelle. Le tissu peut aussi servir de pare-excitation en atténuant les stimulations auditives et visuelles. Le tissu rabattu sur la tête de l'enfant assourdit les sons tout comme le corps de la maman durant la grossesse. Enfin, le tissu peut symboliser le fantasme de peau commune à l'enfant et à la mère.

Lors des échanges tactiles entre la mère et l'enfant, il s'établit un « *dialogue tonico-émotionnel* », notion définie par J. de AJURIAGUERRA comme une communication non verbale issue du comportement tonique et postural de la mère ou de l'enfant. Il se montre actif dans le corps à corps en échange permanent avec les postures maternelles, par la variation des distances corporelles et l'échange des regards. L'enfant par sa peau, organe extérocepteur, peut ressentir les états d'âme de sa mère, sans tenir compte de son comportement extérieur. C'est ainsi qu'il va répondre aux messages que lui transmettent les articulations musculaires de sa mère.

Puis l'enfant va passer d'un dialogue tonique à un dialogue postural distancié. Il va exprimer son désir de contact par sa posture. Cette évolution est le témoin d'une prise de conscience de son corps et du corps de l'autre et donc de la mise en place d'un processus d'individuation.

A travers ce dialogue tonique, on se rend compte à quel point le bébé est un protagoniste actif dans la construction de la relation mère-enfant. Le nourrisson n'est pas aussi dépendant que l'on veut l'affirmer. Il entre activement dans l'interaction avec l'environnement grâce à différents comportements qui vont maintenir, moduler, ou interrompre l'interaction. T.B. BRAZELTON parle de « double feed-back » entre la mère et l'enfant.

3.3.3 Le bain

Lors du bain, il n'y a pas un contact tactile étroit avec le corps de la mère, comme dans l'allaitement ou le portage mais l'eau est enveloppante et rappelle des sensations bien connues par l'enfant in utero. A.MONTAGU a constaté que les enfants aiment prendre des bains chauds, qu'ils éprouvent du plaisir dans les stimulations aquatiques de la peau. Pendant la petite enfance, le bain est un moment privilégié riche en stimulations sensorielles et en interactions entre le bébé et son parent.

3.3.4 L'allaitement

Les contacts tactiles des mères dans la situation alimentaire sont de deux types : dans le contact de la mère avec l'enfant, il y a une part utilitaire, qui est nécessaire à l'alimentation, et une part non utilitaire. L'allaitement comprend l'activité de succion par laquelle l'enfant se nourrit, mais il favorise également les contacts peau à peau entre le bébé et la mère. La part non utilitaire du contact de la mère procure à l'enfant un environnement émotionnel d'amour et de sécurité, dans lequel tout son être peut s'épanouir. Ainsi, c'est l'attitude de la mère, la façon dont elle le nourrit pendant l'allaitement qui importe, plus que le mode de nourrissage. De plus, le désir succède au besoin du fait du plaisir qu'éprouve l'enfant dans l'activité de succion en dehors de l'apport de nourriture.

En tétant le sein, l'enfant suscite des changements physiologiques chez sa mère, permet l'intensification de son instinct maternel et de son plaisir à s'occuper de lui. Psychologiquement, un allaitement au sein peut sceller le lien de symbiose entre la mère et l'enfant.

3.4 Le Moi-peau selon D. ANZIEU

3.4.1 La définition du Moi peau, enveloppe tactile

La peau n'est pas opérante comme enveloppe, ne peut pas servir de contenant psychique et physique dès le début de la vie. Selon D.ANZIEU, la mère « entoure » le bébé d'une enveloppe qui s'ajuste à la surface du corps du bébé en laissant un écart suffisant à l'enveloppe interne propre du bébé. Elle participe ainsi à l'individualisation du celui-ci. L'enfant acquiert la perception de la peau comme surface à l'occasion des expériences de contact de son corps avec celui de sa mère et dans la relation sécurisante d'attachement avec elle. Ce contact permet ainsi l'élaboration d'une enveloppe corporelle différenciatrice d'un intérieur-extérieur, garantissant l'intégrité corporelle de l'enfant. Le Moi-peau trouve son étayage sur trois fonctions de la peau : elle est le sac qui retient à l'intérieur ce qu'il a reçu de bon à travers l'allaitement, les soins, le bain de paroles ; l'interface marquant à la fois un lieu primaire d'échange avec autrui et la limite entre le dehors et le dedans ; la barrière qui protège de l'extérieur.

E.BICK (cité par GOLSE) énonce la notion de « *peau psychique* ». Dans leur forme la plus primitive, les parties de la personnalité sont vécues comme n'ayant pas de forces liantes entre elles et doivent être maintenues passivement grâce à la peau. Cette fonction contenante dépend initialement de l'introjection d'un objet externe et permet d'avoir un espace à l'intérieur du soi. Le premier objet contenant est celui qui peut maintenir l'attention ; c'est le sein, incluant la façon qu'a la mère de maintenir l'enfant, de lui parler et son odeur familière. Cet objet est vécu concrètement comme une peau par l'enfant. Petit à petit, il pourra accéder à la différenciation du soi et de l'objet, chacun étant contenu par sa peau respective.

Progressivement, un « accouchement psychique » va se faire, après que le psychisme maternel ait contenu, au sens d'une « *peau psychique* », le psychisme embryonnaire de l'enfant. En effet, celui-ci a besoin pour se construire d'être contenu dans une « *peau psychique* », à la formation de laquelle la mère contribue.

Le concept du Moi-peau se fonde sur le fait que toute fonction psychique se développe à partir d'une fonction corporelle qu'elle transpose sur le plan mental. S.FREUD (1981) disait que le Moi est avant tout un moi-corporel, « *tout ce qui est psychique se développe en référence à l'expérience corporelle. L'enveloppe psychique dérive de l'enveloppe corporelle* » (GOLSE, 1991,

p 170). Ainsi, le Moi est en grande partie issu des sensations corporelles, et en particulier de celles ressenties à la surface du corps.

« *Le Moi aurait une structure en double feuillet, l'un externe ou pare-excitation, l'autre interne où sont reçues et inscrites les excitations exogènes. C'est un lieu où peuvent parvenir simultanément des expériences internes et externes* » (GOLSE, 1991, p 170). Selon D.ANZIEU, de ses origines « épidermiques », le Moi hérite la double possibilité d'établir des barrières qui deviennent les mécanismes de défense psychique et de filtrage des échanges.

L'intégration du Moi dans le temps et l'espace dépend de la façon qu'a la mère de tenir le nourrisson ; la personnalisation du Moi dépend de sa façon de le soigner ; et l'instauration par le Moi de la relation d'objet dépend de sa manière de présenter des objets grâce auxquels le nourrisson va pouvoir trouver la satisfaction de ses besoins.

Pour D.ANZIEU, être un Moi, c'est se sentir à la fois unique et capable d'émettre des signaux entendus par d'autres.

Le Moi-peau est une peau psychique qui s'étaye sur la peau biologique. « *Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* » (ANZIEU D. , 1985, p 61). Grâce au vécu que l'enfant se fait à partir des expériences de la peau, l'enfant va pouvoir se représenter psychiquement. Le Moi peau naît au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan de l'action mais reste confondu avec lui sur le plan de la représentation du corps.

3.4.2 Les fonctions du Moi-peau

En faisant un parallèle entre les fonctions de la peau et du Moi, il reconnaît huit fonctions au moi-peau. Nous allons développer, plus particulièrement, six de ces fonctions qui sont en lien avec l'expérience corporelles que la mère fait vivre à son bébé, sans développer ici celle d'inscription des traces sensorielles tactiles et la fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique.

3.4.2.1 Fonction de maintenance du psychisme

De même que la peau englobe le squelette et les muscles de l'individu, le Moi-peau a une fonction de maintenance du psychisme. La capacité du bébé à développer cette fonction dépend de l'intériorisation du holding maternel. Un contact étroit s'établit par la peau et les muscles (tension et détente) des deux partenaires. L'enfant peut alors s'appuyer sur sa mère et en tirer un sentiment de sécurité. L'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale ce qui permet l'acquisition des schèmes moteurs de base (les positions assise, debout et la marche).

3.4.2.2 Fonction de contenance

De même que la peau enveloppe tout le corps et comprend tous les organes des sens, le Moi-peau contient tout l'appareil psychique. Cette fonction de contenance est assurée par le « *handling* » maternel. Selon D.ANZIEU, par ses soins, la mère donne à son enfant la sensation-image de la peau comme sac contenant la substance de l'être. Par ses réponses vocales et gestuelles, elle donne sens aux émotions envahissantes du bébé. Elle les lui restitue de façon à ce quelles soient représentables par sa psyché. Petit à petit, cette enveloppe tactile doublée de l'enveloppe sonore permettra à l'enfant d'éprouver seul ces émotions sans se sentir « détruit ». Le Moi-peau vise à envelopper l'appareil psychique mais il n'est conteneur que s'il y a des pulsions à contenir. Et la pulsion n'est ressentie comme « *force motrice centrale* » que si elle est limitée psychiquement. La maîtrise des pulsions par cette complémentarité du Moi-peau et du Ca permet à l'enfant d'acquérir le sentiment de la continuité du Soi.

3.4.2.3 Fonction de pare-excitation

De même que l'épiderme protège le corps des agressions, la mère joue auprès du bébé un rôle de pare-excitation, c'est à dire de filtre des stimulations extérieures trop intenses que sa psyché ne peut supporter parce qu'immature. Par ce rôle de pare-excitation, la mère protège son enfant des stimulations internes et externes jusqu'à ce que le bébé puisse assumer seul cette fonction

3.4.2.4 Fonction d'individuation du Soi

De même que la membrane des cellules organiques protège l'individualité de la cellule en distinguant les corps étrangers de ceux qui ne le sont pas, le Moi-peau assure une fonction d'individuation du Soi qui apporte à celui-ci le sentiment d'être unique.

Selon MAHLER (cité par A.MONTAGU), l'individuation conduit à la construction d'une personnalité. Le bébé fait ses premiers pas dans la formation de son ego en se reconnaissant dans les soins que sa mère lui donne avant de pouvoir construire son indépendance vis à vis d'elle.

3.4.2.5 Fonction d'intersensorialité

De même que la peau est une surface où sont logés les autres organes des sens, le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les diverses sensations et qui aboutit à la constitution d'un sens commun, c'est à dire de l'être humain.

3.4.2.6 Fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle

La peau du bébé fait l'objet d'un investissement libidinal de la mère. Par les contacts peau à peau qui accompagnent le nourrissage et les soins, l'enfant fait l'expérience des plaisirs de la peau. Ceux-ci constituent la toile de fond des plaisirs sexuels ultérieurs. Le Moi-peau remplit la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle où vont se localiser des zones érogènes.

Toutes les fonctions précédentes mettent en valeur la dépendance du nourrisson par rapport à son environnement du fait de son immaturité. Certaines d'entre elles peuvent parfois être défaillantes chez un individu. C'est ce que nous allons voir au travers de la clinique.

PARTIE CLINIQUE

Je présenterai ici le centre d'aide au développement du tout petit dans lequel la psychomotricienne intervient. Puis j'aborderai le rôle de cette dernière auprès des enfants et de leurs parents, ainsi que les médiations utilisées. Enfin, des cas cliniques illustreront la pratique psychomotrice auprès d'enfants réticents au contact corporel.

1. Présentation de l'institution

Durant cette année, j'ai effectué mon stage dans un Centre d'aide au développement du tout-petit en banlieue parisienne. Ce centre fait partie des huit consultations médico-psychologiques de l'Inter-Secteur. Ces consultations accueillent les enfants et leurs parents et proposent des bilans, des psychothérapies individuelles ou en groupe et des rééducations. Avant de présenter la place de la psychomotricité dans l'institution, je présenterai le lieu et le personnel qui y travaille.

1.1 Le fonctionnement de l'institution

Le centre d'aide au développement de soins du tout petit et de prévention des troubles de la périnatalité a pour mission de prévenir et de soigner des troubles du développement psychique et moteur du tout petit. Cela s'effectue grâce à des consultations qui s'adressent aux parents et à leur enfant de la naissance jusqu'à trois ans mais aussi aux futurs parents (questionnement autour du désir d'enfant, de la grossesse...). Cependant, la prise en charge peut se poursuivre jusqu'aux six ans de l'enfant s'il n'est pas possible de le réorienter avant, en raison d'un manque de place dans les autres établissements (Hôpitaux, IME, CMPP...). Ainsi la continuité de la prise en charge est assurée.

Les consultations ne sont pas payantes. En effet, le financement de l'activité du centre est pris en charge par un budget accordé par la sécurité sociale.

1.2 Les locaux

L'unité mère-bébé est constituée :

- D'une salle d'attente avec des jeux pour les enfants ;
- D'un secrétariat ;
- De quatre bureaux pour les psychologues et les médecins psychiatres, dans lesquels il y a également des jouets pour les enfants ;
- D'un bureau pour l'assistante sociale ;
- D'une salle de psychomotricité.

Dans la salle de psychomotricité, pour aller dans l'espace de jeu, l'enfant doit descendre deux marches. Cet espace est équipé d'un miroir, d'un tableau, d'un évier, de deux fauteuils, une petite table et deux petites chaises. On trouve également une piscine à balles, un gros ballon, des cerceaux, un tunnel, des mousses, des tapis, des poupées...

1.3 L'historique institutionnel

La création de cette unité mère-bébé date de mars 1992. C'est une unité fonctionnelle faisant partie du secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Le projet est né de la conviction d'une plus grande réversibilité des troubles psychiques, traités précocement, en raison des potentialités particulières de la relation parents-enfant à cette période privilégiée de la vie.

1.4 La prise en charge d'un patient

Les parents peuvent venir consulter sur les conseils de l'hôpital, du pédopsychiatre qui suit l'enfant, de l'école maternelle ou encore de leur propre initiative. La secrétaire médicale reçoit les demandes et en fait part à l'équipe lors de la réunion de synthèse qui a lieu tous les vendredis. Ces demandes sont ensuite discutées en équipe et les prises de rendez-vous sont décidées pour chacune des demandes. C'est un choix de l'équipe qui implique que les prises en charge soient plus ou moins espacées afin que tous puissent en bénéficier rapidement. En effet, dans la petite enfance, les difficultés n'étant pas encore « fixées », plus les prises en charge se font tôt, mieux c'est.

Lorsque les parents souhaitent que leur enfant soit suivi par l'unité mère-bébé, un livret d'accueil leur est remis dont l'objectif est de les familiariser avec l'institution, son dispositif de soins et de leur faire prendre conscience de leurs droits et devoirs.

L'équipe est composée :

- D'un cadre de santé ;
- D'une secrétaire médicale ;
- De deux médecins psychiatres à mi-temps ;
- De deux psychologues ;
- D'une psychomotricienne ;
- D'une assistante sociale à 50% ;
- D'un Agent des Services Hospitalier (A.S.H) à mi-temps.

Il y a plusieurs types de prise en charge possible selon les difficultés que présentent l'enfant et/ou les parents:

- Consultations individuelles ;
- Consultations parents-enfant ;
- Consultations familiales ;
- Psychothérapies psychanalytiques parents-bébé ;
- Thérapies psychomotrices ;
- Groupe thérapeutique mère-bébé animé par une psychologue et une psychomotricienne.

1.5 L'équipe soignante

-Le cadre de santé encadre et fait les liens entre le personnel et la hiérarchie.

-Le médecin psychiatre et les psychologues proposent aux parents accompagnés de leur enfant des consultations pour parler de leurs difficultés avec leur enfant et/ou des difficultés propres à ce dernier.

-La secrétaire médicale accueille la famille, constitue le dossier administratif et médical des patients, s'occupe du courrier, fixe les rendez-vous des patients avec les professionnels et gère les dossiers (création, classement et archivage des dossiers médicaux). Elle fait le lien entre l'équipe médicale et la famille ; pour cela elle est en rapport constant avec l'équipe.

-L'assistante sociale prend en charge tous les problèmes sociaux. Elle renseigne, et guide les familles dans leurs démarches d'ordre social, familial, ou administratif (demandes liées à la recherche de logement, de modes de garde adaptés pour l'enfant, à la mise en place d'une aide à

domicile...). Elle va aux réunions des équipes éducatives dans les écoles, pour les enfants suivis par l'institution.

-L'ASH (agent de surface hospitalier) est chargé de retirer le linge sale pour le donner à laver et d'entretenir les salles de consultation et les espaces communs.

- La psychomotricienne intervient dans les champs neurologique et psychique en tenant compte du ressenti corporel, du relationnel de l'enfant afin de faire progresser son développement psychomoteur. Elle fait également un travail de relaxation avec des femmes enceintes qui sont angoissées du fait de leur grossesse et de leur futur accouchement.

2. Place de la psychomotricité dans l'institution

La psychomotricienne accompagne les enfants de moins de trois ans dans leur développement psychomoteur, travaille sur la relation parents-enfants et fait de la guidance parentale. Elle suit également les femmes faisant une dépression post-partum où anxieuse lors de leur grossesse et qui nécessitent une prise en charge en relaxation. Enfin, elle anime avec une psychologue un groupe de parole dans lequel elles accompagnent les mères en difficulté dans la relation à leur bébé.

2.1 Déroulement de la prise en charge en psychomotricité

Les patients qui viennent consulter la psychomotricienne peuvent avoir été orientés par quelqu'un d'extérieur à l'unité ou par un consultant. Pour décider ou non la prise en charge d'un enfant, elle réalise un bilan psychomoteur lorsque cela est possible.

2.1.1 Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur évalue les capacités et les difficultés de l'enfant ; il se fait au cours de deux séances.

Il commence toujours par un entretien avec le ou les parents de l'enfant en présence de l'enfant. On demande aux parents de parler de la vie de leur enfant en commençant par la grossesse, l'accouchement et la façon dont l'enfant a été alimenté. Puis cet entretien s'oriente sur

la vie de l'enfant dans son quotidien en explorant les données concernant l'alimentation, le sommeil et la propreté, mais également le mode de garde permettant ainsi de refaire le parcours de son développement psychomoteur.

Lors de la séance suivante nous réalisons le bilan en faisant passer à l'enfant le Brunet Lezine Révisé qui comporte 4 rubriques : le contrôle postural, les coordinations oculomotrices, le langage et les relations sociales. Il permet d'étudier le développement de l'enfant dans chacun des domaines de manière indépendante. On peut ainsi ensuite calculer le quotient de développement qui nous donnera un profil des possibilités de l'enfant au jour du bilan. Les résultats de ce test nous permettent de repérer un éventuel retard psychomoteur.

Le bilan psychomoteur permet alors d'établir un projet thérapeutique adapté aux difficultés et aux compétences de l'enfant. A la fin du bilan, nous faisons part aux parents de nos observations et des points sur lesquels nous pensons que devra porter le travail avec leur enfant.

2.1.2 La prise en charge

Au regard de la conclusion du bilan et en fonction du projet thérapeutique proposé, la psychomotricienne décide avec l'enfant et ses parents de la fréquence des séances. Cela peut varier de une ou deux fois par semaine à des rendez vous bimensuels. Les séances durent environ une heure. Durant cette prise en charge, la psychomotricienne s'intéresse, tour à tour, à l'enfant et aux parents individuellement puis aux parents et à l'enfant réunis autour d'un jeu.

La durée de la prise en charge n'est généralement pas fixée à l'avance et dépend avant tout des progrès de l'enfant. Au cours du suivi un nouveau bilan peut être proposé afin de réadapter le projet thérapeutique. En fin de prise en charge, les séances s'espacent progressivement avant de s'arrêter.

La prise en charge se fait en la présence des parents car la psychomotricienne va travailler avec l'enfant mais aussi sur la relation parents-enfant. Elle joue un rôle de tiers pouvant ainsi pointer et discuter l'activité de l'enfant, ses expressions corporelles, ce qui pourra faciliter la communication entre ses parents et lui. Durant la prise en charge, différents médiateurs peuvent être utilisés pour faire la lumière sur certains aspects psychomoteurs (motricité fine, globale, espace etc.).

2.2 Les médiations en psychomotricité

Les médiateurs utilisés dépendent des besoins de l'enfant. Ils permettront la mise en jeu et l'ajustement du tonus, l'implication de la motricité, et l'intégration du schéma corporel. Le tonus et le schéma corporel sont intriqués, en effet le tonus participe à l'acquisition du schéma corporel car il permet une meilleure connaissance de soi.

Les stimulations des sensations tactiles par l'intermédiaire de différentes textures, matériaux (semoule, haricots...) favorisent la prise de conscience du corps et la motricité fine.

Les massages avec l'huile de massage peuvent également jouer ce rôle au travers d'une détente musculaire. La psychomotricienne peut inviter les parents à masser régulièrement leur enfant chez eux afin d'approfondir ce travail. Indirectement cette méthode permet également de favoriser les échanges, la rencontre entre l'enfant et son parent.

La piscine à balles est un lieu offert à l'enfant où il peut trouver refuge, elle est riche en sensations tactiles et en échanges avec l'adulte. Elle est également source d'expériences de sa motricité dans la relation lorsque l'enfant agite ses jambes et jette ou nous lance les balles ou encore se déplace dans la piscine.

Avec le gros ballon, nous pouvons en allongeant l'enfant favoriser la détente musculaire, travailler les retournements, les réactions parachutes et les appuis plantaires en le mettant debout. Ce travail s'effectue également au tapis. Le cerceau peut servir d'appui pour l'enfant lorsqu'il marche et permet un accompagnement dans son autonomisation de la marche.

Bien entendu, lorsque l'enfant est plus âgé, on est également amené à travailler l'espace et la motricité fine par l'intermédiaire de puzzle, de jeux d'encastrement, de jeux de ballon, de pâte à modeler, de la peinture à doigts...

3. Etudes de cas

Je vais présenter ici deux enfants qui, suite à la réalisation de l'examen psychomoteur, se révèlent avoir un retard de développement psychomoteur, notamment postural. Pour pouvoir développer les capacités motrices, nous serons amenées à toucher ces enfants. Je présenterai également une petite fille, Léa, pour laquelle le travail sur la relation mère enfant et la question du

toucher est centrale. Je ne présenterai de manière approfondie que les éléments qui impliqueront par la suite un toucher. (annexe 3)

Durant mon stage, j'ai travaillé en collaboration avec la psychomotricienne, tandis que j'étais auprès de l'enfant, elle accompagnait les parents.

Timothée

3.1.1 Présentation

Timothée est âgé de 23 mois. Grand pour son âge, c'est un enfant plutôt potelé, qui a encore un corps de bébé. Timothée a été opéré d'une tumeur au cerveau il y a un an et demi et présente un retard de développement psychomoteur.

3.1.2 Anamnèse

Avant d'être enceinte de Timothée, sa mère voyait une psychologue appartenant au centre d'aide au développement du tout-petit suite à des problèmes pour avoir un enfant. Aujourd'hui le couple a deux enfants. Timothée a un an de plus que son petit frère.

Timothée a présenté soudainement une hémiplégie droite à 3 mois. Suite aux examens médicaux (IRM) qui ont été pratiqués pour en déterminer la cause, les médecins ont découvert une tumeur au cerveau du côté gauche dont Timothée a été opéré à 4 mois. En même temps, il a été opéré d'une torsion des testicules et d'une hydrocèle. D'après les parents, « les médecins disent qu'il va très bien ». Cependant les médecins ne souhaitent pas lui retirer la valve car il y a un risque que la tumeur se développe de nouveau, donc le pronostic reste réservé. L'IRM réalisé en Février 2006 n'a révélé cependant aucune anomalie.

Depuis l'intervention chirurgicale, Timothée ne veut plus qu'on le touche. Il est très souvent malade et est retourné plusieurs fois à l'hôpital en raison d'une infection de sa valve. Il séjourne en alternance à l'hôpital et au domicile familial entraînant de nombreuses séparations même si Madame est très présente dans ses soins. Elle a consulté un ostéopathe pour faire un travail au niveau de la boîte crânienne suite à l'opération.

Timothée est suivi par une pédiatre en ville qui travaille également au Centre d'Action médico-sociale précoce (CAMSP). Elle a fait suivre Timothée au CAMSP en raison des conséquences neurologiques de sa maladie, et s'est alors rendue compte que le pronostic était réservé. Les parents de Timothée consultent toujours la pédiatre pour des consultations en ville. Timothée est pris en charge en psychomotricité par le centre d'aide au développement du tout-petit depuis Août 2005, sans suivi psychologique dans l'établissement. Le bilan psychomoteur précédant la prise en charge spécifique s'est effectué dans le cadre d'un contrôle systématique dès un an pour le centre de lutte contre le cancer qui le suit.

3.1.3 Examen psychomoteur

L'examen psychomoteur est réalisé en présence des parents au cours de deux séances en Août 2005, avec un entretien lors de la première rencontre. Timothée est alors âgé de 12 mois.

Lors du premier rendez-vous, Timothée est fébrile et reste dans les bras de sa mère. Au deuxième rendez-vous, il arrive par contre très souriant. Il se montre durant tout le bilan très attentif aux mouvements autour de lui, se rassurant du regard dans un échange visuel avec sa mère. Timothée montre son inquiétude par un raidissement tonique lors des mouvements proposés, qu'il semble vivre de façon anxiogène. Durant toute cette évaluation il reste assis sur le tapis entre ses parents en quête de réassurance.

Je vais dans mon propos m'intéresser plus particulièrement au contrôle postural et moteur puisque c'est à ce niveau que le toucher va intervenir.

La mise sur le dos est angoissante, Timothée se tourne sur le côté en partant du décubitus dorsal, le retournement complet n'est pas exécuté seul mais semble réalisable. Il ne supporte pas la position en décubitus ventral.

Timothée tient assis, il joue dans cette posture qu'il maîtrise bien et parvient à se déplacer sur ses fesses mais cela reste difficile et laborieux. Il ne tient pas debout avec appui durant cette rencontre, il refuse l'appui plantaire et se tient courbé avec les fesses en arrière. Il utilise peu le bas de son corps.

Timothée présente un bon développement dans les domaines de la préhension, de la coordination oculo-manuelle, du langage et de la sociabilité. Néanmoins, on note un retard

psychomoteur dans le domaine postural qui sera à solliciter tout en tenant compte de son état somatique du moment (âge de développement : 7 mois 20 jours ; quotient de développement de 63,7%).

3.1.4 Projet thérapeutique

J'ai dégagé plusieurs axes de travail de cet examen :

- Faire en sorte que les parents puissent réinvestir leur enfant après tous les soins hospitaliers qu'il a subis ;
- Réaliser un accompagnement réassurant la mère et l'enfant ;
- Permettre à Timothée de se réapproprier son corps par des activités motrices et les sensations que cela va lui procurer ;
- Stimuler son développement postural tout en tenant compte d'éventuelles douleurs où céphalées résiduelles.

Dans un premier temps, le plus important pour cet enfant est de pouvoir être sécurisé. Pour que les parents puissent lui apporter cette sécurité, il faut qu'ils soient soutenus suite à ces événements qui ont été particulièrement difficiles à vivre. Il est également important de mettre en valeur leurs compétences de parents dans des temps où le jeu l'emporte sur les soins.

Dans un second temps, on permettra à Timothée de découvrir son corps et les plaisirs corporels au travers de jeux moteurs variés et du toucher sensoriel si cela est possible. Celui-ci pouvant être repris par les parents.

Enfin, nous travaillerons sur le développement postural en commençant par un travail de prise de conscience du bas du corps à travers différents médiateurs, puis des appuis plantaires et de la tonification des membres inférieurs par des jeux de pousser. Nous l'accompagnerons dans le niveau d'évolution motrice qui va du passage de la position assise à la position quatre pattes vers la station debout.

Les séances de psychomotricité auront lieu une fois par semaine pendant une heure en présence d'au moins un de ses parents.

3.1.5 Prise en charge et évolution

Au départ, nous pensions pouvoir faire progresser Timothée dans son développement postural en le mobilisant, mais cela semblait beaucoup trop angoissant pour lui. En effet, dès que la psychomotricienne, le touchait, le portait ou le mobilisait, il se mettait à pleurer. Aussi il a semblé préférable que ce soit son père qui le sollicite corporellement afin de dépasser cette angoisse liée aux mouvements et de renforcer la relation père-fils qui avait été, nous semblait-il, malmenée au cours des hospitalisations. La psychomotricienne montrait parfois au cours des séances, par l'intermédiaire d'une poupée, des gestes, des positions et des mouvements que le père pouvait reprendre avec son fils.

Le fait de contenir le père et de renforcer la fonction paternelle a apaisé Timothée qui a fait de gros progrès puisque depuis Février il marche à quatre pattes et debout sans appui.

Timothée était, les premiers temps, accompagné par sa mère aux consultations. Elle semblait vivre certaines mobilisations comme dangereuses pour son enfant tant son attitude était surprotectrice.

A partir d'octobre, ce fut le père, moins présent au moment des hospitalisations, qui profita de ces séances pour accompagner Timothée alors que Madame était enceinte. Monsieur a pris tout de suite beaucoup de plaisir à jouer avec lui à des jeux moteurs.

En novembre, Madame est venue avec Monsieur pour assister à une séance. Elle a pu voir alors comment il mobilisait Timothée à travers des jeux moteurs et combien celui-ci les appréciait. Depuis cette séance, Timothée semblait s'être « autorisé » à exprimer une certaine joie de vivre dans le mouvement, il était plus souriant et il n'hésitait plus à se déplacer sur les fesses dans toute la salle.

Il y a des positions et des mouvements qui ont longtemps angoissé Timothée. En particulier le passage de la position à genoux à la position du chevalier où pour l'aider nous mobilisons sa jambe. La position quatre pattes était également difficile pour Timothée, il semble que ce soit le fait d'aller en avant qui créait le malaise. Après que la psychomotricienne ait mis Timothée à quatre pattes un bref instant, tout contact avec elle par la suite le faisait pleurer, même pour des mouvements qu'il acceptait habituellement de faire avec elle.

Avec Monsieur, ces mobilisations étaient moins angoissantes même si elles étaient toujours un peu difficiles pour Timothée. Par la suite, j'ai pu le mobiliser de plus en plus sans qu'il

manifeste d'anxiété. Lorsque je lui faisais faire un ou deux mouvements pendant la séance, il ne pleurait plus, mais à la fin de chaque expérience motrice, il avait tout de même besoin de retrouver les bras de son père pour se rassurer.

On a pu constater une évolution dans la relation de Timothée à son père au cours des séances de psychomotricité. Au départ il le demandait beaucoup, restait proche de lui puis progressivement, il retournait moins fréquemment le voir pour se sécuriser. A présent, Timothée va seulement chercher un bisou ou un contact physique avec son père avant de repartir jouer. Selon les situations, il peut s'en tenir à le regarder et à l'appeler pour se rassurer. Un jour, à la demande de Monsieur, bien que Timothée ne soit pas très rassuré, il s'est allongé sur le dos dans la piscine à balles, sans quitter son père des yeux. Lorsqu'on propose à Timothée des jeux manuels, il peut jouer longtemps sans aller voir son père ni même l'appeler. Malgré tout, lorsque Timothée le peut, il n'hésite pas à se déplacer pour jouer plus près de son père.

Timothée commence très souvent sa séance par la piscine à balles à laquelle il a du mal à accéder seul complètement. Aujourd'hui, il monte l'escalier à 4 pattes et nous ne l'aidons que pour le passage dans la piscine sans qu'il dise rien. Lorsqu'il y est, il prend des initiatives motrice : se déplace un peu, cherche ses appuis dans les balles puis cherche à monter à l'espalier. Quand il est dans la piscine à balles, il ne veut plus en sortir, protégé en quelque sorte des autres sollicitations motrices.

Au début, nous avions le projet de faire adopter la position quatre pattes par Timothée mais nous y avons renoncé car elle était trop anxiogène et qu'il avait bien investi le déplacement assis pour accepter de changer de mode de déplacement. Cependant, de temps en temps, nous proposons à Timothée des situations faisant intervenir le déséquilibre avant. Pour palier à d'éventuelles douleurs cérébrales lorsqu'il penchait sa tête en avant, Timothée a prit l'habitude d'éviter cette situation. En l'accompagnant, il réussissait parfois à sortir à quatre patte de le bac contenant des haricots. Lorsqu'on lui faisait faire la brouette, même si cela était plus difficile, il pouvait arriver à prendre appui correctement sur ses mains. Petit à petit, ces brèves mises en situation en séance associées à leur reprise par le père à la maison ont permis à Timothée d'acquérir la position quatre pattes sans que celle-ci l'angoisse. A présent Timothée peut de lui

même se mettre à quatre pattes et se déplacer dans cette position. Néanmoins, c'est encore fragile car la moindre chute reste très angoissante.

La psychomotricienne a proposé à Timothée un massage pour favoriser la prise de conscience du bas de son corps et en particulier de la voûte plantaire. Au cours du déshabillage et du massage, Timothée semblait inquiet, il oscillait entre le rire et les pleurs. Sa mère s'est alors rapprochée de lui et il a fini par s'apaiser. Lors de séances suivantes, j'ai proposé à Timothée des stimulations tactiles par l'intermédiaire de plumes et de haricots placés dans une grande boîte dans laquelle il pouvait s'asseoir. Au début, il jouait avec les haricots uniquement avec ses mains ; mais en lui cachant ses pieds sous les haricots, il a fini par jouer avec ses pieds et s'amusait à les faire sortir de la boîte. J'ai constaté qu'il appréciait mieux les haricots dans la mesure où c'était lui qui était à l'origine de ses sensations tactiles que les plumes que je faisais glisser le long de sa jambe et qu'il rejetait en les poussant de la main. Mais peut être préfère t'il tout simplement le contact des haricots à celui des plumes.

Lors d'une séance, alors que je ne le prenais pas encore en charge, Timothée est venu vers moi pour que je joue avec lui. Cela m'a semblé alors très positif et ce premier contact physique m'a incité à aller le toucher à mon tour en lui prenant la main. Je me suis ensuite hasardée à lui toucher le bout du nez. Apparemment, c'était aller trop car il est reparti, remettant une distance entre nous.

3.1.6 Conclusion

Aujourd'hui Timothée est plus autonome, prend plus d'initiatives motrices et accepte bien mieux qu'on le touche. La vue de tous les progrès réalisés par Timothée, j'ai décidé de lui faire passer un bilan d'évolution afin de réadapter le projet thérapeutique. Il est alors âgé de 20 mois.

Au niveau postural, Timothée monte à quatre pattes les escaliers même si c'est encore de façon mal assurée. Il marche seul avec aisance. Il donne des coups de pieds dans le ballon avec plaisir mais il ne court pas encore et ne recule pas.

Il a moins besoin de se sécuriser auprès de son père, il a acquis plus d'autonomie, même si à la maison, il semble qu'il ait encore du mal à jouer seul. Monsieur dit qu'il est encore « beaucoup dans leurs jambes ».

Les conclusions de ce deuxième bilan montrent que Timothée présente toujours un retard psychomoteur dans le domaine moteur qui sera encore à solliciter malgré une évolution importante (L'âge de développement est de 18 mois). Le positionnement plantaire étant déficitaire, Timothée est également adressé, depuis peu, au kinésithérapeute. Dans les autres domaines du Brunet-Lézine, son développement est toujours bon.

Suite à ce bilan d'évolution, le projet va être un peu modifié, nous allons continuer à travailler sur le développement moteur de Timothée mais plus particulièrement sur l'équilibre. En fonction du désir des parents, on pourra leur conseiller une socialisation en mettant Timothée à la halte garderie par exemple.

3.2 Colin

3.2.1 Présentation

Colin a 23 mois, c'est un jeune enfant sage aux petites joues potelées. Sa tête assez importante part en arrière et il bave encore beaucoup.

3.2.2 Anamnèse

Colin est le premier enfant du couple. A 5 mois de grossesse, Madame est hospitalisée pour hyperglycémie et hypotension à la suite d'une importante fatigue. Elle est déprimée et angoissée, craignant en permanence un malaise.

La mère évoque un accouchement très traumatique. Colin est né par césarienne en urgence en raison d'une hypertonie du col et d'une circulaire du cordon. L'Apgar est à 7 à 1 minutes puis à 8 à 5 minutes ; Colin nécessite une assistance respiratoire pendant 3 minutes ce qui évoque une souffrance à la naissance. Monsieur associe les troubles de Colin à cette naissance qui a été traumatique pour tous les trois.

La mère n'a pas participé aux soins de son nouveau né pendant 4 jours. Elle et son enfant sont sortis de l'hôpital à J 8. Jusqu'à ses 4 mois, Colin est resté à la maison avec sa mère. A présent, il est gardé par une assistante maternelle.

Madame l'a allaité pendant 15 jours avant de l'alimenter au biberon. A l'âge de 1 mois, ses biberons ont été épaissis suite à des reflux avec des prises alimentaires irrégulières. A deux ans, il mange de la nourriture mixée car il ne supporte pas les morceaux.

Colin est allé deux fois chez un kinésithérapeute pour faire un travail sur la colonne vertébrale et la tenue de la tête. Les parents ont l'impression que Colin a un trouble de la vision car son regard est souvent orienté vers le plafond et il est difficile de lui faire déplacer ce regard malgré des sollicitudes répétées.

Le pédiatre pense à un tableau de retard de développement moteur qui révélerait éventuellement une pathologie neurologique. Il a donc adressés Colin à l'unité mère-bébé afin de lui faire passer un bilan psychomoteur. Les parents commencent à consulter le pédopsychiatre de l'unité mère-bébé vers les 11 mois de l'enfant, après quoi il sera suivi par la psychomotricienne.

L'examen ophtalmologique, l'électroencéphalogramme (EEG) et l'imagerie à résonance magnétique (IRM) ne présentent pas de signes pathologiques. Aujourd'hui, le diagnostic reste flou. La pédopsychiatre pense, elle, à un trouble important et prédominant de la relation.

3.2.3 Examen psychomoteur

L'examen psychomoteur est réalisé en présence des parents au cours de deux séances en Juin 2005, avec un entretien lors de la première rencontre. Colin est alors âgé de 13 mois et 11 jours.

Colin n'amorce ni ne soutient la relation par des mouvements qui mettent en communication et ne réagit pas ou peu aux sollicitations. Il n'initie pas les communications (mimiques faciales, variations toniques, pleurs-appels...), ne s'oriente pas corporellement vers sa mère et n'anticipe pas le portage en tendant les bras.

En décubitus dorsal, il attrape ses pieds et les porte à la bouche. En décubitus ventral, il ne peut repousser le sol, « s'écrase » lourdement et ne parvient pas à sortir seul de cette posture. Il tient assis sans soutien et se débarrasse de la serviette posée sur sa tête. Il ne se déplace pas, utilise peu le bas de son corps. Chez la nourrice, il n'est pas mis au sol car il y a des chiens dans la maison et chez lui, ses parents le mettent dans le parc ou dans le baby-trotte.

Colin ne participe pas au jeu du « coucou ». Il montre son inconfort par des cris, des gestes ou par un raidissement du corps. Il supporte difficilement le toucher de l'autre ou que l'autre touche à ses jouets. Ses parents acceptent ces blocages et les respectent.

Ce bilan montre que Colin présente un important retard psychomoteur évalué, au Brunet Lézine Révisé, à 7 mois pour un enfant d'âge réel de 13 mois et 11 jours. Ce retard est global et homogène dans les quatre domaines de compétence avec un quotient de développement de 52%. Nous proposerons donc un travail global.

3.2.4 Projet thérapeutique

Nous pouvons dégager plusieurs axes de travail de cet examen psychomoteur :

- Un travail de guidance parentale ;
- Un travail sur la relation avec Colin ;
- Stimuler le développement psychomoteur de Colin de manière globale. (Préhension, posture, langage et sociabilité).

Dans un premier temps, nous ferons connaissance avec Colin par l'intermédiaire de balles, de voitures et de jouets sensoriels afin d'établir une relation.

Nous aborderons le développement postural en commençant par la prise de conscience de ses membres inférieurs grâce à la découverte avec les pieds de différents matériaux (haricots, boutons), l'utilisation de la piscine à balles et le toucher sensoriel (massage).

Puis nous poursuivrons notre travail par une prise de conscience des différents appuis et des articulations des membres inférieurs (hanches, genoux, chevilles). Nous favoriserons la musculation du bas du corps par des poussées impliquant les trois articulations nécessaires à l'acquisition de la marche.

En fonction de ses progrès, nous l'accompagnerons à la découverte de son autonomie motrice (passage de la position assise au quatre pattes puis à la station debout et à la marche.)

Compte tenu des troubles de la relation, ce travail moteur s'associe à un accompagnement contenant des parents pour favoriser une réciprocité dans les interactions.

Les séances de psychomotricité auront lieu une fois par semaine pendant une heure en présence d'au moins un de ses parents.

3.2.5 Prise en charge et évolution

En observant la relation entre Colin et ses parents, j'ai constaté que lorsque les parents arrivent avec Colin dans la salle de psychomotricité, ils le déposent tout de suite au milieu du tapis. Cependant, au cours de la séance, sa maman tente d'entrer en relation avec lui par le regard et la parole mais il y est plus ou moins réceptif selon les jours. Les communications affectives en séance sont très rares voire absentes. Madame porte parfois Colin en position « fermé » : tout son corps est tourné vers elle ce qui ne favorise pas l'ouverture vers l'extérieur.

Les premières séances ont été difficiles car nous ne pouvions rien faire sans que Colin se mette à pleurer et nous avions du mal à capter son regard. Colin supporte très mal la frustration ou qu'on lui échange un jouet, ce qui l'amène à faire des colères importantes avec des décharges toniques que la mère a du mal à apaiser. Il peut également rire de manière excessive en jouant avec les boutons. Il est seul dans ce jeu et semble alors inaccessible.

La psychomotricienne a mis des mots sur ses impossibilités à entrer en relation avec autrui, à accepter que l'on entre dans son espace de jeu et qu'on le touche. Malgré les pleurs de Colin, tout en lui parlant, la psychomotricienne entrait dans son « monde », lui échangeait un jouet contre un autre afin de mettre à mal ses blocages relationnels. Elle expliquait le travail aux parents afin que eux aussi n'acceptent plus ces blocages relationnels. En effet, jusqu'à présent ils respectaient les interdits de Colin en pensant que c'était simplement dû à son caractère.

Suite aux vacances que Colin a passé avec ses parents, chez des amis qui avaient eux aussi un enfant un peu plus âgé avec lequel il a pu jouer, nous avons pu constater de gros progrès dans plusieurs domaines.

Colin est plus dans la relation par le regard et il commence à imiter l'autre. De plus, la psychomotricienne a pu toucher à ses jouets, faire un échange de jouets et le toucher sans qu'il se mette à pleurer. Il est moins inquiet face à l'Autre. Cependant, lorsqu'on le touche, ses yeux regardent parfois dans le vide. Enfin, Colin cherche à se mettre debout et surtout, il a acquis le quatre pattes et il n'hésite pas à se déplacer dans la salle.

Au cours de la prise en charge, un bilan sensori-moteur est réalisé par un spécialiste. Il a mis en évidence des blocages relationnels qui pourraient être dus à un déséquilibre corporel. Colin utilise plus spontanément ses membres supérieurs que ses membres inférieurs et son côté droit plus que son côté gauche. Ceci est en lien avec une asymétrie sensorielle entre le côté droit et le côté

gauche, ce dernier étant irritable ou au contraire peu sensible. Colin n'a pas investi le bas de son corps, il ne le connaît pas bien. A certains moments, ses pieds sont très « présents » et à d'autres, ils sont « absents ».

Au cours du bilan, nous avons constaté que les moments de transition sont difficiles. Tout changement d'appui l'angoisse, il se calme lorsqu'il les a retrouvés. Il est très insécurisé dans son corps, seule sa mère peut l'apaiser.

Colin ne tient pas sa colonne, s'affaisse, ce qui révèle une hypotonie axiale qu'il tente de compenser par sa respiration (BULLINGER parle de tonus pneumatique). Au début du bilan, Madame tenait Colin loin d'elle, aussi le spécialiste lui a montré comment aider Colin, à se tenir plus droit, en collant son dos contre elle.

Un nouveau projet a été mis en place suite à ce bilan :

-Travailler sur la position assise avec la tenue du tronc, en mobilisant son bassin en décubitus dorsal et la tenue de sa tête en stimulant les muscles du cou par l'exposition de son visage à l'air. Cela peut se faire à l'aide d'un ventilateur où lors de ballades en vélo, en poussette.

-Aider Colin à habiter son corps et à ce qu'il s'y sente bien par des jeux moteurs.

-Solliciter « l'hémignégligence » en stimulant le côté gauche grâce à un travail sensoriel. Pour compléter notre travail nous ferons appel à un kinésithérapeute.

-Favoriser les coordinations entre les espaces droit et gauche, par un travail sur les croisements d'axe, afin que le déséquilibre corporel s'estompe ;

-Continuer le travail sur la conscience du bas du corps par la découverte avec les pieds de différents matériaux et que ses pieds deviennent explorateurs.

Suite à la réalisation de ce bilan sensori-moteur, j'ai constaté que Colin présentait beaucoup moins de troubles de la relation. Il semble que ce bilan ait eu un effet thérapeutique sur les parents et donc pour l'enfant.

J'ai pu jouer avec Colin pendant toute la séance sans qu'il se mette en colère ou pleure. Il était dans la relation et me regardait. Néanmoins, il était encore difficile de se renvoyer un jouet. Il est venu vers moi pendant que j'étais en train de chercher un jouet dans une boîte et il est entré en contact physique. J'ai alors pu le prendre dans les bras et lui enlever ses chaussures et ses chaussettes sans qu'il ne dise rien.

Il semble que Colin soit plus dans l'interaction avec ses parents. A la fin de la séance, il est allé chercher son père, ce qu'il n'avait jamais fait. Madame nous dit alors que Colin est très câlin

en ce moment. J'ai eu le sentiment que c'était important pour elle, que cela lui faisait plaisir et surtout que c'était nouveau.

Néanmoins, selon les séances Colin est plus ou moins présent dans la relation. Cela fluctue sans raison apparente. Les parents pensent que c'est lié à la qualité de ses nuits. Lorsqu'il n'a pas assez dormi, il serait plus facilement irritable. Le contact devient alors difficile, comme au début de la prise en charge.

Lorsque nous avons placé les pieds de Colin dans une bassine pleine de haricots afin de travailler les sensations du bas du corps, cela l'a fait pleurer et Madame a dû le prendre dans ses bras pour l'apaiser. Peut être était-ce un peu rapide pour lui et avait-il besoin de découvrir d'abord avec ses mains ce nouveau matériel. Les parents nous expliquent alors que tout ce qui est nouveau lui fait peur et qu'ils doivent lui laisser découvrir les choses seul, sinon il pleure. Il semble qu'il y ait peu d'accompagnement par la parole.

Après avoir laissé Colin explorer avec ses mains les haricots, nous lui avons de nouveau proposé de mettre ses pieds dans la bassine. Il semble que le contact avec les haricots soit difficile pour le pied gauche car il le soulève pour éviter le contact et regarde dans « le vide ». Petit à petit, au cours des séances, le contact de ses pieds avec les haricots est moins difficile. Il accepte d'être debout dans les haricots.

Afin de lui proposer d'autres sensations, nous avons remplacé les haricots par des boutons. Lorsqu'on lui met des boutons entre les orteils, il ne va pas les chercher si on ne les lui montre pas. On retrouve ce manque d'investissement du bas du corps dans la piscine à balles : Colin n'utilise pas du tout ses jambes pour pousser les balles malgré mes incitations.

Colin sent toujours très peu le bas de son corps, utilise de préférence ses mains à ses pieds pour explorer l'environnement et en particulier la main droite, sa main gauche est moins active. Néanmoins, aujourd'hui il lève aussi bien sa jambe droite que sa jambe gauche pour prendre les boutons entre ses doigts de pied. Il croise l'axe pour prendre les objets à gauche avec sa main droite, mais à droite il est seulement en appui avec sa main gauche et attrape le bouton avec sa main droite. Le déséquilibre sensoriel semble donc s'estomper un peu. Le fait que les parents de Colin laissent à présent leur fils explorer la maison et l'autorisent à toucher la plante, par exemple, va peut-être participer à augmenter les stimulations tactiles dont Colin a besoin.

3.2.6 Conclusion

Colin présente toujours des troubles de la relation qui sont plus ou moins importants selon les jours. Cependant depuis Avril, ses colères sont moins longues ; il semble réussir à s'apaiser seul en se déplaçant de façon minime. Il est plus dans la relation même s'il fait quelques colères pendant la séance. Depuis quelques temps, je peux plus facilement jouer avec lui et il me regarde plus.

Il marche à quatre pattes, tient debout avec appui et se déplace latéralement. L'« héminégligence » semble avoir disparue, il est moins irritable tactilement et il commence à investir ses jambes, à les utiliser dans le jeu.

Les parents, eux sont dans une négation des difficultés de Colin. Cependant, sa mère s'implique plus dans les séances, elle vient jouer avec lui sur le tapis.

Il me semble intéressant de continuer le travail mis en place et d'accompagner les parents dans la compréhension des difficultés de Colin et dans leur rôle de parents vis à vis de cet enfant au développement particulier.

3.3 Léa

3.3.1 Présentation

Léa est âgé de 7 mois mais est grande pour son âge. Avec ses grands yeux noirs, elle nous regarde fixement, nichée dans les bras de sa mère qu'elle ne veut quitter.

3.3.2 Anamnèse

Léa est née une semaine plus tôt que prévu car sa mère a demandé aux médecins de provoquer l'accouchement, l'attente étant pour elle trop difficile à supporter. Médicalement tout s'est bien passé mais madame a été anxieuse pendant toute la grossesse ayant fait trois fausses couches auparavant. Léa est le premier enfant du couple.

Léa ne dort pas beaucoup durant la journée. A trois mois, elle a le sommeil très agité et se prend la tête dans les mains ce qui impressionne madame. Léa a du mal à dormir lorsqu'elle n'est pas à la maison ; elle résiste au sommeil. A deux mois, elle pleure beaucoup et en particulier après

chaque biberon. Elle a mis trois mois avant de pouvoir apprécier le bain et pleurait dès qu'on la déshabillait.

Madame a fait une dépression à la naissance de Léa. A trois semaines de vie, elle ne peut plus poser Léa dans son lit sans qu'elle pleure et cela jusqu'à ce que Madame la reprenne dans les bras. Cette situation la fatigue beaucoup, elle n'a plus de temps pour elle et se dit « au bout du rouleau ». A sept mois, Madame et sa fille se font des câlins le matin et jouent toutes les deux. Les journées sont difficiles car Léa est souvent « grognon ». Madame trouve qu'elle « râle » beaucoup, il y a des jours où « elle a envie de rien sauf de sa mère ». Léa lui demande beaucoup d'attention et est toujours en activité.

A la naissance Léa a vu un ostéopathe pour faire un travail au niveau du diaphragme car il était hypotonique. Madame trouve que depuis la naissance Léa est tonique au niveau des jambes. Elle a tenté de la détendre en la massant mais cela semble avoir eu plutôt l'effet inverse.

Depuis que Léa a trois mois, personne ne peut la prendre dans ses bras y compris son père. Ce n'est que vers ses six mois et demi, que Monsieur a pu de nouveau prendre sa fille sans qu'elle « hurle ». Personne ne peut l'approcher à part ses parents. Néanmoins lorsqu'elle est dans les bras de sa mère, elle accepte maintenant mieux la présence des autres.

Madame souhaite faire garder Léa par une assistante maternelle en décembre, pour la reprise de son travail. Ainsi, Madame aimerait savoir comment gérer la séparation avec sa fille sans qu'elle la vive comme un « abandon ». Pendant le premier entretien, elle insiste sur le fait qu'elle a peur de ne pas être une bonne mère.

3.3.3 Examen psychomoteur

Le Brunet Lézine n'a pas été réalisé, seul l'entretien avec la mère de Léa a eu lieu en Octobre 2005. Nous l'avons différé car il nous semblait préférable d'attendre un peu avant de réaliser le bilan psychomoteur en raison de l'anxiété maternelle et de la fusion de Léa avec sa mère. Elles ont arrêté de venir avant que nous ayons. De plus la demande de la psychologue n'était pas en rapport avec le développement psychomoteur, plutôt bon, de Léa mais concernait un travail corporel autour de la relation de la mère avec sa fille et à travers le jeu.

Lors de la première rencontre, Léa est âgée de 7 mois, elle ne cherche pas à se déplacer et reste la majorité du temps dans les bras de sa mère. Ceux-ci semblent être une source de réconfort et de réassurance. Cependant, elle n'arrête pas de bouger, ne trouve pas de position où elle puisse réellement se poser et tente d'attraper tout ce qu'elle peut (les rideaux, le collier...). Madame nous dit alors que c'est tout le temps comme ça. Léa semble très sensible aux bruits qui l'entourent.

J'ai réalisé un bilan d'observation sur les deux premières séances. Lorsque Léa est arrivée dans les bras de sa mère, elle me regardait d'un regard pénétrant. Après que je lui aie caressé le visage, Madame me dira en être étonnée car d'habitude cela la fait pleurer.

Au niveau postural et moteur, Léa tient assise sans soutien et Madame nous dit qu'elle commence à amorcer le quatre pattes. Lorsque la psychomotricienne prend Léa, elle se contracte. On note une alternance entre des moments de contraction et de relâchement au cours de la séance. Cependant, il semble que Léa soit un peu tendue au niveau des mollets. Madame nous dit alors que Léa « est un peu une boule de nerfs ».

En conclusion, dans ce que nous avons pu observer, Léa ne semble pas présenter de retard psychomoteur, elle serait même en avance au niveau postural. Cependant on remarque qu'elle fait peu de chose, elle cherche tout le temps le giron maternel. De plus, elle pleure pour des raisons inconnues et il semble qu'elle a parfois du mal à se lover et à s'apaiser dans les bras de sa mère. En effet, elle est toujours en activité.

Une discussion avec la psychologue qui voit Léa et sa mère nous a révélé un autre aspect du fonctionnement relationnel de cette dyade : en présence de la psychologue, Madame ne peut pas laisser jouer sa fille sans avoir besoin d'aller la toucher.

3.3.4 Projet thérapeutique

Nous pouvons dégager plusieurs axes de travail :

-Accompagner la mère afin de la rassurer dans ses compétences de mère et dans ses interactions avec sa fille au travers de jeux.

-Travailler sur la relation mère-enfant en aidant la mère à comprendre ce qu'exprime sa fille à travers son corps afin d'y répondre de façon plus adaptée.

-Travailler sur la différenciation des corps et favoriser un espace de partage entre la mère et l'enfant grâce à des expériences sensori-motrices et au dialogue tonique au travers de jeux et du massage.

-Amener l'enfant à s'ouvrir vers l'extérieur avec l'introduction d'un tiers.

-Favoriser la détente grâce à différentes techniques telles que le massage et différents types de portage.

La prise en charge aura lieu une fois tous les dix jours pendant une heure en alternance avec la prise en charge psychologique qui a lieu chaque semaine.

3.3.5 Prise en charge et évolution

Contrairement à ce qui se passe avec la psychologue, en séance de psychomotricité c'est Léa qui semble ne pas vouloir s'éloigner de sa mère. Elle ne peut jouer et s'éloigner un peu que quelques instants avec moi et rapidement elle réclame les bras de sa mère. On a ainsi un va et vient, un mouvement permanent entre Léa et sa mère. Madame nous dit qu'à la maison c'est tout le contraire d'ici, elle est autonome et joue seule. On note que pendant les séances Madame ne joue pas avec Léa, les échanges de regards sont limités.

Juste après avoir demandé les bras, Léa cherche à attraper un jouet au sol où s'agite. Pensant avoir mal compris ce qu'elle voulait, Madame la repose par terre mais Léa pleure et redemande les bras. Il semble qu'elle ait à la fois envie de jouer et d'être au contact de sa mère. Mais il arrive également que Léa pleure lorsqu'elle est sur les genoux de Madame avec un jouet. Elle semble en permanence dans l'inconfort.

Face aux demandes répétées de Léa pour que sa mère la prenne dans les bras, Madame ne réagit pas toujours tout de suite car elle se dit qu'elle ne va pas toujours tout faire à sa place. La psychomotricienne dit alors à madame qu'elle peut verbaliser le fait qu'elle a compris ce qu'elle veut, mais qu'elle aimerait qu'elle vienne la voir, qu'elle peut se déplacer. Effectivement on constate que Madame ne parle pas à Léa au cours des séances, elle ne verbalise pas et ne répond pas aux vocalises de Léa. Peut être cela explique t'il la surprise de Léa lorsqu'on y répond.

La mère de Léa semble avoir parfois des comportements opposés. Tout en manifestant sa difficulté à se séparer de sa fille, Madame cherche peut être un peu trop vite à ce qu'elle devienne

autonome. Au cours d'une des séances, Léa fait tomber un jouet, elle cherche à le reprendre mais elle n'y arrive pas. Sa mère ne va pas l'aider et nous explique pourquoi : elle cherche à ce que sa fille fasse seule le plus de choses possibles. Madame se demande si elle ne pousse pas Léa à être grande parce que plus elle grandit plus elle est à l'aise avec sa fille. Lors d'une autre séance, Léa tombe et se cogne la tête mais Madame finit ce qu'elle est en train de faire avant de la prendre dans ses bras pour l'apaiser.

Léa semble bien dans les bras de sa mère et la regarde un peu. Mais il arrive que Léa continue à s'agiter : elle croise les jambes, se tortille ; elle a du mal à se détendre, ne semble pas trouver de réconfort dans ce portage. Léa se love plusieurs fois dans les bras de madame mais peu de temps. La psychomotricienne propose alors à madame le « portage bouda » associé à un bercement. Lorsque madame essaye de faire de même avec Léa, celui-ci ne l'apaise que quelques instants.

Fin octobre, en vue d'une prochaine reprise de travail, Madame a commencé à faire garder Léa pendant quelques heures, pour qu'elle s'adapte progressivement à la séparation. La nourrice dit que la séparation est difficile, que Léa pleure beaucoup. Elle l'a posée dans son lit car en la portant Léa pleure encore plus. Elle s'est recroquevillée et s'est endormie accrochée à ses doudous. Madame dit avoir très envie de travailler mais en même temps, elle n'a pas envie de se séparer de sa fille d'autant plus qu'elle trouve que ça se passe mieux entre elles, qu'elles commencent à être plus dans l'échange. Alors que Léa acceptait mieux la séparation et avait fini par « adopter » la nourrice, un incident a eu lieu lors d'un repas où celle-ci a du forcer Léa à manger. Suite à cet incident, Léa n'a plus mangé le midi pendant une semaine et s'est remise à pleurer chez la nourrice. Pour conclure, ni la mère ni la nourrice n'ont voulu maintenir cette garde. Madame trouve que, depuis, Léa va beaucoup mieux et qu'elle n'a jamais autant « rigolé ».

La psychomotricienne a verbalisé le fait que si Madame veut se séparer de sa fille il faut pour cela qu'elle y soit prête, ce qui ne semble pas être encore le cas.

En décembre, madame nous rapporte que Léa peut à présent jouer avec des personnes qu'elle ne connaît pas. Pendant toutes les vacances, elle a été charmante sauf chez la grand mère paternelle où elle a crié très fort. Madame essaye de comprendre pourquoi. La psychomotricienne lui soumet

l'hypothèse que peut être l'humeur de Léa change avec la sienne : lorsque Madame est contente, Léa l'est aussi.

Madame raconte que sa fille fait une crise lorsque son père part pour aller travailler. Elle le décrit comme un « papa gâteau » avec lequel Léa s'amuse beaucoup tandis qu'avec elle, elle a le sentiment que « Léa s'ennuie ». Elle reconnaît tout de même qu'elle aussi est capable de faire rire sa fille.

Lorsque la psychomotricienne aide Léa à se mettre à quatre pattes, lui offre des appuis plantaires ou essaye de la relaxer sur le ballon, elle se met à pleurer et a besoin des bras de sa mère pour se rassurer et s'apaiser.

Pendant le massage réalisé par la psychomotricienne, Léa est attentive, se tourne vers sa mère et me cherche du regard. Elle oscille entre le rire et les pleurs avant de finir par s'apaiser. De même que pour le massage, lorsqu'on joue avec Léa par terre, elle ne sait pas trop si elle veut rire ou pleurer.

Lors de la 3^{ème} séance, pendant que la psychomotricienne parlait avec Madame j'ai pu être proche de Léa. Elle semble se détendre, c'est comme si elle était portée par la parole. Madame nous dit qu'elle pense que c'est lié au fait qu'elle parle beaucoup. A la fin de la séance Léa joue plus, demande moins les bras. Au bout de 20 minutes, elle commence à avoir des vocalises et à se décontracter.

Lors de la dernière séance, il est convenu qu'avec la reprise du travail par madame, Léa sera amenée par son père aux séances de psychomotricité.

3.3.6 Conclusion

Nous avons essayé de contenir Léa et sa mère en mettant des mots sur ce qui se passait en séance et ainsi tenter d'éclairer Madame sur ce que sa fille exprime à travers son corps.

Devant la difficulté à se séparer de sa fille et l'impérieuse reprise du travail de Madame, seules ressources du couple, la double prise en charge psychologique et psychomotrice s'est arrêtée. Monsieur n'a pas souhaité continuer le travail entrepris par sa compagne.

PARTIE DISCUSSION

Après des enfants de moins de trois ans, la psychomotricienne est rapidement amenée à entrer en contact physique avec eux, en particulier pour travailler la posture et la motricité. Pourtant le toucher n'est pas anodin, bien des enfants y sont réticents. J'évoquerai, dans un premier temps, ce que j'ai pu retirer de mon expérience avec les trois enfants que j'ai présentés précédemment et les outils mis en place pour leur prise en charge. Puis j'aborderai différentes réflexions sur la prise en charge en psychomotricité des enfants qui ont des difficultés avec les contacts physiques et les moyens que nous pouvons proposer aux parents pour aborder ces contacts avec leur enfant.

1. La recherche d'un toucher adapté

Je vais aborder trois modes d'approches différents au travers des trois situations cliniques que j'ai choisies. Celles-ci vont nous permettre d'évoquer la perturbation de l'enveloppe tactile par excès, par manque de stimulation et par l'indifférenciation des corps.

Il s'agit d'examiner comment le psychomotricien peut co-construire avec les parents un toucher adapté et sécurisant qui soit un moyen de communication et d'aide au vécu corporel. Selon D.ANZIEU, tout vécu corporel amène un vécu psychique ; dans tout portage physique, il y a un portage psychique. Ainsi, tout ce qui tourne autour des sensations corporelles et du toucher importe d'autant plus que cela influe sur le développement psychique de l'enfant.

Si j'ai choisi de développer chacune de ces situations c'est parce que tous les enfants ne sont pas sensibles de la même façon et pour les mêmes raisons. C'est pourquoi la prise en charge pourra être bien différente selon les enfants.

Timothée, ou comment, à travers le portage des parents peuvent-ils ré-autoriser un toucher acceptable

1.1.1 L'histoire du toucher

A l'âge de quatre mois, Timothée a été hospitalisé et a subi de nombreux soins et en particulier pour une tumeur au cerveau. D'après l'étude de MISER (cité par MURAT I. et ECOFFEY C.), la douleur induite par le traitement chez des enfants hospitalisés est deux fois plus importantes que la douleur induite par la tumeur. Or, il est reconnu que les événements nociceptifs (isolés ou répétés) peuvent laisser des traces « mnésiques » chez le nouveau-né. Selon

D.ANNEQUIN, l'absence de sens vis à vis des gestes médicaux douloureux renforce la mémorisation. Ceci peut parfaitement créer chez certains enfants de véritables événements traumatiques qui s'exprimeront par des conduites d'évitement du monde de la santé. Peut-être cela explique t'il qu'à la suite de son hospitalisation, Timothée ne veuille plus être touché que par ses parents. Il est possible qu'il ait assimilé le toucher venant d'étrangers à la sensation douloureuse. Peut-être cela a-t-il un lien avec le fait qu'il vive mal nos mobilisations. Ne peut-on pas ici parler d'angoisse d'anticipation ?

Au début de la prise en charge, tout toucher, portage ou mobilisation de la part de la psychomotricienne l'angoissait, ce qui se traduisait par un raidissement tonique. Au départ, seul son père pouvait jouer avec lui sans qu'il ne s'agite. Ainsi, pour Timothée la psychomotricienne s'est appuyée sur la confiance qu'il faisait à son père pour solliciter son développement psychomoteur tout en les accompagnant dans leurs jeux moteurs. Monsieur n'est pas pour autant devenu le soignant de son enfant, c'est tout simplement un moment partagé dans lequel ils peuvent tirer l'un et l'autre du plaisir. Cependant, la psychomotricienne peut proposer au père de refaire avec son fils certains mouvements à la maison, tout en étant attentive à ce que les parents ne stimulent pas leur enfant de façon excessive et que cela ne devienne pas leur seul moyen d'entrer en relation avec lui.

Il est vrai qu'au tout départ la psychomotricienne ne pouvait pas toucher Timothée et encore moins le prendre dans ses bras sans qu'il pleure. Mais au cours de la prise en charge, il semble que ce soit le toucher sécurisant du père ou tout simplement la confiance qu'il a en lui qui fasse la différence entre Monsieur et nous. Dans les premiers temps, Timothée pleurait à chaque fois qu'il se trouvait en position quatre pattes et on avait l'impression que tout contact physique le faisait pleurer également. Progressivement nous nous sommes rendu compte que c'était cette position qui était angoissante ; elle était même peut être restée douloureuse à cause des céphalées provoquées pour l'inclination de sa tête. Alors est-ce le toucher qui lui fait peur ou plutôt les mobilisations ? Je pense que ce n'est plus le toucher à proprement dit qui est en cause ici.

Du fait de sa maladie, la mère de Timothée voyait son fils comme un enfant fragile. Elle était dans un mécanisme relationnel particulier où le lien se matérialisait par des attitudes d'hyperprotection de son enfant. Tout semblait faire penser qu'elle seule pouvait apporter du bon à son bébé. Le toucher par là-même lui était réservé.

A partir du moment où les séances ont eu lieu avec Monsieur, Timothée semblait accéder à plus de plaisir moteur. Monsieur lui donnait sans doute la sécurité dont il avait besoin pour prendre confiance en son corps et sa motricité. Selon D.ANZIEU, « *s'abandonner au plaisir suppose la sécurité d'une enveloppe narcissique, l'acquisition préalable d'un Moi-peau. La douleur, si on échoue à la soigner, menace de détruire la structure même du Moi-peau, c'est à dire l'écart entre sa face externe et sa face interne, aussi bien que la différence entre sa fonction de pare-excitation et celle d'inscription des traces signifiantes* » (ANZIEU D. , 1985, p 228). Peut être Timothée n'a t'il pas encore acquis une enveloppe « suffisamment solide » de par son vécu douloureux, le rendant ainsi très sensible au toucher de l'Autre.

Je pense que cette différence de comportement des parents envers Timothée vient du fait que généralement les pères sont plutôt stimulants et les mères réconfortantes (Cf : 3.1 l'attachement). Il se peut également que ce soit lié au fait que Monsieur a passé moins de temps à l'hôpital. Par conséquent, il voit peut être moins son fils comme un enfant fragile ou peut-être se réfugie t'il dans un mécanisme protecteur de déni pour oublier ce début de vie difficile.

Progressivement, Timothée a moins présenté le besoin de retourner au contact de son père pour se rassurer. Avant d'acquiescer complètement son indépendance, par ces allers-retours entre son père et ses expériences motrices légèrement anxieuses, Timothée expérimente ce qu'on appelle la balance sécurité/risque. J'ai pu constater qu'il a moins besoin d'être sécurisé par son père lors de ses activités manuelles, à la table ou au sol qui ne nécessitent pas de déplacement, celles-ci étant sans doute moins risquées pour lui que les activités motrices.

Il me semble important de respecter ce besoin de contact : les parents donnent à Timothée, à travers leur « *holding* » et « *handling* », la sécurité de leur présence au quotidien qui lui permettra de devenir autonome. Pour le moment, Monsieur parle de Timothée, à la maison, comme d'un enfant qui est encore très dépendant de ses parents. Il cherche à rester en permanence près d'eux, sachant qu'il y a aussi une certaine rivalité avec son frère qui monopolise beaucoup sa mère. Aussi, il est imaginable qu'il mettra plus de temps à prendre une distance tolérable avec ses parents, mais on observe que cela se fait progressivement.

1.1.2 L'apport de la psychomotricité

J'ai constaté que Timothée appréciait bien mieux de toucher que d'être touché même par l'intermédiaire d'un médiateur. Dans le premier cas de figure, on maîtrise notamment l'intensité du contact et les parties du corps qui vont être touchées. alors que dans le second, on ne sait pas comment l'on va être touché. C'est pour cette raison, qu'il paraît essentiel de laisser, dans un premier temps, Timothée explorer le nouveau médiateur proposé. S'il a déjà du mal à le toucher, il acceptera encore moins d'être touché avec cet objet. Dans un deuxième temps, j'ai tenté de lui faire toucher le médiateur avec une autre partie du corps que celle qu'il utilise afin de solliciter sa prise de conscience corporelle.

Lors des premières séances, Timothée apparaît comme un enfant n'éprouvant pas de plaisir sensori-moteur. Les sensations corporelles reçues par l'enfant (touchers, piqûres, chatouilles etc.) contribuent à la structuration de son corps. Peut-être, que le vécu douloureux de Timothée ne lui a pas donné une « représentation solide » de son corps. Cela pourrait expliquer que certaines positions l'angoissent. Je pense que le fait qu'il ait été immobilisé plusieurs jours dans un lit lors de ses hospitalisations, a limité ses explorations motrices, en particulier avec le bas du corps qu'il a par conséquent peu investi. Cela peut expliquer son retard en motricité globale et qu'il soit plus à l'aise dans le domaine de la motricité fine. L'objectif de la psychomotricienne va donc être de lui faire découvrir toutes les parties de son corps afin de l'aider, dans une relation contenante, à s'approprier le plaisir sensori-moteur.

Dans un premier temps, la psychomotricienne a proposé à son père de soutenir son tonus et de l'accompagner dans les situations où il commençait à exprimer du plaisir. Puis, progressivement de nouveaux mouvements ont pu être proposés afin de diversifier ses éprouvés corporels. Il a pu faire de nouvelles expériences sous le regard et les encouragements de son père.

Dans un deuxième temps j'ai pu à mon tour accompagner Timothée dans sa motricité. Mais, il avait tout de même besoin d'être soutenu par le regard et la parole de son père. En effet, en passant par Monsieur nous avons permis à Timothée de vivre des expériences motrices avec son père pour ensuite pouvoir vivre avec l'Autre sans crainte. D.W. WINNICOTT (1971) parle de « *phénomènes transitionnels* ». Sachant qu'il peut être sécurisé par la parole, je le soutenais par la mise en mots des actions et des émotions en l'accompagnant corporellement.

L'objectif thérapeutique n'est pas tant de lui donner du plaisir sensori-moteur que de restaurer chez lui ce qui l'amènera à prendre plus d'initiatives motrices. En effet, les expériences motrices proposées à Timothée ne prennent de valeur que s'il a le désir de les vivre, puis cherche à les revivre indépendamment de l'autre. On peut dire que cet objectif a été atteint car il n'a plus peur de prendre des initiatives motrices.

Timothée a également profité de la piscine à balles comme un temps de détente après des expériences riches en émotions. Nous pouvons supposer qu'il ne souhaite plus en sortir parce qu'il s'y sent bien. Stimulé tactilement par les balles qui l'entourent, on peut se demander s'il ne trouve pas là une certaine contenance corporelle et s'il ne s'y sent pas protégé, d'autant plus que lorsqu'il est dans la piscine, on ne le mobilise pas.

Dans la prise en charge, nous avons proposé le toucher thérapeutique à Timothée et ses parents. En effet, ce toucher peut leur être bénéfique à différents niveaux.

En massant leur enfant, les parents peuvent se rendre compte de sa solidité. Selon COLONNA-CESARI.C, le massage peut éviter à l'enfant de se vivre, à travers l'angoisse parentale, comme un enfant fragile à vie.

De plus, par le massage les parents apportent à leur enfant un toucher sécurisant, contenant, rassurant l'enveloppe. « *Les enfants ayant subi des hospitalisations précoces qui ont perturbé leur développement, leur relationnel ou leur équilibre, ont besoin d'être massés, régulés, rassurés, fortifiés. Le massage peut grandement contribuer à leur retour à une vie normale, à la récupération de leurs forces, de leurs défenses et de leur optimisme* » (COLONNA-CESARI C. , 1990, p 79).

Mais le massage peut également être réalisé par la psychomotricienne. Le fait que ce soit elle qui le masse lui permet de vivre différents modes de toucher et de reprendre confiance dans le contact physique avec l'autre.

Je ne sais pas si cela a été fait dans le cas de Timothée mais j'aimerais rajouter qu'un massage post-opératoire aurait été bénéfique pour Timothée après les gestes invasifs et douloureux

dont il a été l'objet. En effet, D.ANNEQUIN, le massage thérapeutique se révèle très efficace pour diminuer la douleur et abaisser le niveau d'anxiété.

Colin, ou comment établir une relation avec un enfant difficilement accessible

L'histoire du toucher

Madame a été séparée de son fils pendant quelques jours entraînant un appauvrissement sensoriel peut être en lien avec les difficultés de communication et d'ouverture sur le monde de Colin. On dit que la présence de la mère après la naissance est importante pour sécuriser l'enfant (Cf : 2.2.2 autour de la naissance). Cette séparation à la naissance et l'accouchement difficile n'ont ils pas rendu la mise en place de l'attachement plus compliquée ? C.COLONNA- CESARI pense effectivement qu'un accouchement trop subi ou hyper médicalisé peut interférer dans l'établissement du lien entre le parent et son bébé. De même, tout traumatisme physique ou psychoaffectif, peut influencer sur la santé du bébé ou l'établissement du lien mère-enfant. Monsieur, lui, établit un lien entre l'accouchement doublement traumatique (physique et psychique) et les troubles de Colin.

Aujourd'hui Colin présente ce que l'on peut appeler des troubles de la relation. Les pathogénies (dysfonctionnements des systèmes corporels et relationnels, avec dérèglement des modes de communication) ne sont à mettre à la charge ni de l'enfant, ni de la mère. Elles sont imbriquées dans la relation corporelle mère-bébé et participent aux blocages ou perturbations des investissements de l'enfant vers l'espace, les objets et les partenaires. Dès la naissance, l'enfant a des modes réactionnels et expressifs personnels ; il s'instaure donc une rencontre spécifique entre deux être humains. Ainsi, pour décoder les pathogénies psychomotrices, il faut prendre en considération le comportement de la mère et de l'enfant.

On ne sait pas comment les relations se sont établies au départ entre Madame et Colin. Tout ce que l'on peut dire, c'est que pendant les séances, Madame tente d'entrer en relation avec lui. Néanmoins, le fait que ses parents le déposent rapidement sur le tapis me fait penser que c'est peut-être un moment où ils prennent de la distance par rapport aux difficultés qu'ils peuvent éprouver avec Colin sans pouvoir le reconnaître.

Je me demande, s'il n'aurait pas besoin d'être plus contenu quantitativement et qualitativement qu'il ne l'est, d'autant plus qu'il présente une hypotonie axiale. Selon M.GAUBERTI, un enfant hypotonique affaibli sur lui-même ne contrôle pas son corps et le contact avec un autre corps qui le soutient lui est indispensable. Cependant, il arrive que Madame le porte de telle façon que cela ne favorise pas l'ouverture vers l'extérieur, alors que nous cherchons justement à ce qu'il puisse s'intéresser à ce qui l'entoure. La psychomotricienne incitera donc les parents à favoriser les échanges que Colin peut avoir avec l'extérieur. Il semble, qu'après la naissance, la mère ait cristallisé ses interactions avec son fils sur un mode hyper protecteur. L'espace relationnel entre Colin et sa mère semble très variable. Cet espace est-il assez sécurisant et contenant ?

J'ai constaté qu'il existe également chez lui beaucoup de fluctuations dans ses sensations. Dans la relation que l'on peut avoir avec lui, son tonus, ses mimiques (rire, colère) sont extériorisées de façon exagérée ou au contraire peu expressives voire absentes.

Colin peut faire des colères importantes avec des décharges toniques alors qu'il est habituellement hypotonique. Il lui arrive aussi de rire de manière excessive, il semble envahi par une excitation qu'il ne peut maîtriser, qui le submerge, évoquant une défaillance des fonctions de contenance et de pare-excitation.

Colin ne manifeste pas son affection à ses parents en séance, il n'amorce pas la communication et ne réagit pas ou peu aux sollicitations de ceux-ci, restant passif. Cette non-implication corporelle dans la relation est peut-être le signe d'une insuffisance d'apport dans la dynamique interactionnelle elle-même. Selon M.GAUBERTI la réduction ou l'absence des expressions corporelles d'attachement traduisent l'impossibilité de l'enfant à vivre et ressentir la continuité d'existence et le privent du sentiment de sécurité. Il semble que l'attachement soit « *insécure* », en effet. Colin n'est pas affecté par le départ de ses parents, il ne va pas chercher de réconfort auprès d'eux et lorsqu'ils le prennent dans les bras pour l'apaiser il a du mal à les utiliser comme source de réconfort. Selon D.ANZIEU, l'absence d'initiatives sensori-motrices et du « *double feed-back* » peut entraîner chez l'enfant des réactions de retrait ou de colère, il ne se crée pas cette enveloppe sécurisante prémisses du Moi-peau.

Lui qu'il faudrait nommer, appeler, solliciter, est peut-être moins cajolé, moins interpellé parce que sa mère est confrontée à un enfant indifférent et peu expressif. Cela peut la dérouter, la

frustrer, l'angoisser de ne pas être entendue ou que ses désirs exprimés restent sans réponse ni reconnaissance. Cependant, au cours de la prise en charge, il est arrivé que Colin amorce la relation et fasse des câlins à sa mère. Cela semble avoir un effet positif chez elle qui fait écho dans le comportement de Colin. C'est l'attachement entre lui et sa mère qui est concerné ici.

D'après les informations données par les parents, on a le sentiment que l'espace d'exploration de Colin est restreint. Cela nous amène à penser que ses expériences motrices et sensorielles ont été limitées. Sachant que c'est au travers des sensations tactiles et des éprouvés corporels que le schéma corporel se construit, je suis amenée à penser que ce manque d'expérience est en lien avec le fait qu'il ait peu investi le bas du corps. L'angoisse provoquée par les changements d'appuis vient peut être du fait qu'il ne se soit pas encore bien approprié son corps. On peut se demander, si en respectant les « interdits » de Colin, ses parents n'ont pas renforcé ses difficultés relationnelles et son retard psychomoteur, puisqu'ils n'ont pas insisté pour jouer avec lui. Ils sont entrés dans une spirale transactionnelle négative. Cependant, le manque de stimulations peut venir de la mère, mais également du bébé, notamment lorsqu'il présente une hyper-irritabilité innée ou une hypo créativité. L'important est véritablement de travailler sur l'interaction.

1.2.2 L'apport de la psychomotricité

Au cours des premières séances, nous observons Colin, la relation qu'il a avec ses parents, ses déplacements, ce qu'il fait avec les jouets, son comportement lorsque l'on essaye de jouer avec lui et que l'on entre dans son espace de jeu. Ce travail d'observation est indispensable avant de pouvoir travailler sur les Niveaux d'Evolution Motrice (NEM selon Le Métayer) qui nécessitent des mobilisations et donc un toucher.

Au départ, toute tentative de jeux avec Colin entraînait des colères. Cependant nous avons tout de même décidé de forcer un peu cette « barrière » qui nous séparait de lui, mais de façon modérée et en étant à l'écoute de ses angoisses. Plusieurs fois, j'ai pu constater que le regard de Colin était absent, lorsqu'on le touchait en particulier. Est-ce un moyen pour lui de s'échapper, de se défendre ? Ou ces absences ne sont elles dues qu'à la fatigue, la séance de psychomotricité ayant lieu tard dans l'après midi ? Si les contacts tactiles engendrent des sensations, elles

engendrent également des émotions. Lorsque je fais découvrir à Colin des sensations nouvelles, cela peut l'irriter tactilement et lui provoquer des colères, mais progressivement il s'y habitue. Alors n'est ce pas parfois nécessaire de se permettre d'aller plus loin quand cela semble possible ? C'est une question difficile, à laquelle on ne peut avoir de réponse toute faite. Chaque enfant est différent et il peut y avoir des moments plus propices que d'autres. Je pense, qu'ici, il faut que la psychomotricienne fasse appel à son ressenti, qui se développera et s'affinera avec l'expérience au fil des années.

Selon les jours, Colin est plus ou moins disponible, il est plus ou moins difficile d'entrer en contact physique et psychique avec lui. J'essaye alors de rompre son isolement **apparent** en l'interpellant par la parole, des sons et en jouant avec lui. Lorsque je sens que cela est possible, je travaille sur la posture et la motricité qui nécessitent un toucher.

On ne peut pas dire que Colin joue, il est plutôt dans la manipulation. L'objectif thérapeutique de l'introduction de l'objet dans l'espace relationnel est d'atteindre une utilisation ludique de l'objet et d'introduire sa fonction de médiateur de communication, pour qu'apparaisse un espace vacant entre l'objet et le corps de l'enfant, vacuité qui est l'espace du désir. *« C'est la médiation qui doit amorcer la relation, pour éviter ses réactions défensives de fermeture excessive à un contact direct vécu comme une agression et intrusion en raison de l'espace forclos dans lequel s'est replié le nourrisson avec l'objet »* (M.GAUBERTI, 1993, p 132). Dans la pratique, plusieurs alternatives sont possibles avec l'objet pour entrer en relation avec l'enfant :

-toucher en même temps que l'enfant le jouet, mais le rendre sonore (tapotement, vibration...) et autrement mobile initiant ainsi une relation.

-susciter la curiosité et le plaisir sensoriel par des objets de textures diverses.

-reprendre les jeux de manipulation de Colin en les prolongeant d'une utilisation différente ou dans un autre espace afin de « casser » les répétitions manuelles.

-faire entendre à Colin un rythme sonore à l'aide d'instruments ou de la voix afin de l'amener à sortir de ses manipulations. Cette sonorisation permet d'expérimenter la permanence d'un espace environnant, les orientations corporelles et les réponses toniques vers un espace plus lointain.

L'objectif de ces différentes situations est la transformation du circuit fermé dans lequel s'est replié l'enfant en un circuit ouvert sur l'extérieur, ouverture matérialisée par l'objet dans la mesure où il vient de l'Autre.

On peut proposer à Colin un dialogue même s'il ressemble parfois à un monologue en raison de l'absence de réactions et d'expressions motrices et toniques de l'enfant. D'après M.GAUBERTI, cette absence n'est jamais totale et avec ces enfants, la disponibilité et la sensibilité corporelle de la psychomotricienne doivent être maximales pour saisir l'ébauche d'un sourire, le signe d'une émotion. Nous tenterons d'amener les parents à décrypter les tentatives de communication de l'enfant par son corps. Afin de ne pas se laisser emporter dans ce vide par cette absence que nous renvoie l'enfant, la psychomotricienne doit garder un dynamisme qui lui permette de rebondir toujours et encore sans se « décourager » face à l'inexpressivité de l'enfant. C'est ce que je vis lorsque Colin ne donne pas de retour à mes expressions, mes gestes etc. On peut comprendre que ce soit difficile pour les parents de toujours initier la relation. L'objectif de ce dialogue va être d'amener Colin vers un désir de communiquer d'avantage et ainsi d'amorcer la relation.

Pour favoriser une rencontre corporelle autre que dans l'échange d'objet nous avons proposé aux parents de masser leur enfant. T.FIELD pense que contrairement au toucher ordinaire, le massage est prévisible. En cela il serait plus facilement accepté par des enfants qui n'aiment pas être touchés. Les parents de Colin peuvent avoir le sentiment que leur affection est rejetée lorsque Colin refuse qu'on le touche ainsi que ses jouets. Aussi, ils expliquent ce refus comme un trait de caractère qui serait à respecter sans se poser la question d'une éventuelle pathologie relationnelle.

A travers le massage parental nous favoriserons un lien charnel dans la réalité corporelle de leur enfant qui, malgré ses troubles de la relation, n'en a pas moins des possibilités relationnelles à découvrir.

De même que pour Timothée, le massage peut transmettre à Colin que le toucher peut être bénéfique. De plus, il va améliorer sa capacité à interagir avec les autres, favoriser le lien d'attachement et lui donner au travers de la peau, une qualité de présence maternelle exceptionnelle. Enfin, le massage favorisera son développement psychomoteur.

Pour toutes ces raisons, il semble une bonne indication pour Colin et ses parents. Madame paraît avoir bien investi ce temps avec son enfant, à la maison.

Léa, ou comment trouver un espace qui permette à chacun de penser

1.3.1 L'histoire du toucher

Il existe entre Léa et sa mère une relation fusionnelle. Je pense que le fait d'avoir vécu trois fausses couches avant la naissance de Léa a participé à la mise en place de ce type de relation. N'est ce pas l'expression d'un désir de garder son enfant près d'elle afin qu'il ne lui échappe pas ou plus ? Il semble que la mère comme Léa ait du mal à supporter la séparation ; à trois semaines, Léa l'accapare en exigeant ses bras mais de son côté, Madame ne freine t'elle pas les tentatives timides d'éloignement de sa fille en allant la toucher. Au travers du contact corporel, ne tentent elles pas de diminuer la distance qui les sépare ?

Dans ce type de relation, la sensorialité de l'enfant va manquer de variations et la priver des éprouvés toniques nécessaires à la constitution d'un pare-excitation autonome. L'enfant fuira alors toute situation trop excitante, c'est-à-dire incompatible avec ses capacités de régulation et avec le mode de communication maternel, tel que la confrontation à l'étranger. D'où l'importance de l'interdit du contact global c'est à dire de la fusion et de la confusion des corps posé par D.ANZIEU. C'est peut être parce que la fonction de pare-excitation est peu efficace que depuis l'âge de trois mois, Léa pleure lorsque quelqu'un d'autre que sa mère la prend ou s'approche d'elle. Peut on parler de la peur de l'étranger ?

Mettre au monde un enfant n'est pas d'emblée devenir parent. Comme beaucoup de mères, Madame a beaucoup d'incertitudes et se pose des questions sur sa capacité à être une bonne mère. Elle compare le comportement de sa fille avec elle et avec son mari. Peut être Madame a-t-elle peur de ne pas avoir une aussi bonne relation avec sa fille que son mari. Elle a tendance à se dévaloriser face à lui. Monsieur semble vécu par Madame comme un rival dans l'amour qu'elle porte à sa fille. Elle craint sans doute que Léa ne se détache d'elle pour aller vers Monsieur. Le fait que pendant un temps il ne puisse plus prendre Léa dans ses bras était peut être lié à cette rivalité. Aujourd'hui, Madame semble mieux accepter que Monsieur et sa fille s'entendent bien.

De même, lorsque nous jouons avec Léa, elle ne sait pas si elle doit rire ou pleurer. On a l'impression qu'elle ne sait si elle peut s'autoriser à être contente en notre présence. Il semble que Léa nourrisse la rivalité inconsciente que Madame porte à l'attention de ceux qui s'intéressent à sa fille. Peut être est ce pour cela d'ailleurs qu'en séance, Léa restreint plus que chez elle la distance

qui la sépare de sa mère. A moins que Léa ne soit pas encore prête à jouer avec quelqu'un d'autre que sa mère.

Madame nous raconte que la perfection qu'elle exige d'elle-même dans les soins de Léa et sa préoccupation constante pour sa fille la fatiguent énormément. Madame a le sentiment de ne pas avoir de modèle de mère auquel elle peut se référer du fait de l'homosexualité de sa propre mère. Pour T.B. BRAZELTON, les femmes qui ont ce type de comportement se réfèrent inconsciemment au modèle de la mère parfaite, capable de tout pour réaliser et maintenir le « nirvana » chez son bébé. Mais aucune mère n'est parfaite, D.W. WINNICOTT (1971) parle de « mère suffisamment bonne ».

On peut se demander si en voulant être une mère parfaite pour sa fille, Madame ne cherche pas à s'adapter de façon trop étroite à Léa, ce qui ne l'incite pas à utiliser un « *objet transitionnel* ». Celui-ci prend la place du sein ou de l'objet de la première relation et le représente avant que l'enfant ne le perçoive de façon indépendante par rapport à sa mère. « *L'objet représente la transition du petit enfant qui passe de l'état d'union avec la mère à l'état où il est en relation avec elle, en tant que quelque chose d'extérieur et de séparé.* » (WINNICOTT D.W. , 1971, p 26) Pour, D.W. WINNICOTT (1971) en l'absence « *d'objet transitionnel* » autre que la mère elle-même, il n'y a pas de lieu de transition entre le bébé et la mère. Il parle d'une « aire intermédiaire » nécessaire pour qu'une relation s'inaugure entre l'enfant et le monde. Léa, elle, reste proche de sa mère ce qui limite son espace d'exploration. Ses va et vient entre les jouets et sa mère sont rapides et peu constructif finalement, la séparation d'avec sa mère est minime. Selon J. de J. de AJURIAGUERRA, au cours des deux premières années, les étreintes, les baisers etc. matérialisent les aléas de la distance à la proximité dans la relation mère-enfant. Ce réglage conjoint va participer à l'individuation progressive de l'enfant.

La séparation d'avec la mère joue un rôle important dans l'extension des contacts de l'enfant avec le reste du monde. Ainsi, en voulant trop bien faire pour sa fille, peut être que Madame ne favorise pas la prise d'autonomie de Léa et son ouverture vers le monde extérieur.

Léa me regarde fixement et me cherche. Une relation s'établit mais à distance, à moins que ce ne soit l'expression d'une inquiétude. Il semble qu'en parlant avec la psychomotricienne,

Madame détache son attention de sa fille et facilite la relation entre Léa et moi. On est également amenée à penser que Léa a besoin de temps avant de pouvoir se poser et entrer en relation avec l'Autre. Ses vocalises viennent elles du fait que Léa est sortie de l'espace de sa mère, dans lequel elle ne peut s'exprimer autrement qu'en se « collant » au corps maternel, sans satisfaction ?

Madame pense qu'elle et sa fille se communiquent leur tension. En interagissant directement ou non avec son enfant, la mère instaure ce que J. de AJURIAGUERRA appelle un dialogue tonico-émotionnel. A travers son tonus, la mère donne à son enfant des informations sur son état physique et psychique qui peut susciter la détente ou bien la crispation, le rejet. L'enfant perçoit les modifications toniques de la mère et y réagit. Selon T.B. BRAZELTON, « *à sa façon de le mettre au lit, le bébé « apprend » ce que sa mère ressent au sujet de la séparation, et de la solitude.* » (BRAZELTON T.B. , 1990, p 22) Ces messages véhiculés par la mère vont orienter la vie fantasmatique de Léa, ses valeurs, sa définition du plaisir et celle du danger. De même que le dialogue tonico-émotionnel, l'occupation corporelle de l'espace relationnel par la mère traduit inconsciemment ses affects pour le nourrisson (émotions, sentiments etc.).

Les difficultés rencontrées par la mère lorsqu'elle veut laisser Léa à quelqu'un ne sont elles pas dues à ce que Léa perçoit de l'ambivalence de sa mère ? Au fond, le comportement de Léa ne serait t'il pas l'expression du désir inconscient de sa mère de la garder près d'elle, ou que sa fille ne puisse être bien que dans ses bras ? Notons que Léa aussi est ambivalente ne serait-ce que par son va et vient auprès de sa mère ou son agitation dans ses bras après les avoir demandés.

Néanmoins, quand Léa demande les bras de sa mère, il est apparu qu'elle souhaitait tout simplement jouer sur ses genoux. Avant d'avoir pu comprendre cela avec Madame, il est possible que le comportement de Léa dans ses bras suite à sa demande lui donnait le sentiment de ne pas comprendre sa fille ou encore d'être rejetée par elle.

On peut imaginer que Léa n'aime tout simplement pas être limitée dans ses mouvements. H.SCHAFFER et P.EMERSON (cités par J. de AJURIAGUERRA) ont montré que si certains bébés aiment se blottir et être pris dans les bras, d'autres manifestent une résistance aux contacts physiques. C'est surtout la restriction de leurs mouvements que ces bébés semblent mal supporter. Néanmoins, ils aiment recevoir d'autres types de stimulations tactiles et kinesthésiques lors de jeux corporels plus dynamiques. Ces différences ne sont pas pathologiques et n'influent pas sur le

développement de l'attachement mère-enfant, dans la mesure où la mère sait s'adapter aux particularités de l'enfant. Enfin, l'étude décrit ces enfants non-câlineurs comme des enfants hyperactifs au développement moteur précoce.

Cette étude m'a interpellée car d'une certaine façon, on retrouve chez Léa un besoin de liberté de mouvements même si elle désire être proche de sa mère. De plus, Léa a toujours besoin d'être active, elle se pose peu dans les bras de sa mère et son développement psychomoteur est plutôt précoce. Face au comportement particulier de Léa, Madame semble avoir du mal à s'adapter : soit elle lui laisse trop d'espace pour jouer seule par terre, soit elle la prend dans les bras de façon invasive.

La dynamique de différenciation mère-bébé peut être freinée par une mère « collée » à son enfant, ne lui proposant que des contacts corporels dans les situations d'échanges. Les communications adressées à Léa par sa mère et sa réponse à ses pleurs sont essentiellement tonico tactiles. Elle ne semble pas avoir d'autres moyens de lui répondre : elle ne lui parle pas et ne la regarde pas en face à face. La sensibilité est plurielle, ce n'est pas que par la peau que l'enfant perçoit le monde. Selon M.GAUBERTI, les communications tonico tactiles accompagnées de regards et de la voix participent à la création de l'espace relationnel et marquent la séparation des corps.

Systematiquement, Madame semble n'avoir comme réponse à proposer à sa fille que des rapprochés corporels et non un désir réel de communiquer.

La « fusionnalité » dont parle M.GAUBERTI est caractérisée par l'existence d'un espace unique mère-bébé sans possibilité pour l'enfant d'éprouver les limites de son corps ni son espace corporel propres séparés du corps et de l'espace maternels. Faute d'un espace libéré des contacts corporels, le jeu ne semble pas introduit entre Léa et sa mère. Selon R.OUVRAY, « *la participation de la mère au jeu et le plaisir qu'elle y prend sont des conditions affectives nécessaires pour qu'un jour l'enfant acquière la capacité à être seul* » (OUVRAY R. , 1996, p 117).

1.3.2 L'apport de la psychomotricité

Comment introduire un entre-deux pour permettre à Léa et ses parents d'avoir un espace où chacun peut avoir une place à part entière ? Comment allons nous, en tant que psychomotriciennes, pouvoir introduire du tiers dans cette relation fusionnelle ? C'est à ces questions que j'ai cherché à répondre.

Je pense que pour favoriser l'ouverture de l'unité mère-enfant, il est important d'analyser dans un premier temps, ce qui se passe dans la relation. La psychomotricienne pourra dans un second temps tenter d'aménager ou de réaménager un espace de partage entre elles par la mise en jeu des expressions corporelles (gestuelles, tonus, postures) et affectives, supports de la communication dans l'interaction.

« Cette thérapie psychomotrice visant l'ouverture de l'unité mère-enfant n'a pas pour objectif de séparer mais de relier et d'accorder la mère et l'enfant ; ce qui n'est réalisable que s'ils se reconnaissent mutuellement comme sujets désirants et que s'ils investissent chacun un espace personnel (d'où l'obligatoire différenciation entre le dedans et le dehors) et un espace de partage où ils se retrouveront communicants » (GAUBERTI M. , 1993, p 106). Il s'agit donc de faire en sorte que cette relation symbiotique mère-enfant se différencie en une dyade composée de deux partenaires à part entière.

Dans un premier temps, nous observons et analysons la relation mère-enfant afin d'aider la mère à percevoir les désirs de sa fille et ainsi à mieux s'y adapter. J'ai pu constater que Madame est très présente vis à vis de sa fille à certains moments et pas assez à d'autres. Elle n'arrive pas encore à distinguer quand elle doit intervenir tout de suite pour sécuriser sa fille et quand elle doit attendre une réponse de sa part. On note ainsi une inadaptation dans le holding, trop fusionnel ou trop à distance.

Dans un second temps, l'intervention d'un tiers va permettre à l'enfant de se séparer de sa mère. Mais ce tiers ne doit pas s'imposer en proposant des situations hors de cet espace. Il doit reconnaître la « fusionnalité » entre la mère et l'enfant sans tenter de déchirer l'enveloppe commune qui les sépare du monde. Cela ne ferait que renforcer l'unité mère-enfant. Le tiers aura pour objectif d'amener l'enfant à désirer et à exprimer ses désirs vers un ailleurs que le corps maternel et de favoriser des interactions plus ouvertes vers l'extérieur en renforçant l'intérêt de celui-ci et en réduisant sa composante anxieuse.

La psychomotricienne, à égale distance de la mère et de Léa, va lui faire vivre de nouvelles expériences sensori-motrices et toniques par l'intermédiaire de situations de jeux, d'échanges, d'imitations, dont les acteurs sont la mère et sa fille. Ces situations, permettent d'introduire le tiers, enrichissent les représentations corporelles de l'enfant et permet à celui-ci d'expérimenter la différence dedans-dehors du corps ; ce qui participera à la différenciation corporelle de Léa et de sa mère. Ainsi, les expériences vécues dans ces situations favoriseront le processus d'individuation. La psychomotricienne ouvre la circularité pathogène de leur relation corps à corps, par sa présence interactive qu'elle module sur les expressions et les capacités à communiquer de l'enfant et de sa mère hors de leur espace clos.

Progressivement se structurent les espaces corporels et l'espace relationnel : pour le nourrisson les éprouvés sensori-moteurs et toniques sont les bases de l'élaboration d'une image corporelle qui intègre les limites entre l'intérieur et l'extérieur du corps propre. Pour la mère les échanges avec son enfant sont médiatisés par l'utilisation ludique des objets et avec une certaine distance corporelle. Une relation à distance est ainsi établie entre deux sujets désirants.

Au contact de la psychomotricienne vécu comme celui d'une étrangère, Léa se contracte, oppose une carapace tonique. Peut être que ses limites corporelles sont encore trop fragiles pour jouer leur rôle de protection contre l'angoisse d'intrusion. Cela ne confirme t'il pas que la fonction de pare-excitation du Moi-peau de Léa est peu efficace ? De façon générale, Léa est plutôt tonique et le massage réalisé par sa mère ne fait que renforcer son tonus. Je pense que pour Léa cette hypertonie sert autant de mécanisme de défense que de tentative pour trouver une cohésion et une enveloppe à son corps.

Beaucoup d'auteurs tel que P.COUTABLE pensent que dans une relation fusionnelle le massage est bénéfique. En effet, il peut favoriser la parole et donner ainsi une autre dimension à la relation mère-enfant. De plus, par sa fonction paradoxale, il pourrait aider la mère de Léa à mettre une certaine distance dans cette relation fusionnelle : « *masser le corps d'un bébé, c'est s'en rapprocher tout en lui faisant sentir de la distance. C'est pouvoir aller-venir dans une relation corporelle distanciée et respectueuse* » (COUTABLE P. , 1993, p 13). Le toucher conduit ainsi à l'appropriation du corps propre par la mise en valeur de l'enveloppe corporelle.

Cependant, le massage n'est pas forcément adapté pour tous les enfants. Au vu du renforcement tonique lors du massage réalisé par Madame, l'hypertonie de Léa semble réactive à une altération de l'adaptation corporelle de la mère à son enfant et à une difficulté de comprendre l'expression des désirs de l'enfant. Je pense qu'ici le massage ne ferait que soumettre Léa à une situation similaire où elle doit seulement réagir et répondre à l'activation de l'adulte. Le toucher thérapeutique ne me paraît donc pas être une bonne indication pour Léa.

Léa ne s'apaise pas toujours dans les bras de Madame, parfois elle a du mal à s'y détendre. Le « portage bouddha », favorisant la détente de l'enfant, proposé par la psychomotricienne, ayant eu peu d'effets me fait penser que la difficulté vient d'ailleurs.

Pour conclure, je ne pense pas que ce soit ces approches qui puissent réellement aider Madame, c'est la relation elle-même qui est en cause. Aussi, nous travaillerons sur l'analyse de la relation mère-enfant et à l'introduction d'un tiers tolérable faisant vivre à Léa des situations interactives avec sa mère et favorisant la différenciation corporelle par l'intermédiaire du dialogue tonique et d'éprouvés sensori-moteurs.

2. Comment accompagner et soutenir l'originalité du toucher propre à chaque enfant?

Suite à mon observation du comportement de ces trois enfants face au toucher, je me suis rendue compte que dans l'abord du toucher, le temps et l'espace jouent un rôle important et que la place des parents et du psychomotricien doit être pensée. J'évoquerais en quoi le psychomotricien joue un rôle important dans l'analyse, le langage corporel et les différentes techniques psychomotrices permettant d'aborder le toucher avec l'enfant.

2.1 L'espace et le temps

Entre la vie intra utérine où l'enfant est en symbiose avec sa mère et le moment où il marche, l'espace entre lui et sa mère va progressivement augmenter. Comment ce passage se fait-il et quelles relations l'enfant va-t-il avoir avec son environnement ? Le nourrisson peut être rassuré par les bras de l'adulte pour peu que celui-ci présente des qualités de contenance (physique et psychique) permettant un bon ajustement. Puis progressivement, l'enfant va prendre de la distance

par rapport au toucher en choisissant son partenaire. Il me semble important de respecter l'espace propre de l'enfant, en particulier son espace personnel et intime décrit par E.T. HALL, ainsi que le temps dont il a besoin pour se familiariser avec l'Autre.

Je vais décrire succinctement les quatre distances proposées par E.T. HALL :

- La distance publique (3,5 m à 7,5 m ou plus), où l'individu n'a aucun contact corporel avec son ou ses interlocuteurs.
- La distance sociale (1,2 m à 3,6 m) qui ne permet pas de toucher. Ce sont les rapports sociaux habituels.
- La distance personnelle (45 cm à 1,25 m) peut correspondre à une petite sphère protectrice, à une bulle, que l'individu se créerait pour se protéger des autres. Elle peut donner lieu à des contacts physiques non-intimes, tel une poignée de main.
- La distance intime (0 à 40 cm) est celle qui nous intéresse. C'est en effet dans cette distance que le contact corporel, ou son imminence vraisemblable, domine la conscience de l'individu. A cette distance, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante. C'est la situation où l'on reconforte et protège.

Dans la prise en charge psychomotrice, nous nous adaptons à ces espaces et à ce temps qui varient selon le tempérament de chaque enfant. L'enfant peut avoir plus ou moins besoin de distance par rapport à la psychomotricienne perçue au départ comme une étrangère, et besoin de plus ou moins de temps dans une séance ou une prise en charge avant de se sentir bien. Nous allons voir par la suite comment nous pouvons jouer sur ces deux facteurs.

2.2 La place de chacun dans la thérapie psychomotrice

2.2.1 La place des parents

Les parents jouent un rôle essentiel dans la séance, car sans eux, l'enfant progresserait moins vite et surtout moins bien. Un enfant tout seul, sans parents, cela n'existe pas nous dit D.W. WINNICOTT (1958). Il y a entre eux des liens très étroits. Toute pathogénie précoce est pathogénie de l'interrelation parents-enfant. Il est inconcevable de proposer dès lors une thérapie psychomotrice qui ne respecte pas l'espace relationnel même troublé parents-enfant.

La psychomotricienne est amenée à s'appuyer sur la dynamique des parents pour solliciter le développement psychomoteur de l'enfant tout en les accompagnant dans leurs jeux. Ainsi dans le

cadre de la prise en charge, elle favorise la relation parents-enfant, conforte les parents dans leur rôle et les rassure. De plus, dans le cas où le pronostic de l'enfant est réservé, elle favorise au maximum des moments riches avec leur enfant renforçant l'attachement.

2.2.2 La place de la psychomotricienne et du stagiaire

La psychomotricienne peut parler à l'enfant de ce qu'il fait et exprime afin que les parents en prennent conscience. C'est avant tout par l'intermédiaire de l'enfant qu'elle va pouvoir établir une relation de confiance avec les parents. Ceux-ci ne sont pas « mis de côté » ; si le thérapeute interagit avec le bébé, ce n'est pas pour s'ériger face à eux en un modèle à imiter, mais pour structurer l'espace de la thérapie en respectant la tripolarité. Selon M.GAUBERTI, le psychomotricien travaille dans l'espace où s'entrecroisent les éprouvés corporels des trois sujets présents (bébé-mère-thérapeute), il se situe ni totalement en dedans, ni totalement en dehors de l'espace relationnel mère-bébé. Par ses interactions, la psychomotricienne, à égale distance des parents et de l'enfant, est un tiers qui va favoriser l'ouverture de la relation parents-enfant, tout en respectant son originalité. « *L'interaction thérapeutique est cet espace où progressivement des réaménagements interviennent, jusqu'au moment où les mouvements de liaison et d'articulation entre les espaces et les corps sont assez souples et continus pour que la mère et l'enfant soient assurés de leur désir, suffisamment pour vivre créativement la séparation* » (M.GAUBERTI, 1993, p119-120). Cette progression spatio-temporelle de la thérapie psychomotrice précoce est accompagnée et mise en jeu par le dialogue tonique, des expériences sensori-motrices et la relation médiatisée entre autres.

Lorsque la psychomotricienne travaille seule, elle écoute les parents et est en même temps attentive au comportement de l'enfant. En présence de la stagiaire, pendant qu'elle travaille avec l'enfant, la psychomotricienne accompagne les parents et peut avoir un regard extérieur sur ce qui se passe entre l'enfant et la stagiaire et en faire part aux parents. C'est un travail riche et complémentaire de décryptage de ce qu'elle voit tout en étant aussi attentive à l'enfant qu'aux parents durant la séance.

2.3 Le dialogue tonique

Le psychomotricien va tenter de comprendre et interpréter le comportement du jeune enfant mais également repérer la souffrance et les difficultés de ses parents.

« *Le bébé parle avec son corps à travers : ses postures, ses mimiques, la tonalité de ses pleurs, ses bruits internes, la coloration de sa peau, ses états de tension et de détente, la façon dont il occupe l'espace (dans son lit, parc...), ses réactions aux sollicitations (ou à leur manque) et aux contraintes corporelles* » (DENIS.C, 2003). C'est la mère qui va tenter de comprendre ce qui se passe pour son enfant, à partir de ses mouvements et de ses mimiques émotionnelles ; elle va traduire en paroles mais aussi en gestes et en touchers, les émotions qui s'expriment. En agissant ainsi, elle communique à son enfant l'état affectif dans lequel elle se trouve.

Le dialogue tonique est une fonction importante de communication chez le nouveau-né qui parle avec ce langage spécifique. Il fait intervenir la sensibilité proprioceptive qui peut avoir un caractère agréable (bercement...) ou désagréable (inconfort...). Cela se traduit par des réactions motrices et posturales soit pour s'accommoder à la posture et/ou au tonus de l'autre, soit pour l'inciter à les modifier. Les variations toniques sont les indices de l'acceptation ou du refus d'une relation. Ceux-ci sont souvent émis et reçus inconsciemment.

C'est dans un va-et-vient cohérent entre les expériences toniques ressenties « du dedans » et celles « du dehors » que l'enfant va pouvoir équilibrer la fonction tonique. Les contacts corporels sont à la base de l'évolution de la fonction tonique, d'une part parce qu'ils suscitent des réactions toniques et d'autre part parce qu'ils contiennent l'éprouvé d'une enveloppe corporelle. En retour, l'hypotonie musculaire de l'enfant limite son investissement relationnel.

Dans les premières années de vie où le langage préverbal est prépondérant, notre formation à l'observation du corps de l'enfant et des interactions qui s'établissent avec le corps des parents est un instrument indispensable à la compréhension de la relation parents-enfant. « *Le travail d'interprétation est élaboré sur les composantes de l'interaction corporelle mère-bébé, mais aussi sur ce que le thérapeute vit par sa sensorialité et sa tonicité dans la relation avec le nourrisson et qui le renseignera sur ce que vit celui-ci dans sa relation avec sa mère* » (M.GAUBERTI, 1993, p119). Le repérage de ce langage peut nous aider à mieux comprendre les états intérieurs du bébé et à les penser. La fonction du psychomotricien est de donner du sens aux réactions toniques pour que le corporel devienne espace et canal de communication.

Grâce à ce langage du corps, la psychomotricienne pourra adapter les gestes et les stimulations qu'elle propose à l'enfant, dans la distance qui la sépare de lui. Elle propose ainsi un

dialogue sensori-moteur à l'enfant dans lequel elle doit être attentive pour saisir toute expression corporelle de sa part qui amorcerait une relation.

Mais elle a également pour rôle de favoriser « l'accordage » parents-enfant, de restaurer la dynamique interactionnelle et de réduire l'incompréhension. Elle met en lumière l'expression des désirs de l'enfant en aidant les parents à mettre des mots sur ce que l'enfant exprime mais aussi sur leurs propres mouvements corporels restés sans mots. Elle tente également de contenir l'angoisse parentale lorsqu'elle est présente et les accompagne afin que leur relation soit la plus harmonieuse possible avec leur enfant.

2.4 Les apports de la pratique psychomotrice pour accompagner un toucher acceptable

La première étape de la prise en charge est de permettre à l'enfant d'investir le lieu, de faire connaissance avec les nouvelles personnes qui l'entourent. On n'y pense pas forcément mais on peut déjà faire beaucoup de choses avec un enfant sur les genoux de ses parents. Nous établissons ainsi une première relation par l'échange de jouets, de regards, ou encore l'utilisation de la parole et d'instruments de musique, dans le cadre rassurant et contenant que sont les bras de ses parents. Il me semble que le meilleur moyen de respecter chaque enfant dans sa particularité est de le laisser venir vers l'autre. Un enfant qui vient vers moi est une première étape ; un enfant qui me touche est pour moi le signe qu'à mon tour je peux, peut-être, entrer en relation avec lui sur ce mode. Une des règles fondamentales pour que le toucher se passe bien est de prévenir pour ne pas surprendre et d'expliquer nos gestes.

2.4.1 L'objet médiateur

La relation médiatisée est un bon moyen d'approche face à un enfant qui refuse les contacts corporels, voire toute communication avec le psychomotricien. Elle consiste à utiliser des objets médiateurs qui s'interposent entre le corps de l'enfant et celui du thérapeute afin de ne pas toucher directement l'enfant et d'amorcer la relation sans que cela provoque des réactions défensives de fermeture. L'utilisation de l'objet vient à la fois marquer et réduire la distance entre les corps, en imposant un espace vacant entre eux tout en ménageant des liens privilégiés d'expression et d'échanges. Les éprouvés sensori-moteurs et toniques vont permettre à l'enfant de se différencier de sa mère tandis que celle-ci établit une relation à distance avec son enfant au travers de jeux ludiques. C'est ainsi que vont se structurer les espaces corporels de chacun des partenaires et

l'espace relationnel. Dans la relation médiatisée, l'enfant, sa mère et la psychomotricienne interviennent de façon active et réciproque sur les objets.

Avant toute utilisation d'objets médiateurs, je pense qu'il est important de laisser l'enfant les découvrir comme il le souhaite, par lui même. Après qu'il se soit approprié le nouvel objet proposé et qu'il ait ainsi éprouvé des sensations en majorité au niveau des mains, on peut jouer avec lui avec ces objets de diverses manières (faire tomber les plumes au dessus de lui, lui lancer une balle etc.). Mais on peut également lui faire découvrir des sensations de façon passive en faisant glisser cet objet sur différentes parties du corps de l'enfant (à ce moment on ne peut plus parler d'objet médiateur tel qu'il est défini plus haut.). Toucher, c'est donner des sensations ; pour cela, on peut passer par divers types d'objets tel que des plumes, des balles, des pinceaux, des haricots dans un bac où l'enfant va pouvoir se mettre ou mettre seulement ses mains ou ses pieds, ou encore des tissus de différentes textures sur lesquels il peut marcher ou qu'il peut manipuler.

Ces objets médiateurs permettent de donner des sensations par touche, à certaines parties du corps, mais par l'intermédiaire de la petite couverture et de la piscine à balles, nous pouvons donner à l'enfant des sensations plus globales.

-la piscine à balles peut servir à recouvrir le corps de l'enfant lorsque cela ne l'effraye pas ; l'enfant peut pousser les balles avec ses mains, et ses jambes sont particulièrement en contact avec celles-ci;

-la petite couverture peut recouvrir le corps de l'enfant et initier le jeu du « coucou ». Lorsque l'enfant s'allonge sur la couverture nous pouvons le faire glisser sur le sol vers l'avant, sur le côté etc ;

2.4.2 Une relation corporelle plus directe à travers le massage et le portage

D'une certaine manière, le massage favorise les premières relations entre un enfant et ses parents et permet de reprendre la communication tactile et relationnelle là où elle s'est interrompue ou a été défaillante. Il a une valeur de communication corporelle et sensorielle de sujet à sujet. Il éveille le corps dans une relation sécurisante, où tous les sens du bébé participent, médiatisée par les mots de la mère. Le massage amène une détente corporelle, il permet à l'enfant de mieux connaître son corps, de se l'approprier et aux parents de mieux connaître leur enfant et de vivre un échange privilégié avec lui. Enfin par le massage, nous pouvons inhiber ou stimuler la tonicité de l'enfant.

Cependant, si l'enfant présente des troubles du tonus qui proviennent d'une altération de l'adaptation corporelle de la mère à son enfant et d'une difficulté à comprendre l'expression de ses désirs, le massage n'est pas indiqué. Il tendrait à renforcer l'hypertonie par exaspération d'un mécanisme de défense contre l'excitation ou à accentuer l'hypotonie par renforcement de la régression tonique.

Enfin je terminerai sur les différents types de portage. Ils se veulent enveloppants afin que le bébé s'y trouve en sécurité, qu'ils le rassurent et favorise un relâchement tonique de fond. En effet, la composante tonique peut se renforcer par excès, d'origine émotionnelle ou posturale, en fonction des degrés de soutien des parties du corps et de l'attitude posturale du bébé. Il est conseillé de varier le côté du corps avec lequel on porte son enfant afin d'éviter des asymétries de postures.

Je vais décrire succinctement quatre types de portage et leur intérêt (annexe 4) :

- Le portage en position lotus ou en position de bouddha : le dos du bébé est contre la poitrine de la mère, tout en conservant une position légèrement enroulée de l'enfant, en ramenant les membres inférieurs groupés ensemble dans la position de flexion fœtale. Les bras du bébé se relâchent alors. L'enfant peut explorer du regard ce qui l'entoure, il est dans un état de relaxation car ce porter lui permet de se rassembler. Rappelant la position fœtale, ce porter contient, rassure et calme l'enfant qui n'arrive pas à maîtriser un état d'excitabilité survenant en dehors de la faim.

- Le portage en position érigée : le ventre du bébé est contre la poitrine de la mère et la tête de l'enfant repose au niveau de son épaule. Ce type de portage est souvent utilisé pour partager un moment de tendresse avec l'enfant. Lorsqu'il devient plus grand on peut continuer à utiliser ce porter mais afin de le tourner vers le monde extérieur il est préférable de le porter plus sur le côté.

- Le portage dorsal en mode « berceau » : on glisse l'avant-bras le long et à l'arrière du tronc de l'enfant, notre main va soutenir son bassin, tandis que sa tête reste en appui au niveau de notre coude. Ce porter favorise l'échange de regards, de mimiques et de paroles.

- Le portage en mode ventral : la mère glisse son avant-bras sous le corps de l'enfant, face ventrale et saisit avec sa main le bassin de l'enfant entre ses jambes, sa tête repose au niveau du pli du coude. Ce porter favorise une détente globale.

Par ces différentes techniques, nous accompagnons les parents vers des sensations tactiles sources de réciprocité. Cependant, ces approches restent à adapter à chaque dyade et à sa problématique. En aucun cas elles ne peuvent être appliquées comme une « recette ».

Dans le cadre de la thérapie psychomotrice précoce, en raison des compétences du bébé, les contacts directs sans être imposés, sont indispensables. L'engagement corporel implique que la psychomotricienne donne à voir son corps en mouvement et en relation à l'enfant mais aussi aux parents. Sa disponibilité corporelle est complétée par ses capacités imaginatives et créatives et par le plaisir du jeu et des échanges corporels (sensoriels, toniques, gestuels).

CONCLUSION

Dans la prise en charge psychomotrice auprès d'enfants de moins de trois ans, le toucher est particulièrement présent mais ne peut pas forcément tout de suite être abordé.

Je me suis rendu compte que l'important est avant tout d'établir une relation qui est déjà en elle-même thérapeutique et pourra ensuite permettre de travailler sur les difficultés de l'enfant. En réfléchissant sur le toucher j'ai finalement abordé ce qui permet d'établir une relation constructive avec les parents et l'enfant. Pour cela, j'ai été amenée à développer mes capacités d'observation de l'enfant mais surtout de ce qui se joue entre les parents et l'enfant. En effet, au départ il est difficile d'être attentif à la fois à l'enfant et aux parents.

Le toucher est un des moyens les plus archaïques et aussi l'un des plus fédérateur pour communiquer mais il n'est pas le seul. Chaque sens participe à la rencontre, ensemble ils contribuent à une relation à l'autre spécifique à chacun. Le toucher participe à la mise en place des interactions visibles c'est à dire corporelles mais celles-ci ont pour fondement des interactions affectives et fantasmatiques. Le toucher dépend de ces trois types d'interactions et sera par conséquent différent selon les parents et leur histoire personnelle.

Bibliographie

Ouvrages

ACKERMAN D. , 1990, « le toucher », Le livre des sens, Grasset, Paris, 1991, pp. 90-155

AJURIAGUERRA J. de, 1987, La peau comme première relation, Paris, pp. 326-349

ANNEQUIN D. , 2002, « Neurophysiologie de la douleur chez l'enfant », La douleur chez l'enfant, Masson, Paris, pp. 5-17

ANZIEU D. , 1985, Le moi peau, Dunod, 1995, Paris, 287 pages

BOWLBY J. , 2000, sous la direction de D.CUPA, L'attachement perspectives actuelles, E.D.K, Paris, 160 pages

BRAZELTON T.B. et CRAMER B. , 1990, « la grossesse, la naissance et l'attachement », Les premiers liens l'attachement parents-bébés vu par un pédiatre et un psychiatre, Calmann-Lévy, Paris, 1991, pp. 19-59

COLONNA-CESARI C. , 1990, Le massage intégral du bébé et de l'enfant, Diffusion Traditionnelle, Asnières, 167 pages

CYRULNIK B. , 1989, « la vie avant la naissance », Sous le signe du lien, Hachette, 1992, Paris, pp. 28-45

CYRULNIK B. , 2001, «comprendre la résilience », in B. CYRULNIK et coll, La résilience : le réalisme de l'espérance, Erès, Ramonville Saint-Agne, pp. 27-66

DOLTO F. , 1984, « le schéma corporel n'est pas l'image du corps », L'image inconsciente du corps, Seuil, Paris, pp. 17-34

FIELD T. , 2001, Les bienfaits du toucher, Payot, 2003, Massachusetts, 211 pages

FREUD S. , 1968, Trois essais sur la théorie de la sexualité, Paris, Gallimard, 137 pages

FREUD S. , 1981, Le Moi et le ça, Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 238 pages

GAUBERTI M. , 1993, Mère-enfant : à corps et à vie, Masson, Paris, 155 pages

- HALL E.T. , 1971, La dimension cachée, Seuil, Paris, 254 pages
- HARLOW H.H.F, 1979, sous la direction de R.ZAZZO, « déroulement du colloque », L'attachement, Delachaux et Niestlé, 1996, Paris, pp. 55-209
- LAZORTHES G. , 1986, « le sens du toucher », L'ouvrage des sens, Flammarion, Paris, pp. 23-45
- LEBOYER F. , 1976, Shantala-un art traditionnel le massage des enfants, Seuil, Poitiers, 151 pages
- MONTAGU A. , 1971, La peau et le toucher : un premier langage, Seuil, 1979, Columbia, 218 pages
- MURAT I. et ECOFFEY C. , 1999, « la douleur chez l'enfant cancéreux », La douleur chez l'enfant, Flammarion, Paris, pp. 179-187
- OUVRAY R. et SUZANNE B. , 1996, « les besoins fondamentaux », L'enfant tonique et sa mère, Martin Media, Paris, pp. 110-119
- RAOULT R. , 1985, « la peau », Peau-soins cosmétique, Porphyre, Paris, pp. 1-16
- SERRERO A. et CALMY-GUYOT G. , 1983, Epanouir l'intelligence de l'enfant par le toucher, Pierre-Marcel FAVRE, Paris, pp. 11-20
- SPITZ R. et FREUD A. , 1965, « l'établissement de l'objet libidinal », De la naissance à la parole, la première année de la vie, Puf, 2002, Paris, pp. 114-126
- STACKE B. , 1985, « le massage de la mère et du bébé », La santé par le massage, M.A Editions, Paris, pp. 91-113
- STERN D.N. et BRUSCHWEILER-STERN N. , 1998, La naissance d'une mère, Odile Jacob, 2000, Paris, 238 pages
- VAIVRE-DOURET L. , 2003, « la peau : un organe vital », La qualité de vie du nouveau-né-corps et dynamique développementale, Odile Jacob, Paris, pp. 105-111
- WESTON W.L. et LANE A.T. , 1992, « structure et fonction de la peau », Dermatologie pédiatrique, Arnette, Paris, pp. 1-8

WINNICOTT D.W. , 1958, de la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, 1992, Mesnil-sur-l'Estrée, 464 pages

WINNICOTT D.W. , 1971, « objets transitionnels et phénomènes transitionnels », Jeu et réalité, Gallimard, 1975, Mayenne, pp. 7-25

ZAZZO R. , 1979, sous la direction de R.ZAZZO, « l'attachement », « suites du colloque », L'attachement, Delachaux et Niestlé, 1996, Paris, pp. 20-54 et pp. 210-239

Articles

BOUCHART-GODARD A. , 1980, « une peau sensible », les cahiers du nouveau-né n°5, pp. 261-270

GOLSE B. et OUSS E. , 1991, « la relation cutanée précoce », journal de pédiatrie et de puériculture, n°3, pp. 168-173

LAURAS-PETIT A. , 2001, « l'enfant excité », enfances et psy n°14, Erès, pp. 100-107

Conférences

BULLINGER A. , 2005, Le développement sensori-moteur et ses avatars, Lagny sur Marne

COUTABLE P. , SOULIER G. , RENARD N. , 1993, Psychomotricité, relations précoces et pratiques dites de massage de bébés de 0 à 6 mois, entretiens de psychomotricité, Paris, 17 pages

DENIS C. , 2003, Contenir ses émotions face au bébé : de l'intérêt de la méthode Esther BICK, Le corps à l'aube de la vie : apport de la psychomotricité chez le jeune enfant, entretiens de psychomotricité, Expansion scientifique française

KRAUTH J.A. , 2005, le portage, une naissance à la psychomotricité, entretiens de Bichat, Expansion scientifique française, Paris, pp. 137-144

Dictionnaire

Résumés

Résumé en Français :

La mère et son enfant ont une relation privilégiée dans laquelle, parmi les cinq sens, le toucher tient une place importante. Il se peut que cette relation tactile parents-enfant soit perturbée ou que l'enfant présente des réticences vis à vis du toucher. Face à ces situations, le psychomotricien va tenter de rétablir un toucher adapté et acceptable par l'enfant, en intervenant aussi bien auprès de l'enfant que de ses parents. Par son travail, le psychomotricien est amené à entrer en contact avec les enfants ce qui le pousse à développer une approche professionnelle tenant compte de l'histoire et des particularités de chaque enfant. Cette approche exige le respect de l'espace et du temps nécessaires à l'enfant et s'appuie sur l'utilisation de médiateurs avant de pouvoir passer à un toucher direct.

Mots-clés : Toucher, enfant, relation parents-enfant, psychomotricité, dialogue tonique, objet médiateur, massage, portage

Résumé en Anglais :

The mother and her child have a privileged relationship in which among the five senses, touch holds an important place. It is possible that there be a disturbance within the tactile relationship between parent and child, or that the child shows some reluctance in regards to touch.

In view of such situations, the psychomotrician tries to re-establish a sense of touch which is adapted to and accepted by the child, while mediating as much with the child as with the parents. Through his/her work, the psychomotrician is brought into contact with children which helps him/her advance in the development of a professional approach while keeping in mind the history and uniqueness of each child. This approach depends on a respect for the child's need for space and time, as well as the help of mediators in order to be able to proceed with direct touching.

Key words: touch or sense of touch, child, parent-child relationship, psychomotricity, stimulating dialogue, mediating object, massage, different ways of carrying

