

**Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice**

# DU JEU AU JE

**LE PSYCHOMOTRICIEN AUPRES DE L'ENFANT PORTEUR D'UN  
HANDICAP ET SES PARENTS DANS L'UNIVERS HOSPITALIER**

Mémoire présenté par Caroline BESSON  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien

Référent de Mémoire :  
Anne-Elisabeth ALBA

**Paris, session juin 2000**

## Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Anne-Elisabeth ALBA ma référente de mémoire qui, par sa disponibilité et sa sagacité, a su trouver les mots justes pour me permettre de mener mon travail à bien.

En ce qui concerne le terrain de stage, je remercie la psychomotricienne qui m'a guidée lors de cette riche année d'initiation thérapeutique, ainsi que tous ses collaborateurs professionnels. Je remercie également les petits patients et leur famille qui m'ont tant appris.

A propos du terrain plus vaste qu'est la vie, j'aimerais citer tellement de contemporains ou d'anciens -plus ou moins connus ou anonymes- que je n'en citerai aucun en particulier. Par contre, je les remercie avec toute la chaleur de mon être d'avoir su nourrir ma passion, mon équilibre, mes doutes, mes angoisses, mes envies, mes questionnements, ma détermination et je leur dédie ce mémoire comme preuve tangible de mon cheminement.

« Qu'il y ait autant d'êtres présents que d'individualités qui s'affirment » ...  
(Patrick LECOMPERE, 1999)

..., « l'essence des totalités, c'est l'interaction »  
(Everett C. HUGUES)

# SOMMAIRE

## Résumé

L'annonce du handicap de l'enfant en période per-natale, entraîne une blessure narcissique profonde et durable au sein de la cellule familiale. Une anomalie est venue troubler le déroulement du quotidien.

La détresse de l'enfant face à ses parents démunis peut entraîner, en plus du danger somatique que constitue la maladie, une rupture de l'univers affectif.

Les hospitalisations longues et chroniques nécessaires au traitement, entraînent parents et enfant dans un monde étranger où l'intimité de la sphère privée est déchirée par le cadre spatial et par l'introduction d'un tiers dans la relation : le soignant. Les soins techniques répétitifs et obligatoires qu'il pratique « séparent » les parents de l'être qu'est leur enfant, polarisant leur attention sur son corps somatique.

De fait, la pratique psychomotrice inscrite dans un projet de soin pluridisciplinaire, est une possibilité de redéfinition de la situation thérapeutique. En s'intéressant tout particulièrement à la manière dont s'inscrit l'identité psychocorporelle du petit patient, elle interpelle les parents dans la représentation qu'ils se font de leur enfant.

Dans ce cadre, le jeu semble adéquat à la création d'un espace d'interactions au sein duquel chacun pourra extérioriser ses potentialités. Autant l'enfant, qui vit et s'affirme au travers de son activité ludique, que ses parents, qui peuvent reconnaître là sa personnalité propre. Les parents recouvrent leur identité parentale. L'enfant « reconnu » investit sa place de sujet, dépasse son « corps-machine » pour s'inscrire dans un corps unifié et acteur.

Ce processus d'individuation est présenté au travers de deux cas, pris en charge en psychomotricité. Le travail entrepris est plus ou moins facilité par le contexte familial et appelle à une réflexion constructive de la part du thérapeute.

# Mots - Clés

Parents

Enfant porteur d'un handicap

Psychomotricien

Univers hospitalier

Jeu

Espace d'interactions

Représentations

Individuation

## SOMMAIRE

# Du JEU au JE..... 1

Le psychomotricien auprès de l'enfant porteur d'un handicap et ses parents dans l'univers hospitalier..... 1

Paris, session juin 2000 ..... 1

**Sommaire**..... 7

Introduction : le « pourquoi » ? - le but le « comment » ? - la méthode ..... 12

I. Le cadre théorico-clinique : le préalable à la thérapeutique..... 13

L'émergence psychique de l'individu ..... 13

L'enfant ..... 13

Les compétences du bébé ..... 13

Des prédispositions à l'attachement ..... 14

Les parents ..... 14

L'interaction ..... 15

De l'empreinte, phénomène d'attachement ..... 15

L'interaction fantasmatique ..... 16

Le processus d'individuation ..... 17

B. L'univers hospitalier ..... 18

Annonce et suivi du handicap ..... 18

Les parents ..... 18

Mécanismes de défense et réactions ..... 18

La nature du handicap de l'enfant et la situation familiale ..... 20

Les difficultés d'attachement ..... 20

Les soignants ..... 21

L'attitude soignante.....	21
L'interaction fantasmatique avec la famille et l'enfant.....	22
Élargissement à la mise en scène des interactions sur le terrain au travers de mon ressenti.....	23
Ma place en tant que stagiaire.....	23
Le premier contact.....	23
La notion de ressenti.....	25
Sémiologie de la communication.....	25
L'interaction fantasmatique.....	25
La hiérarchie.....	26
Les risques de clivage dans la communication.....	26
Cultures et communication.....	26
Affects et communication.....	27
La continuité des soins.....	27
La « ruche psychomotrice ».....	27
Entre patients et soignants.....	28
Les repères de l'enfant.....	28
Les repères des parents.....	29
L'enfant et la représentation de la maladie.....	30
L'enfant porteur d'un handicap, la société et l'hôpital.....	30
L'image du corps.....	31
Les représentations multiples.....	31
Menace de l'intégrité corporelle.....	32
Soins et maladie.....	33
La reproduction des gestes thérapeutiques somatiques.....	34
L'approche psychomotrice au sein de l'univers hospitalier.....	35
L'examen psychomoteur.....	35
Le projet thérapeutique.....	37
Adaptation à l'enfant.....	37
La place des parents.....	37
La notion de « schème d'interaction ».....	38
II.    L'approche pratique.....	41
la perspective psychomotrice.....	41
A.    Rémy.....	41
Généralités sur l'hémophilie.....	41

Anamnèse .....	42
Histoire de la maladie.....	42
Contexte familial .....	42
Bilans et prises en charge complémentaires.....	43
Bilan psychomoteur.....	43
Évaluation des modalités relationnelles mère-enfant.....	44
Conclusion générale des évaluations individuelles et systémiques .....	46
Projet thérapeutique et modalités de prise en charge .....	47
Prise en charge .....	47
Mise en place du cadre thérapeutique .....	47
Description .....	47
Analyse.....	48
Évolution de la prise en charge .....	49
Un premier temps de prise en charge : une expression circulaire.....	49
Mise en place de la communication .....	50
Du geste à la parole : première évolution.....	50
La famille .....	51
Troisième temps : la crise.....	51
Un retour très difficile .....	51
Le retour au jeu symbolique.....	51
Du jeu au corps.....	52
Le jeu : marque de l'esquisse psychique.....	52
« Au total ».....	52
Dernière étape : des possibilités d'évolution malgré un contexte très difficile .....	53
Travail sur le corps.....	53
L'autonomie et l'individuation, du jeu à la réalité.....	53
Conclusion.....	54
B. Cécile.....	55
L'atrésie des voies biliaires (AVB).....	55
Anamnèse .....	56
Histoire de la maladie.....	56
Contexte familial .....	56
Examen psychomoteur .....	56
Développement postural et moteur .....	57
Projet thérapeutique.....	58

Prise en charge .....	58
Le cadre des séances .....	58
Évolution de la prise en charge .....	59
Le premier temps de la prise en charge.....	59
Le choix des objets.....	60
Le jeu.....	60
Rechute de Cécile.....	61
La reprise de la prise en charge.....	61
Les autres stimulations .....	63
Du jeu symbolique à la prise d'autonomie progressive .....	63
L'affirmation de la personnalité.....	63
Fin de la prise en charge.....	64
Bilan d'évolution.....	64
Les implications de cette prise en charge.....	65
A. Rappels sur les qualités thérapeutiques .....	66
Les « qualités maternelles et paternelles » du psychomotricien .....	66
Les qualités maternelles .....	66
Les qualités paternelles .....	66
L'identification.....	67
Rappels théoriques sur les communications non-verbales.....	67
Le recours aux théories .....	68
« L'expérience du miroir ».....	68
Rappels sur l'expérience du miroir .....	69
La réflexion .....	69
B. Mon vécu, mon élaboration clinique .....	70
« Oui au corps » .....	70
Le dialogue tonico-émotionnel.....	71
Mes résistances psychocorporelles.....	71
L'intérêt de cette dynamique d'analyse .....	71
Les précautions.....	72
Du jeu théorique au praticien .....	73
L'individuation.....	73
Conditions thérapeutiques nécessaires à l'individuation .....	73
Les signes de l'individuation.....	74
Conclusion.....	75

OUVRAGES .....	76
REVUES/PERIODIQUES/ARTICLES.....	77
CONFERENCES .....	78
COMMUNICATIONS PERSONNELLES.....	79
DOCUMENTAIRES FILMES .....	79

## **INTRODUCTION : LE « POURQUOI » ? - LE BUT LE « COMMENT » ? - LA METHODE**

A l'hôpital, un enfant, un psychomotricien, deux êtres vont rompre le malaise d'un corps qui peut s'exprimer autrement que par la souffrance. Un face à face qui engage chacun dans sa chair.

Des parents, un enfant, un psychomotricien, pourraient ensemble façonner le « possible ». Transformons les représentations qui gravitent autour de cette maladie somatique blessante, autant auprès de l'individu en devenir que de ceux qui doivent le porter. Une rencontre qui engage chacun dans des désirs qui peuvent enfin se nommer, se lier et s'incarner dans le mouvement des êtres en présence.

Ce travail a commencé à mûrir dès ma deuxième année d'étude de psychomotricité, de manière plus ou moins consciente. J'ai tout d'abord réalisé un thème d'étude au sujet du jeu en tant que construction de l'individu lors d'un stage auprès d'enfants d'école maternelle. Ensuite, un stage en psychiatrie dans une unité mère-bébé (thérapie des troubles de l'interaction précoce) auprès de mères psychotiques et dépressives et de leur enfant, a attiré mon regard sur les « mystères » des toutes premières relations. Enfin en cette troisième année d'étude, j'ai voulu durant le stage d'initiation thérapeutique, approfondir la problématique du développement psychocorporel de l'enfant porteur d'un handicap, hospitalisé chronique, au sein de sa cellule familiale.

Dans ce but, j'ai mis l'accent sur la relation tripartite parents/enfant porteur d'un handicap/psychomotricien au sein de l'univers hospitalier, afin de comprendre comment leurs échanges dans l'interaction s'organisent et donnent lieu aux particularités structurales du fonctionnement psychique des enfants et des parents.

Pour cela, j'ai pris en compte un certain nombre d'outils théoriques qui participent tous à la connaissance des phénomènes interactionnels et psychodynamiques. Ce qui m'a conduite à unir des notions psychanalytiques, psychosociologiques et systémiques afin de me les approprier et de les mettre en pratique dans la prise en charge des sujets qui constituent le cœur de ce mémoire.

Ainsi, dans une première partie, je réalise une approche théorico-clinique de l'univers hospitalier en exposant les problématiques de l'enfant-porteur d'un handicap, de ses parents et des soignants au travers de situations concrètes du terrain de stage. Je montre comment, face au chaos affectif qui règne dans la cellule familiale et face aux retards de développement de l'enfant, le psychomotricien peut créer un espace d'émergence psychique.

Ensuite dans une seconde partie centrée sur la pratique psychomotrice, je présente le cas de Rémy atteint d'hémophilie et de Cécile atteinte d'une atrésie des voies biliaires. Je montre comment, par la médiation du jeu, utilisée de manière spécifique pour répondre à la problématique de chacun, je favorise l'espace potentiel d'interactions. Ceci stimule Rémy et Cécile dans leur évolution psychocorporelle, et renforce également les mères dans leur parentalité.

Enfin, dans une troisième partie de discussion, je réfléchis à mon positionnement en tant que thérapeute dans la relation à Rémy. Puis, j'analyse comment, j'ai pu par mon approche participer à son processus d'individuation.

## **I. LE CADRE THEORICO-CLINIQUE : LE PREALABLE A LA THERAPEUTIQUE**

### **L'EMERGENCE PSYCHIQUE DE L'INDIVIDU**

L'histoire commence à ce niveau microscopique et invisible que nous allons maintenant considérer. Remontons à l'instant fantasmatique de la conception de l'être, où phénomènes biologiques et symboliques se confondent intimement ; l'un matérialisant l'autre, l'autre qualifiant l'un. Dans l'ici-maintenant les gamètes se fusionnent, les deux Moi -dans l'idéal- se rencontrent, et cet ensemble est le début d'un héritage dont les parents chargent l'embryon.

Est-ce là véritablement le commencement de l'individu ? Celui-ci ne s'inscrit-il pas plutôt dans un continuum ? En effet, les parents rêvent individuellement et ensemble la vie de leur enfant bien avant sa naissance, bien avant même sa conception. Déjà, sous la forme d'un enfant imaginaire et fantasmatique, il existait et grandissait dans les jeux des parents lorsque ceux-ci étaient eux-même encore des enfants.

L'œuf est non seulement une réunion de gamètes mais aussi la réunion de deux univers de sens. Il symbolise la fusion des parents dans un espace-temps qui fait partie de leur histoire et « matérialise » leur amour (Goussard J., 1999).

Où commence l'enfant et qu'est-il ? Il est difficile de répondre objectivement à cette question, on pourrait dire comme Martino B., que « le fœtus a la qualité humaine lorsqu'il est porteur du désir des parents » (1984).

L'enfant est donc l'objet du désir des parents, il faut toutefois lui reconnaître son désir propre, son existence autonome. Si le désir d'avoir un enfant s'inscrit « dans le présent mais également dans le passé des futurs parents » (Pineau S., 1998, p.5) sait-on à quel moment s'inscrit le désir de l'enfant lui-même ?

### **L'ENFANT**

Déjà avant la naissance des points déterminants sont fondés pour l'être humain à venir. L'embryon humain est hébergé par sa mère. C'est un corps étranger : « la greffe du bébé dans sa mère est une greffe qui prend » et cela limité au temps de la grossesse. Aussi si l'on prend un bout de tissu du bébé 10 jours après la naissance et qu'on le greffe à sa mère, il est rejeté. Le fœtus, corps étranger qui contient des molécules différentes de la mère (celles du père et de la mère) n'est pas rejeté par la maman -je ne m'attarderais pas sur ce phénomène biologique immunitaire complexe actuellement à l'étude- mais j'y verrais là une première marque de l'attachement.

La fabrication de l'enfant à venir dure 9 mois et est extrêmement complexe. L'élaboration d'un enfant n'est pas terminée à la naissance. Nous ne naissons pas de rien et nous ne sommes pas rien à la naissance. Par essence, « nous sommes » et c'est ce que replace le film Le bébé est une personne (1984) en se demandant si l'individu ne commence pas à être déjà une personne dans le ventre de sa mère, alors même encore qu'il est encore « confondu ». Ainsi, le bébé va faire savoir à sa mère qu'il est prêt à naître, par le biais de la communication neurohormonale. La production fœtale d'ocytocine va déclencher les contractions utérines. Le bébé se place pour sortir et « la mère ouvre le chemin pour le guider vers la vie » (Veldmann F., 1984).

### **Les compétences du bébé**

En l'an 2000, on est bien loin du bébé spinal des années 50. En 1980, le bébé d'Amiel-Tison C. et Grenier A. naît et crie « je suis compétent » ! « L'enfant est remarquablement bien outillé pour devenir un sujet social ; il naît avec un degré surprenant de maturité

neuromusculaire faciale...le mouvement des muscles du visage est partiellement intégré à la naissance dans des configurations reconnaissables... » (Stern, 1977, cité par Robert-Ouvray S.B., 1997, p117). Indépendamment de tout ce qu'il a déjà vécu et acquis durant la gestation, tout bébé possède à la naissance des caractères prédéterminés génétiquement de communication. Quelque soit sa culture, quelque soit son origine ethnique, tout bébé normalement constitué, naît à terme avec un panel de capacités sensorimotrices tangibles, donc identifiables : poursuite oculaire, réaction d'orientation à l'odeur, au bruit, sensibilité accrue des extrémités et de la langue, capacité de pointage des objets (Alba A.E., 1998). En outre, il émet des capacités de synchronie, d'imitation, de vigilance et d'habituation dans la communication, et, par ailleurs grasping, frouissement, cri, sourire sont autant de réflexes qui manifestent une pulsion primaire d'attachement.

En identifiant ces comportements chez son bébé, la mère leur donne du sens, une histoire et les enrichit. L'enfant passe d'une certaine manière de l'état de nature à l'état de culture. De cette reconnaissance possible, de ce quelque chose déjà existant chez le nouveau-né, va se constituer l'identification des parents envers leur bébé.

### **Des prédispositions à l'attachement**

Le bébé naît prématurément, dans un état de néoténie et ensuite durant 18 mois, il va acquérir la plus grande part des aptitudes qui distinguent l'homme des autres animaux. Ainsi les fonctions psychiques dépassent les fonctions biologiques sur lesquelles elles s'appuient pour faire entrer l'être dans une construction symbolique.

Si l'enfant naît dans cet état de prématurité naturelle avec des compétences interactives, c'est certainement parce qu'il doit continuer de se développer dans un processus communicationnel. Avec l'évolution, la surface du corps, la peau dépourvue de fourrure va rendre la pulsion d'agrippement à la mère plus difficile pour l'enfant que pour le petit animal (Anzieu D., 1985). L'être humain vit alors une angoisse de perte de la protection qui l'amène à s'attacher longuement. Ainsi, la naissance biologique ne coïncide pas avec la naissance psychique (Malher M., 1975, citée par Bellemain, 1998), mais l'enfant est prédisposé dans ses gènes à naître psychosocialement. S'il manifeste déjà des compétences sociales, il ne deviendra véritablement un être social que lorsque nous l'aurons identifié comme tel. Nous devons encore l'aider à devenir un « individu », c'est à dire, un être non divisé en deux, comme si le bébé finalement pouvait faire le choix, en fonction de ce qui lui est proposé, de se diriger vers la voie sociale ou la voie autistique.

*« La mère donne à l'enfant la vocation d'être social – vocare, elle l'appelle à un poste – l'enfant est appelé par sa mère au poste de sujet social ». (Robert-Ouvray S.B., 1997, p.115).*

La vocation dans ce sens devient la capacité de la mère à appeler son enfant et celle de l'enfant à répondre à cet appel. Avant de nous pencher sur ce processus interactionnel, nous allons d'abord comprendre comment la mère a la capacité d'aider son enfant à naître psychiquement.

### **LES PARENTS**

*« Vous êtes les arcs par qui vos enfants sont lancés comme des flèches vivantes »*

*(Kahlil Gibran, Le Prophète)*

Le père et la mère exercent tous deux une fonction maternante envers le bébé, la parentalité n'est pas l'apanage de la mère. « Une relation mère-enfant toute seule, ça n'existe pas », (Green A. cité par Joly F., 1994, p16). Cependant, la mère reste le partenaire interactif privilégié car elle « sait » s'engager dans un processus de régression pour rencontrer son bébé.

Winnicott voit en cet épisode une maladie normale chez la mère, qu'il nomme préoccupation maternelle primaire (1956). Il y décèle un signe de bonne santé, lorsque celle-ci atteint ce degré d'hypersensibilité « qui se développe graduellement... pendant la grossesse et spécialement à la fin » (p285).

L'accouchement provoque une modification brutale de l'image du corps. Lebovici S. parle de « traumatisme affectif dont les effets durables peuvent entraîner une croissance et un développement de la vie psychologique du sujet » (1983, p138). Le bébé est le sens donné à ce processus intense de séparation, il justifie les douleurs et ce changement brutal que la mère doit accepter. Ainsi, la mère prise dans une disposition psychique particulière, dans cette relation empathique et dans cette identification à son enfant « transforme, 'psychise' et interprète son bébé » (Joly F., 1994, p19) de manière adaptée. Elle apporte du sens et des liens, donne un cadre pour que les tendances innées au développement se déploient chez son enfant, puis va sans cesse se réadapter à ses progrès en enrichissant ses messages. « La compréhension et acceptation de la mère sont précurseurs de l'empathie, des sentiments d'amour et de la sociabilisation des interrelations humaines » (Robert-Ouvray S.B., 1997, p141).

Le bébé dès la naissance n'a pas fini de naître, il continue de venir au monde et a encore besoin d'une enveloppe (Brazelton T.B., 1981). Quelque part, « l'image du corps du bébé » s'est aussi profondément modifiée. La mère doit l'aider de par son « holding », son soutien psychique et corporel selon Winnicott, à contenir ses réflexes (réflexes de Moro...). En effet, « il a une sensation de perte des enveloppes pré-natales... puis le sentiment d'enveloppe croît au delà de la peau, c'est un sentiment de circularité qui s'établit à une petite distance du corps, qui semble être la future distance que l'on nomme proxémique » (Haag G., 1993, p19) (la distance proxémique est la distance corporelle maintenue entre soi et l'autre). Ainsi, la mère a une fonction de pare-excitation (Anzieu D., 1985) vis à vis du bébé psychiquement vulnérable. Il approprie à son Moi-peau une partie de la mère en tant que membrane sécurisante car protectrice, qui vient pallier son Moi en constitution. La mère a la fonction principale d'« appareil à penser les pensées » pour le bébé (selon Bion) ainsi que la fonction d'« appareil à sentir et à éprouver » (Robert-Ouvray S.B., 1997, p117).

## **L'INTERACTION**

Le bébé est le centre d'intérêt de tous les chercheurs depuis quelques années (bébologie). Si c'est la période la plus active du développement, elle est aussi, selon beaucoup de théoriciens, la plus sensible. Actuellement, encore plus qu'avant, l'unité d'observation est devenue « l'interaction dyadique » (expression relativement déshumanisante). Déjà, Winnicott soulignait, l'intérêt de considérer l'interaction mère-enfant pour comprendre le développement du tout petit : « un bébé tout seul, ça n'existe pas ». Aujourd'hui on parle donc de maternologie. Mais puisque des parents sans enfants ne seraient pas des parents, nous allons à présent essayer de comprendre pourquoi, parents et enfants s'apportent mutuellement.

### **De l'empreinte, phénomène d'attachement**

Revenons à l'appel. Il y a deux mouvements dans le cri inaugural du bébé : le poumon est mis à feu véritablement par un appel d'air brutal et l'air s'engouffre partout où il peut pour donner vie à cet être, ce même être en retour expulse cet air pour appeler à la vie. Ce cri se grave dans l'être maternel, telle une empreinte (selon Lorenz K.). En retour, la mère répond et appelle à son tour. L'enfant manifeste une sensibilité toute particulière à sa voix. Déjà à 5 mois et demi de gestation, le fœtus intègre l'empreinte sonore maternelle. Ainsi, lors du passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine, le bébé a besoin de retrouver ces repères sensoriels. Il a

besoin de continuité, il est « attaché ». L'audition n'est pas la seule modalité qui ait été stimulée durant la gestation.

Au travers du mouvement et au travers d'un dialogue corporel via la paroi abdominale ; des messages tactiles, vestibulaires, cénesthésiques et rythmiques se sont inscrits dans le corps et auront pu être renforcés par des techniques spécifiques, tel un « toucher affectif » sur le ventre de la mère décrit par Franz Veldmann dans l'haptonomie (1984). Cette mémoire corporelle, cette empreinte représente déjà les prémices d'un Moi. « Le Moi est avant tout un Moi corporel » (Freud S. cité par Goussard J., 2000) et « il se construit dans l'incorporation des liens relationnels » (Haag G., 1993, p17).

Le nouveau-né a longtemps été décrit et réduit à l'état d'un « tube digestif ouvert par les deux bouts », mais dans ce cas là il faut encore savoir quoi lui donner à manger ! Car en même temps que le nouveau-né s'alimente, incorpore le lait maternel, il s'emplit également d'autres signifiants que la nourriture : la peau, le visage, l'odeur, les sons de sa mère. Il prend en lui des choses de l'extérieur et dans ce mouvement de va-et-vient, il différencie au niveau de la zone orale un dedans et un dehors. Il incorpore le lait, il introjecte les sentiments perçus (Klein M., citée par Golse B., 1985), passe de l'émotion à l'affect, d'une dimension somatique à une dimension psychique par l'avènement de la représentation (Goussard J., 2000). Il passe du besoin au désir en rendant psychiques les éléments de son corps. « Il passe ainsi d'un corps sensorimoteur à un corps psychomoteur » (Robert-Ouvray S.B., 1997, p147).

Ainsi si l'attachement est inné (prédéterminé), les modalités de cet attachement seront acquises. En effet, il y aura empreinte pour chaque organe des sens, mais cette empreinte dépendra de divers niveaux : l'équipement particulier du bébé et l'interprétation de ses compétences par l'entourage en fonction des vécus. Comment la mère en fonction de son passé, de ses représentations va recevoir les messages émis par son bébé ? La mère doit reconnaître son bébé, tout comme le bébé doit reconnaître sa mère. Il s'agit là d'un processus à double sens, « mais ce processus est largement influencé par les idées préconçues que la mère apporte dans la situation » (Bower T.G.R., 1977, p70).

### **L'interaction fantasmatique**

Ces idées préconçues, quelles sont-elles ? Rappelons que le désir d'enfant prend source dans l'histoire narcissique et oedipienne de la mère et se charge ainsi d'évènements transgénérationnels, d'une fantasmatique constamment remaniée. Ainsi, Kreisler et Cramer (cités par Lebovici S., 1983), ont vu les premiers l'intérêt d'introduire la notion d'interactions fantasmatiques. En effet, si nous sommes ici en présence de deux êtres compétents, on retrouve toutefois une asymétrie entre l'enfant et sa mère. Cette différence se situe entre l'être de besoins qu'est le nouveau-né et l'être de besoins et de désirs qu'est devenue sa mère.

Le bébé renvoie à un niveau archaïque de communication. L'émotion qui se manifeste sur un plan corporel chez le bébé, va déclencher, stimuler des affects chez les parents. « Le bébé semble percevoir qu'il envoie des choses de l'ordre de l'émotion primitive reçues ou non dans la tête de l'autre via le regard » (Haag G., 1993, p20) et les variations toniques. Il va déclencher des « affects prématurés », car renvoyant à un niveau préverbal de communication, à un niveau archaïque, ramenant les parents à leur propre « partie bébé ». En retour, les parents vont donc répondre à leur bébé en employant deux registres communicationnels : le registre verbal et le registre non-verbal ou plutôt préverbal (mémoire du corps). Et c'est cet aspect davantage non-verbal (ton de la voix, posture, mimique...) que retiennent les bébés de la transaction plutôt que les mots mêmes employés (Lebovici S., 1983).

Ainsi, la mère transmettrait à son bébé sa partie bébé (et il en irait ainsi de générations en générations, d'où le raccourci facile : deux générations de névrose aboutissent à une

psychose !). Avec ce genre de raisonnements très schématiques, on risque vite d'aboutir à une gageure : ne retenir que l'effet « buvard » du bébé, son déterminisme et évincer ses possibilités d'intégration autres que par la transmission héréditaire. Tout ceci revient à dire que les personnes qui prennent soin du bébé, doivent être dignes de confiance, parce qu'il va prendre en elles ce qu'il estime être la base. Si les réactions sont cohérentes, la base sera sécurisante. L'enfant par le regard acquiert le visage de sa mère avant d'acquiescer son visage propre (Winnicott D.W., 1971). « Les liens émotionnels positifs sont aussi identificatoires et passent dans les articulations corporelles, notamment par le regard et par la voix » (Haag G., 1993, p18). D'après Rogers, le bébé va intérioriser cette « attention positive » et se l'approprier. Il construit sa propre image du corps sur ce que sa mère lui laisse voir de la sienne.

Ainsi, la construction psychologique de l'être se fait dans la matrice interactive. La relation est porteuse de l'identité du sujet. L'interaction est un moyen de se ré-unir avec l'autre, non plus dans la

fusion corporelle (comme dans la grossesse), mais dans la rencontre de deux Moi, qui se chevauchent en une aire transitionnelle (Winnicott D.W., 1971).

Dans cet échange, il y a forcément dans les messages de la mère au bébé des distorsions. La mère ne peut être parfaite, et c'est bien là sa richesse, du déséquilibre naît l'équilibre que nous essayons de retrouver. C'est parce qu'elle est « suffisamment bonne » selon Winnicott (1956), que la mère permet l'émergence de la représentation chez son enfant. Le processus est dynamique, plutôt que statique, ou entropique. Le partenaire réagit aux distorsions pour s'en protéger au moyen de l'échappatoire psychique. Ce processus dynamique, prend par ailleurs corps chez l'enfant dans l'acquisition de la marche, alternance d'équilibres et de déséquilibres. Il se détache du corps de la mère pour aller voir plus loin, et pris dans cet hédonisme musculaire, l'enfant migre, s'acculture, part rencontrer d'autres univers de sens.

*« Je ne fais qu'en défaisant. Je n'avance qu'en tournant le dos au mur » (Giacometti A., sculpteur)*

### **Le processus d'individuation**

Ainsi, la distance avec la mère s'établit, mais l'enfant ne pouvant encore se la représenter, il prend un objet tiers, l'objet transitionnel, que la mère lui tend intuitivement. Cet objet auquel il s'attache, il le perçoit de temps à autres comme étant différent de lui, (Winnicott D.W., 1971). Cet objet est emprunt d'un métissage d'odeurs, de traces de la mère et de l'enfant. Ce n'est pas tout à fait la mère, ce n'est pas tout à fait l'enfant, mais le lien nécessaire à ce dernier, le temps qu'il continue d'intérioriser les parties portantes de la mère (Anzieu D., 1985) et acquiert la capacité à se porter lui-même : la « capacité à être seul » (Winnicott D.W., 1971).

Dans cette prise de distance relationnelle, le père va trancher et faire accéder l'enfant à la relation triangulaire. « Castrateur symbolique, (...), il éloigne définitivement l'enfant de la fusion originare, de son désir d'être celui qui comble le désir de la mère. C'est lui qui oblige l'enfant à passer par la loi du manque, de la différence, de l'incomplétude, du renoncement à sa toute puissance pour accepter la souffrance de ne pas posséder tous les attributs de l'être humain » (Bizot P. et Millot J., 1995, cités par Bellemain C., 1998). L'enfant va par ce biais acquiescer la capacité à la frustration.

Pour cela, la mère doit accepter d'introduire le père. « La mère se doit d'ouvrir aux autres, doit s'effacer, savoir se retirer pour laisser la place. C'est son destin que d'être là pour être quittée et ouvrir au tiers, au monde » (Joly F., 1994, p19). Elle doit pour continuer à guider l'enfant dans son processus de maturation, lui dire « non » au « nom du père » (Lacan J. à

propos du mécanisme de forclusion du nom du père dans la psychose, cité par Bellemain C., 1998, communication personnelle). Si elle demeure la mère de l'enfant, elle recouvre sa place d'individu en tant que femme, et l'enfant sa place d'individu en devenir. Il lui reste à grandir.

## **B. L'UNIVERS HOSPITALIER**

L'hôpital a une histoire. L'hôpital fut un lieu-carrefour, un lieu d'accueil, un lieu d'hospitalité -comme son nom l'indique- pour les plus démunis, mais il devenait aussi de ce fait un lieu-ghetto, un lieu d'enfermement, voire une géhenne. Les études anthropologiques contemporaines dénotent une vision plutôt péjorative à son égard. Il faut cependant réaliser que l'univers hospitalier même s'il connaît une codification assez rigide, est un lieu de soins, donc un lieu de souffrance, un lieu où plus qu'ailleurs, on est face à la mort. C'est un lieu « clivé » entre l'angoisse de la maladie et le soutien que l'on peut attendre de la part des soignants. Malgré leurs efforts conjugués, et notamment en pédiatrie, le petit patient (et sa famille) reste bien souvent prisonnier du « corps anatomique ». Nous sommes pris dans un phénomène d'« attraction-répulsion » et je propose ici d'essayer, dans une certaine dimension, de comprendre ce qui s'y joue.

### **ANNONCE ET SUIVI DU HANDICAP**

A la naissance, les parents rencontrent un enfant différent de celui qu'ils s'étaient représentés. Ils doivent pour fonder une famille se réajuster aux caractéristiques propres de leur enfant. Serge Leclaire parle du deuil d'une « relation de plénitude » (1975, cité par Goussard J., 2000, communication personnelle) dans cette première étape. Bien souvent, les conditions difficiles de l'accouchement sont rapidement refoulées pour faire place au petit être tant attendu. Mais lorsque l'enfant présente une anomalie, le traumatisme familial est inévitable. Il en découle une blessure narcissique, un sentiment de culpabilité et de perte identitaire, notamment en raison de l'écart trop important entre l'enfant réel et l'enfant espéré. L'annonce du handicap constitue ainsi un moment clé de la relation parent-enfant. Elle met en jeu « trois partenaires » : l'enfant, les parents, les médecins (Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., 1995, p801), dans cet endroit spécifique qu'est l'univers hospitalier.

### **LES PARENTS**

L'annonce marque le début d'une prise de conscience des parents qui se fera progressivement.

Elle renvoie dans un premier temps à une élaboration impossible tant le choc est brutal. Les parents basculent dans une phase de stupeur, de chaos, de mutisme ; il est important de les « attendre », d'être présent. Dans un deuxième temps, on observe une phase plus durable d'intense douleur psychique, de « manque que rien ne peut combler » (Gardoux C., cité par Goussard J., 2000) Les parents sont atteints dans leur estime, c'est le temps de la dépression.

#### ***Mécanismes de défense et réactions***

Pour tenter d'échapper à cette dure réalité ils vont élaborer des défenses à plus ou moins long terme :

Le déni du handicap, sa négation : Les parents paraissent n'avoir intégré en aucune façon ce que leur a dit le médecin et considère leur enfant comme non atteint de pathologie.

La dénégation : Les parents refusent le diagnostic médical et font des investigations pour obtenir un contre-diagnostic.

La révolte, la violence, l'agressivité, le désir plus ou moins conscient de mort de l'enfant.

L'instabilité de l'humeur avec un cortège de réactions allant d'une attitude à une autre parfois opposées. Des attitudes successives de rejet et d'investissement de l'équipe peuvent apparaître (clivage).

Le rejet de l'enfant

La surprotection, la symbiose : Cela peut être pour les parents une manière de « recréer » le temps de la grossesse, lorsqu'ils ne savaient pas encore.

L'inhibition psychologique : Le deuil du bébé imaginaire est impossible, les parents tentent de se protéger de l'angoisse. On peut observer un repli familial, un isolement, parfois un sentiment de honte. Le projet de vie de couple est ébranlé et les parents sont empreints au refoulement : « une des conditions pour survivre était de s'endormir, de se désensibiliser » (Primo Lévy) ; il s'agit d'anesthésier les sentiments, de créer une carapace.

La minimisation des troubles de l'enfant afin de se protéger. Dans ce cas, le risque est que « l'enfant s'identifie aux désirs de sa mère (des parents). Si celle-ci ne sait pas différencier ses propres besoins de ceux de son enfant, si elle n'a pas de désir pour lui de le voir devenir sujet autonome, le désir de la mère devient le besoin de l'enfant et le capture » (Robert-Ouvray S.B., 1997, p144).

La fuite dans l'agir entre autre, dans l'hyperactivité. Parfois, le père fuit le domicile familial en s'investissant davantage dans son travail. Certaines activités peuvent être déléguées à l'aîné envers son puîné malade ; il devient comme parentifié.

La sublimation, l'intellectualisation, la tentative de réparation, le repli vers un idéal religieux. Cela peut se traduire par exemple par l'investissement des parents dans des associations d'enfants handicapés.

La tentative de réparation inconsciente de cet enfant par un enfant de remplacement. Cette tentative de réparation peut aussi se manifester, chez les grands-parents par des cadeaux.

Ces clivages successifs peuvent réveiller chez les parents un vécu douloureux, réveiller ce qui a pu leur manquer à eux-mêmes. Ils peuvent ne pas réussir à faire la part des choses entre le handicap qui atteint le corps de leur enfant et leur propre corps et vivre là un sentiment de dépersonnalisation, de déréalisation angoissant. Aussi, sur le plan psychiatrique, on peut observer une décompensation, avec risque de psychose puerpérale chez la mère car elle a porté l'enfant 9 mois « dans son corps ». Le risque suicidaire est important voire l'infanticide.

*Olivia est une petite fille de 16 mois, charmeuse, aux yeux pleins de malices. A 10 mois, Olivia accompagnée de sa maman vient se faire soigner en métropole pour une Atrésie des Voies Biliaires, tandis que son père et son grand frère de 5 ans restent dans les TOM ; 4 mois plus tard, la mère rentre voir sa famille.*

*A son retour en France, seule, logée dans un centre d'accueil spécialisé pour les parents d'enfants hospitalisés, cette jeune femme se présente déprimée. Ne voulant plus attendre, elle coupe à deux reprises, les fils du cathéter d'Olivia, alors âgée de 16 mois, mettant ainsi sa vie danger.*

*La petite que nous prenons régulièrement en séance de psychomotricité, est très triste ce matin. Elle tient sa petite peluche rose pelotonnée contre elle, et ne nous fait pas de grands signes comme à son habitude.*

Ce genre de passage à l'acte sur l'enfant est d'autant plus « probable » que la mère se sent isolée, pas soutenue et contenue.

En outre, le sentiment de culpabilité prévaut ; la réalité du handicap vient concrétiser une angoisse réelle qui préexistait chez les parents avant la naissance.

Le père lui, peut vivre des angoisses de dépersonnalisation « je ne sais plus qui je suis, où je suis », sa culpabilité est moins évidente car il projette davantage, est plus agressif.

*Alors que je viens de prendre contact avec Gwénola, une petite fille de 4 mois atteinte d'un syndrome d'Allagile (atteinte multiple touchant notamment le foie), les parents arrivent visiter leur fille.*

*L'indication de stimulation psychomotrice a été posée pour des fixations d'attitude.*

*J'appuis auprès des parents les capacités interactives que j'ai observé chez la petite, pour leur expliquer comment on peut l'aider dans l'interaction à modifier ses attitudes. Immédiatement, le père m'explique que je verrai surtout cela avec son épouse car elle est plus disponible. En outre, Gwénola étant une fille, il est plus convenable que ce soit une femme qui s'en occupe ! Le père tout en me disant ces paroles surprenantes, ne peut s'empêcher de continuer à me parler, ne laissant finalement que peu de place à sa femme dans la conversation au sujet de leur fille. Gwénola regarde et écoute attentivement son père, ce que je lui pointe : « elle reconnaît bien son papa ». Il m'expose alors les « expériences » qu'il a réalisés à la maison afin de voir si elle orientait préférentiellement sa tête vers lui plutôt que vers quelqu'un d'autre.*

Si ce papa semble au début se détacher de son enfant, il montre vite en réalité qu'au fond de lui il est très inquiet et très préoccupé de savoir si sa fille s'intéresse à lui autant qu'il s'intéresse (ce que montre son débit verbal) à elle. Ainsi, les parents pris dans une réalité brusque peuvent présenter des comportements contradictoires qui révèlent l'acuité de leur douleur.

### ***La nature du handicap de l'enfant et la situation familiale***

Différentes données sont à prendre en considération du point de vue de la nature du handicap (De Sainte Mareville F., 1999) : le pronostic est-il favorable, involutif ou létal ? Quel est le degré d'atteinte ? Quel est le type d'atteinte (moteur, mental, sensoriel, mixte) ? Quel est le type de transmission (héréditaire, étiologie inconnue, conséquences lésionnelles) ?

Ensuite, il faut repérer quel sens y donnent les parents selon leur histoire (Scialom P., 1999). Y'a t'il déjà eu d'autres cas dans la famille ? Quel est l'âge des parents ? Quelle est la place de l'enfant dans la fratrie ? Le handicap survient-il à la naissance ou après, accidentellement ? Quelle est la situation familiale (solidité du couple, famille monoparentale, insertion professionnelle, répartition des « tâches ») ? Comment interviennent les grands-parents (ils peuvent par une attitude de rejet réactiver l'angoisse des parents) ?

La nécessité de collaborer avec les parents pour les décisions à prendre quant aux projets sur l'enfant reste une priorité.

### ***Les difficultés d'attachement***

L'annonce du handicap va remettre profondément en cause le désir parental, si important - comme nous avons pu le voir auparavant- au développement de l'enfant. Désirer un enfant est un désir de vie, et ce désir semble d'un premier abord contradictoire avec l'état d'enfant malade pour lequel le pronostic vital est remis en question. Lorsque l'anomalie occupe aux yeux des parents le premier plan, il leur est difficile de faire émerger au-delà du handicap la personne qu'est leur enfant. Ils n'ont pas mis au monde un enfant, mais un handicapé. Aussi, surgissent en eux des idées de mort, une rupture dans les liens. Nous comprendrons en quoi il est important d'aménager les conditions de l'annonce. La manière d'annoncer le diagnostic aux parents sera déterminant pour l'avenir.

Dans la plupart des cas, les parents peuvent s'attacher à l'enfant, mais il arrive qu'il faille soutenir cet attachement car celui-ci est retardé. Par exemple, certains enfants atteints de maladies hépatiques doivent être alimentés exclusivement par voie parentérale. La mère ne peut allaiter son nourrisson, et cela peut avoir un impact important sur la modalité de l'attachement. Ainsi le risque de s'engager dans une spirale transactionnelle néfaste avec

expressions de patterns interactifs inadéquats, vient des parents et de l'enfant, car les caractéristiques individuelles de ce dernier vont avoir un impact sur le maternage qu'il reçoit. Il sollicite sa mère au niveau fantasmatique. Il faut être très attentif chez l'enfant malade, au risque de maltraitance qu'il encourt (Syndrome de Silverman). Ainsi dans cet attachement difficile, on observe une ambivalence des liens, entre vie et mort.

Dans le cas de l'attachement impossible, l'irruption brutale du handicap vient barrer toutes les représentations humaines de l'enfant. Les médecins dans l'annonce doivent être attentifs, car un pronostic erroné de non-viabilité peut entraîner un deuil anticipé et provoquer un défaut d'attachement (trouble de l'interaction précoce). Rapidement, l'enfant peut être placé dans une pouponnière médicale.

## **Les soignants**

### *L'attitude soignante*

Si cette épreuve est difficile du côté de la famille, elle l'est aussi du côté des soignants. Ils ne sont jamais indifférents et découvrent que par leur simple présence faite de compréhension, ils peuvent transformer une attitude de rejet en accueil de l'enfant (Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., 1995). On entre ici dans la dimension du contrat de soin.

L'annonce du handicap doit être faite par un responsable médical, le « plus tôt » possible et dans un cadre adéquat. Mais que signifie le plus tôt possible ?

Lors d'un atelier de réflexion sur l'annonce du handicap, des médecins se sont réunis afin de mener un travail constructif en équipe. Ils ont convenu qu'il n'y a pas de loi en matière de révélation mais que « certains clignotants permettent de savoir si le moment adéquat est venu de dire » (Epelbaum, 1999, p7). A ce moment le responsable médical va recevoir les parents en couple et plusieurs fois de manière à élargir les entretiens -progressivement et parallèlement à leur prise de conscience- afin d'aborder au-delà des aspects médicaux, les aspects de la vie quotidienne, sociale et familiale, pour couvrir au possible l'ensemble des interrogations et comprendre leur demande. Cela suppose qu'il soit disponible et empathique. Il ne doit communiquer que ce qui est certain, ne pas faire de pronostic hasardeux qui pourrait déstabiliser la position parentale. Il doit utiliser un vocabulaire adapté, accessible et doit continuer sa recherche étiologique et diagnostique au sujet de l'atteinte de l'enfant. D'une manière générale, les soignants doivent avoir un projet, accompagner les parents, affronter leur souffrance, reconnaître leurs capacités en les soutenant.

Au-delà de cette adaptation idéale, nous comprenons que si le handicap est difficile à entendre, il ne doit pas être facile à annoncer. Dans le cas de maladies rares, graves, les médecins peuvent émettre des difficultés à parler simplement, ne sachant pas comment rendre accessible à la famille leurs propres connaissances. Aussi, certains se défendent en se retranchant derrière un vocabulaire strictement médical. Ils peuvent se sentir désorientés devant ces parents qui sidérés par l'annonce, semblent ne rien intégrer. Que suscite en eux cet « enfant porteur d'une tare », que suscite en eux ces « parents d'enfants handicapés »? Peuvent-ils se protéger au travers de leur profession de la stigmatisation socialement établie ? Seuls ils voudraient se défendre eux-mêmes en encourageant par exemple inconsciemment les parents à ne pas s'attacher à l'enfant, en masquant le négatif pour rassurer, en fuyant.

Ainsi, les soignants tout comme les parents vont élaborer des mécanismes de défense face à la maladie.

*En séance de psychomotricité, la mère de Thomas me demanda si j'avais déjà vu des enfants atteints d'atrésie des voies biliaires et comment avaient-ils évolué. Alors que je prenais contact avec cet enfant, que je constatais qu'il avait des attitudes encore adaptées malgré son important périmètre*

*ombilical, j'ai soudainement repensé que la plupart des enfants que j'avais vu dans ce cas étaient décédés suite à la greffe de foie. Etant donné que Thomas était en attente de greffe et que celle-ci est létale dans 20% des cas, j'ai recentré sur l' « ici-maintenant », sur Thomas parce qu'il était important de continuer à le maintenir dans ces schèmes.*

J'ai compris là, que des expériences personnelles précédentes avec d'autres patients pouvaient moduler le contenu émotionnel de mes attitudes. En allant voir Thomas, je n'ai pas repensé aux décès, je m'en suis d'une certaine manière protégée, afin de laisser place à l'individu présent, porteur d'une vie.

### ***L'interaction fantasmatique avec la famille et l'enfant***

On attribue au médecin savoir et toute-puissance, c'est à dire, on lui prête une position active par rapport à la maladie du patient. Cette position autoritaire peut dans le degré inconscient de l'interaction s'exprimer par de l'agressivité, du sadisme, une position plus paternelle qui contrasterait avec l'attitude de soin, de compréhension que constitue une position plus maternelle.

*« Le registre du maternel induit généralement pour chacun des soignants un mythe organisateur, un fantasme soignant et réparateur : notre bonne mère soignante et professionnelle à tous, celle de l'accompagnement thérapeutique maternant. Le maternel à l'origine de toutes les origines, de tous et tout, du fondateur et de l'homme » (Joly F., 1994, p18).*

Le médecin est pris dans une dynamique familiale autour de cette nouvelle triangulation mère-enfant-médecin (De Ajuriaguerra J., Marcelli D., 1989, p449). Le déplacement oedipien est plus ou moins direct dans ce nouveau couple mère-médecin. Celui-ci peut devenir le principal pôle d'interaction dans la maladie grave et chronique tant l'anxiété parentale et notamment maternelle est grande.

La mère pourrait rechercher au travers du médecin, l'identification possible à son enfant. Identification difficile tant cet enfant est loin d'être celui qu'elle attendait. Aussi, elle place le médecin dans une position de réparateur.

Mais cet événement l'affecte lui-même profondément, il ressent un sentiment d'impuissance, un sentiment d'échec par rapport à cet idéal de médecin : guérir. « On attend du médecin qu'il sache et ce pouvoir déborde » (Dommergues J.P., 1993, p244).

Ainsi, on comprend qu'autour de ce corps à corps soignant-soigné (Sapir M., 1980) se créent des interactions qui peuvent recouvrir un degré fantasmatique.

En effet, on peut pour tout soignant se demander quel est le moteur inconscient à l'origine du choix de la profession qu'il exerce. D'après Dommergues J.P., il semble important que le pédiatre reconnaisse ses motivations fantasmatiques. Car « cette analyse permet au soignant de retrouver sa juste place de personnage non prisonnier des échanges affectifs... travaillant sa place de tiers bienveillant, tout en évitant le piège toujours tendu de la séduction » (1993, p219 et 221).

*« Lorsqu'on écoute bien les personnes dans la fonction qui est la nôtre, on s'aperçoit souvent que les parents ne nous demandent pas forcément de savoir. Ils comprennent bien que nous ne savons pas tout sur l'avenir de l'enfant. Ils nous demandent d'être disponibles aussi longtemps que possible pour comprendre... » (Golse B., 1999, p8)*

S'il est du devoir des soignants de maintenir la communication, nous comprenons que dans le contexte de la souffrance cela n'est pas évident. En effet, la prise en charge plus ou moins totale du petit patient « suscite un remous émotionnel et il ne faut pas oublier que celui-ci

n'est là que de passage et qu'à chaque fois de nouveaux liens se forment qu'il faudra rompre ensuite » (Sapir M., 1980, p140).

En effet, toute une difficulté « s'engouffre » dans la problématique relationnelle qui implique chacun des soignants tant au niveau personnel que professionnel. J'ai moi-même rencontré au cours du stage, des difficultés dans l'interaction tant avec le personnel soignant qu'avec les patients et leur famille, au sein de l'univers hospitalier. Il m'a fallu progressivement comprendre de quel ordre elles étaient, afin d'identifier à la base le cadre de travail, m'y adapter et faire place à ma pratique.

## **Élargissement à la mise en scène des interactions sur le terrain au travers de mon ressenti**

### ***Ma place en tant que stagiaire***

#### *Le premier contact*

Ma première impression en visitant les services, fut que l'hôpital est un lieu où il est difficile de s'intégrer et de se sentir adaptée d'un prime abord. Je me suis sentie pénétrer dans un monde vaste, inconnu où « il existe un code secret et complexe qui n'est écrit nulle part, connu de personne, mais compris par tous » (Sapir E., 1927, cité par Hall E.T., 1968, présenté par Winkin Y., 1981, p194). « Compris par tous », du moins tous les membres de l'équipe rattachés à un service et cette codification se ressent d'autant plus qu'on ne se l'est pas encore appropriée. La grande difficulté a résidé dans le fait que nous (la psychomotricienne et les deux stagiaires) intervenions, tantôt individuellement, tantôt en partenariat, sur trois sites d'hospitalisation différents (hépatologie pédiatrique, neuropédiatrie et pédiatrie générale) et recevions aussi des consultations de psychomotricité en soins externes dans le service de rééducation. De ce fait, nous n'étions jamais au même endroit et jamais avec les mêmes personnes.

Le premier jour, je trouvais tous ces services identiques, les unités de soins similaires les unes aux autres, chaque box hébergeant un enfant conforme aux autres. J'ai eu le sentiment d'être dans un endroit très impersonnel et indéchiffrable de par la diversité des visages. Puis en retraversant ce dédale de couloirs, j'ai remarqué les décorations, les éducatrices, les bénévoles, les caractéristiques propres à chaque service...

#### *Transformation progressive de mes premières impressions en une prise de conscience du besoin fondamental de communiquer*

Les parents profondément choqués par l'annonce du handicap où l'évolution que prend l'hospitalisation de leur enfant, renvoient une image de souffrance. Comment recevoir cette souffrance ? Comment l'intégrer et travailler avec quand « le corps demande urgence » ? Il faut savoir trouver du temps. Du temps pour se poser, discuter, partager, fonder une « objectivité groupale ». Cela n'est pas facile lorsqu'il y a beaucoup d'activités. On a parfois l'impression de faire sans jamais penser ce qui se passe. Cela ne ressemble t'il pas au « passage à l'acte » ? Je donne ici ma vision, telle que je l'ai eue à un moment donné. Je sais qu'elle est tubulaire<sup>1</sup>.

Etant sur place deux jours par semaine sur quatre endroits différents, j'ai ressenti un manque de repères. Si d'un côté je pouvais me sentir protégée, libérée de l'emprise des « fantasmes »

---

<sup>1</sup> *Vision tubulaire* : j'emploie cette expression, habituellement employée pour les malvoyants avec atteinte périphérique, pour signifier que mon approche n'est pas globalisante mais parcellaire. On y voit comme dans un tube, et de ce fait on perd la notion de périphérie, aussi le travail de reconstruction mentale, de représentation est plus long à effectuer. Cette vision tronquée est la marque de mon temps d'adaptation.

du service en y passant que momentanément, d'un autre côté j'avais souvent l'impression d'avoir un « temps de retard ». Temps de retard ! lorsque l'enfant est parti subitement à la greffe et que tout le monde le sait depuis trois jours, pire encore pour les décès... « trois jours à l'hôpital, c'est de l'histoire ancienne ! » « Le patient n'est plus là, ce n'est plus l'heure d'en parler... » (telle fut mon impression).

Au-delà du retard, il y a le fait de se sentir démunie. En effet, lorsque je devais rencontrer une nouvelle famille pour une indication de psychomotricité, je ne trouvais que peu de données dans le dossier quant à l'annonce du handicap ou de la maladie.

Avait-elle été faite ? Jusqu'où ? Que savaient les parents ? Où en étaient-ils de leur prise de conscience ? Bien sûr, j'avais moi aussi à « prendre la température » sur ce dernier aspect, mais lorsqu'on travaille avec aussi peu d'éléments, je dois dire qu'il est difficile de se sentir un futur professionnel crédible, et pourtant, par ce qu'ils traversent, les petits patients et leurs parents ont besoin de rencontrer quelqu'un de non seulement compétent mais aussi averti.

Aussi, cette vision tubulaire que je portais à un moment donné allait dans le sens du paradoxe, parce qu'il est important de pouvoir porter un regard globalisant sur le patient et sa famille. Ce, notamment lorsqu'on est psychomotricien et que l'on amène une approche thérapeutique où « le médiateur est le corps psychique articulé au corps somatique » (Bourger P., 1995, p15).

Il m'est également arrivé durant les quatre premiers mois du stage de me sentir très seule<sup>2</sup> et de ne pouvoir le dire, car je n'arrivais pas à comprendre où coïncit l'information et certainement aussi parce que je me heurtais au pouvoir clivant de la maladie (peurs, résistances, protections).

J'ai eu l'impression que l'univers hospitalier réclamait d'avoir une forte « capacité à être seule ». En réalité, l'hôpital demande surtout de savoir travailler en équipe. Ma prise de conscience a été progressive.

*Merine, petite fille de 14 mois a été victime d'un Accident de la Voie Publique. A la suite d'un séjour en réanimation, elle est hospitalisée en neurologie, pour hémiplégie et atteinte visuelle. Cette enfant a complètement perdu ses repères et lorsque nous rentrons dans la chambre, on la sent sur le qui-vive, elle se fige dans un état tensionnel. Elle a perdu entre autre, ce sens globalisant qu'est la vision.*

*Cet évènement de vie, vient s'inscrire dans une histoire familiale douloureuse. Cinq ans auparavant la maman a été victime d'un accident sur la voie ferrée, elle a perdu un pied. La mère émerge à peine de ce traumatisme et va peut-être devoir entrer dans un processus de deuil envers sa fille.*

*Nous nous situons ici dans l'annonce progressive du handicap lourd ; les médecins ne peuvent pas encore se prononcer sur les possibilités de récupération post-traumatiques et post-opératoires de l'enfant.*

*Lors des séances de psychomotricité, la mère est présente, douce et participe de manière adaptée. Cependant, elle semble être dans le déni et pointe toujours de manière très positive (trop !) les faibles progrès de sa fille. Cette attitude est troublante. D'autant plus troublante, que Merine, amimique, semble présenter au-delà des séquelles du traumatisme, un état dépressif. Aussi j'explique progressivement à la maman l'importance de l'accompagnement doux qu'il faut maintenir auprès de sa fille. Je la valorise dans son ajustement quotidien.*

*Au bout d'un mois ½ de prise en charge hospitalière, Merine est transférée en centre de rééducation. C'est à ce moment que j'ai réalisé que notre travail constituait les prémices d'une prise en charge*

---

<sup>2</sup> *Seule* : Bien entendu, la psychomotricienne était présente et attentive aux divers problèmes rencontrés. Elle m'a guidé nombre de fois et a toujours veillé à donner le maximum d'informations. Mais j'ai eu à évoluer par moi-même dans cet univers hospitalier et ceci a largement enrichi ma réflexion ; le qualificatif « seule » marque le fait que la prise de conscience n'est pas un moment des plus facile.

*rééducative ultérieure et avait consisté jusqu'ici en un accompagnement de Merine et sa maman dans cette situation récente extrêmement pénible. Si nous n'avons pas abordé la question du ressenti au fond des choses, c'est qu'il n'en était pas temps. Nous devons les attendre, nous devons respecter les défenses massives de la mère, les besoins de réassurance de l'enfant.*

La prise en charge de Merine, qui me paraissait « très lente », pouvait être ressentie tout autrement du côté de la mère et l'enfant.

J'évoquais précédemment la crédibilité du professionnel au travers de ses compétences, j'ai cependant omis de mettre l'accent sur l'attention toute particulière que doit savoir employer le soignant. Même si je ne savais pas tout, si je ne connaissais pas l'histoire de la mère et si je ne pouvais pas amener l'enfant à mieux se repérer dans ce laps de temps court, cela ne devait pas m'empêcher d'être attentive. Se reposer sur ses compétences, c'est rester avec soi-même ; c'est peut-être essayer de se protéger face à une situation aussi difficile. Être attentif, c'est écouter les besoins du patient et de son entourage. Au moins, écoutons puisque l'on ne peut pas répondre.

J'ai aussi compris à la suite de cette prise en charge, que chaque membre de l'équipe travaillait dans cette optique d'accompagnement. Mon impression d'être seule n'avait donc pas de raison d'être.

Elle résidait davantage dans le fait que je n'avais pas conscience que chacun tentait de cheminer dans la même direction, alors que cela devait être une évidence. Peut-être avais-je simplement besoin de l'entendre.

#### *La notion de ressenti*

Ce n'est pas parce que nous avons la particule « psy » dans notre titre que nous portons l'apanage du « ressentir ». Je suis certaine comme le rend compte le Pr Beuret-Blanquart F., qu'un médecin peut « restituer un point fort de la réaction du patient » (1999, p80).

Lorsque je lis un dossier d'observation et que j'y trouve « *jeudi : maman, inerte sur sa chaise* », « *samedi : maman commence à nouer des contacts avec les autres parents* », je réalise que l'infirmière est présente et attentive au quotidien. J'ai besoin en tant que « nomade » dans l'hôpital de cette information du quotidien. « Trois jours », c'est loin d'être de l'histoire ancienne. C'est la suite de ce qui se construit au fil des ans en chacun, renforçant au fur et à mesure la « carapace blanche » qu'il arbore chaque jour, pourvu qu'elle ne devienne pas anesthésique.

#### **Sémiologie de la communication**

##### *L'interaction fantasmatique*

A l'hôpital, on retrouve d'une équipe à l'autre, une sémiologie de la communication très spécifique envers laquelle le psychomotricien ne peut être qu'attentif du fait de sa « capacité de lecture du corps ». On retrouve une sémiologie lexicale bien sûr, ainsi qu'analogique (non-verbale). On ressent là les codifications, les incorporations. Mais il ne faut pas oublier que « si le patient ne se résume pas à un corps malade, les soignants ne se résument pas à un corps soignant » (Pareiral R., 1995, p71). J'ai compris que je ne pouvais pas réduire chacun à sa fonction, car dans l'interaction professionnelle se glisse aussi l'interaction fantasmatique.

*Juste après le soin médical dispensé par l'interne, je venais « consoler » Alexis, petit garçon hémophile de 4,5 ans. Cet enfant était dans un tel état de choc que je ne pouvais pas le laisser « sans enveloppe ». Aux yeux de l'interne passant de lits en lits afin de « visiter » tous les enfants du service, que pouvait signifier cette « intervention réparatrice » de ma part. « Elle, c'est le bon objet qui fait du bien, moi j'assigne la douleur ». Peut-être l'a-t-elle pensé, je n'en sais rien, en tout cas j'ai ressenti la fuite de son regard et j'ai trouvé difficile pour elle et pour l'enfant, le fait qu'elle n'ait pas le temps de*

*lui expliquer le soin. Ce jour était celui de « la Visite », jour où tous les enfants doivent être visités dans la matinée.*

En tant que psychomotricien, nous ne dispensons pas de soins douloureux. Aussi, intervenir auprès d'un enfant après un soignant ou un médecin peut entraîner des réactions propres à chacun. Certains seront tout à fait avenants envers cette approche qui donne un autre regard sur le soin porté à l'enfant, certains se sentiront peut-être dépossédés de ce maternage que tout soignant est plus ou moins amené à donner dans la relation. Il est évident que certaines représentations gravitent autour du soignant selon son approche, son rôle, mais aussi sa personnalité.

En ce qui concerne l'enfant -pris en charge dans le même lieu pour des soins différents- il est essentiel de savoir poser un cadre afin de lui redonner des repères malgré la similarité de l'uniforme. La différence essentielle se situera autour des mots qui accompagnent l'action. Chaque parole trouvant sa place dans la multidisciplinarité de l'équipe car gravitant autour du même contrat de soin.

*Une mère dans le couloir essaie de ramener son fils dans sa chambre. Au bout d'un moment, elle lui dit « si tu continues, je vais appeler les infirmières ». Comme si elles prenaient ici, le rôle équivalent au « grand méchant loup » !*

*Durant le soin, Rémy se mit à pleurer, l'infirmière lui dit « oui, je sais, je suis vilaine mais ne t'inquiète pas c'est bientôt fini, tu auras un gros câlin après ».*

### *La hiérarchie*

En outre dans ce rapport fantasmatique se glisse certainement le rapport hiérarchique.

En tant que stagiaire j'ai pu parler avec de nombreux soignants et éducateurs dans les différents services et comprendre ainsi leur spécificité. Mais les rapports avec l'équipe médicale étaient beaucoup plus restreints, bien que j'eusse le net sentiment de leur fournir un travail. Les proxémies<sup>3</sup> étaient tout à fait différentes.

Les médecins pouvaient être avenants dans leur attitude, ils n'en restaient pas moins inaccessibles, toujours occupés. Un peu comme cela est décrit dans les livres, on peut avoir tendance à déifier le médecin. Cependant il ne faut pas oublier qu'il délègue bon nombre d'actes corporels aux paramédicaux (toujours sous sa responsabilité). Les rapports essentiels de communication avec l'équipe médicale se faisaient donc de façon écrite et par le biais des échanges professionnels de la psychomotricienne.

### *Les risques de clivage dans la communication*

#### *Cultures et communication*

Il faut que l'équipe, face aux mécanismes de défense des familles et des patients, sache ne pas fonctionner par clivage. Il est parfois difficile pour les parents de rentrer dans cette culture hospitalière sans qu'ils soient à certains moments étiquetés comme des bons ou mauvais parents, en fonction de leur propre culture, de leur attitude. « Il existe entre la culture professionnelle fortement spécialisée de la médecine et la culture populaire dans laquelle elle est ancrée, une forte différence » (Cook J. et Dommergues J.P., 1993, p237). Mais cependant, il est essentiel que s'établisse une complémentarité entre la culture des soignants et la culture des parents en vue du succès du contrat de soin. Cela nécessite un certain degré de confiance

---

<sup>3</sup> Proxémies: ce terme appartient à la terminologie systémique. Cette approche étudie la manière dont l'homme structure son espace et notamment sa distance relationnelle physique et psychique selon son appartenance culturelle. Ici, nous nous situons dans la sous-culture hospitalière, et les codifications spatiales spécifiques apparaissent, étant donné le rapport hiérarchique fort (médecin-stagiaire).

mutuelle. Comme tend à l'affirmer la violente réflexion de Descamp (1974), le médecin n'est pas « le seul à avoir droit au corps » (cité par Reinhardt J.C., 1990, p284) et dans cette optique les professionnels insistent sur le fait que la participation des parents et de l'enfant à la prise de décision constitue un élément important du processus thérapeutique. Il est important que les activités de santé ne relèvent pas uniquement de la médecine.

### *Affects et communication*

Les clivages de l'équipe sont d'autant plus risqués que les soignants s'attachent aux patients sur de longs mois. De ce fait, sachant cela plus ou moins consciemment, il arrive que les membres de l'équipe se protègent face à certaines situations difficiles, afin de ne pas souffrir davantage. Revenons au cas d'Olivia, cette petite fille de 16 mois atteinte d'une Atrésie des Voies Biliaires.

*La mère d'Olivia, dépressive, ne pouvant plus supporter cette situation a coupé à deux reprises les fils du cathéter, éléments nécessaires à la survie de l'enfant. Suite au signalement des deux passages à l'acte de la maman, une Ordonnance de Placement Provisoire est signée, lui interdisant tout droit de visite dans le service. Le père arrive lors de ces incidents ; voilà 7 mois qu'il n'a pas vu sa fille. La mère repart chez elle, dans les TOM. Elle a pu dire au revoir à sa fille en présence de la psychologue. Le père reste avec l'enfant.*

Comment se fait-il que la mère ait pu passer une deuxième fois à l'acte sur son enfant ? Comment a-t-elle été soutenue, seule loin de sa famille ? Comment l'équipe a-t-elle parlé de cette situation ? Le père qui vient d'arriver, présente de grandes difficultés à s'exprimer. Comment aller le « chercher » ? A-t-il besoin d'un soutien en dehors de la prise en charge psychomotrice avec sa fille ? Dans le malaise familial qu'il vit, le père est certainement trop démuni pour faire lui-même cette demande de soutien.

*Le petit Boris vient de mourir d'un choc infectieux foudroyant à M1 après une greffe hépatique. La mère l'a retrouvé dans son lit dans le coma, à l'heure de la sieste. Bouleversée, elle rejette la faute sur l'équipe qui « aurait laissé son enfant mourir seul, si elle n'était pas arrivée ».*

Ce genre d'événement peut arriver dans tout service hospitalier. Ici, l'appareil de surveillance ne pouvait détecter le coma. Aucun soignant n'a remarqué ce qui se déroulait durant la sieste. Comment l'équipe, impuissante, va-t-elle recevoir cette culpabilisation compréhensible de la part des parents ? Comment va-t-elle évoluer, afin de ne pas s'enfermer dans des « tabous » ?

### ***La continuité des soins***

Lorsque nombres d'intervenants collaborent autour de l'enfant, il est important de toujours en avoir conscience lorsqu'on est avec lui. Car, en définitive, on cherche en lui, les repères de la socialisation. Reconnaît-il mon visage ? A-t-il repéré la continuité de mes gestes ? Sait-il que dans cet instant, l'espace est ouvert à telle relation.

*Lorsque nous arrivons, Olivia, 16 mois, a toujours cette manière gracieuse de nous accueillir (avec de grandes vocalises, les bras levés au ciel). Pour Julie, l'autre stagiaire avec qui je la vois, elle se dandine, pour moi elle cligne des yeux comme si elle avait repéré des gestes précis quant à nos personnalités. Je crois qu'Olivia cligne des yeux vers moi, car j'ai beaucoup joué à « coucou le voilà ! » avec elle, en cachant mon visage et le faisant surgir soudainement. Cette imitation d'Olivia témoigne d'une mémoire du corps qui s'élabore et passe progressivement à un niveau psychoaffectif.*

### ***La « ruche psychomotrice »***

Dans ces lieux où l'action des soignants prévaut largement sur la discussion -du fait de la charge de travail technique- il a été parfois difficile d'échanger avec les membres de l'équipe. En outre, je n'ai pas eu l'occasion d'assister aux réunions. Mettre des mots dessus m'a permis de comprendre et éloigner des conditions de travail parfois difficiles. J'ai pris conscience du

travail et des efforts de chacun progressivement, ce qui est essentiel afin d'éviter le plus possible les tensions entre collaborateurs.

Le moyen de fonder une « objectivité groupale »<sup>4</sup> s'est réalisé en petit comité entre psychomotricienne et stagiaires, dans ce que j'appellerais la « ruche psychomotrice ».

Les abeilles qui ont butinées un peu partout viennent s'y retrouver afin d'élaborer un « après-séance ».

Je parle ici du cas où les séances se passent dans les services lorsque l'état de l'enfant l'oblige ; bien entendu nous travaillons le plus possible dans la salle équipée du matériel psychomoteur. Seule par écrit ou à plusieurs par la discussion, nous cherchons à comprendre ce qui se joue dans et autour de la dynamique thérapeutique. Le patient, telle « la reine », y est toujours au centre.

Cette ruche psychomotrice représente aussi notre domaine, notre unité, notre corporation. L'endroit où nous pouvons nous poser. Il constitue par sa contenance un véritable espace transitionnel (au sens de Winnicott, 1975).

### ***Entre patients et soignants***

#### *Les repères de l'enfant*

Les repères du patient et du soignant sont loin d'être les mêmes. Le patient, comme son nom l'indique, vit dans l'attente, donc dans l'angoisse. Le soignant est davantage dans le passage à l'acte. « Nous passons notre temps à courir, eux ils attendent » (Alba A.E., 1998, communication personnelle).

Lorsque les parents ne sont pas là, les enfants vivent d'une certaine manière un temps assez « technique ». Leurs journées sont scandées par les soins thérapeutiques et physiologiques, au rythme des visites des divers soignants. Aussi, lorsque personne ne vient, on peut comprendre la fuite de l'enfant dans le sommeil.

De manière à éviter cette conception du corps-machine à l'hôpital, je rappellerais que beaucoup de soignants se montrent attentifs envers le développement général de l'enfant. Par ailleurs, des éducateurs, musicoliers, bénévoles interviennent régulièrement auprès des enfants et rompent la routine somatique du quotidien.

En dehors de la prescription médicale, il n'est pas rare qu'une infirmière sollicite d'elle-même le psychomotricien (ou l'éducateur, selon le cas). Ainsi certaines demandes de thérapie psychomotrice peuvent se faire plus ou moins officiellement.

*Alors que je viens faire la séance d'un petit garçon, l'infirmière m'interpelle en me pointant une maman assise sur sa chaise toute la journée devant sa petite fille. « Elle n'ose pas la prendre dans ses bras ; elle vient du Gabon, elle déprime sérieusement ».*

Suite à ce genre de demande nous avons compris avec la psychomotricienne qu'il faut solliciter l'avis du médecin afin d'éviter les quiproquos. En effet, il est extrêmement important que quelqu'un supervise les divers intervenants auprès de l'enfant, sinon cela peut mener à de véritables bévues.

*Quelle ne fut pas ma surprise, lorsque j'ai réalisé que Rémy - petit garçon hémophile de 3 ans que je suis régulièrement en psychomotricité pour instabilité- peut voir jusqu'à 5 intervenants différents et de divers horizons, en l'espace d'une demi-heure. Rémy, de par la chronicité des accidents hémorragiques est souvent hospitalisé dans le service (de fait, soit je le vois en salle de*

---

<sup>4</sup>« *objectivité groupale* » : j'emploie cette expression afin de rendre compte du travail de mise en commun des pensées, des subjectivités afin de trouver un consensus, une unicité décisionnelle.

*psychomotricité, soit je le vois dans sa chambre s'il est immobilisé). Très charmeur, il a su s'attirer l'attention de multiples personnes, et notamment des bénévoles qui passent dans le service afin de jouer avec les enfants. Si leur intervention part d'un sentiment d'altruisme, il faut cependant se rendre compte de la déstructuration à laquelle cela peut aboutir en définitive, lorsque cela n'est pas organisé. En outre, comment un enfant peut-il rester au calme (afin de ne pas se faire de blessure invalidante voire létale !) devant un tel « défilé » ? Je me suis alors demandée pourquoi je passais mon temps à assurer une continuité auprès de cet enfant pour lequel dans le quotidien on changeait constamment les repères. J'ai fait le décompte... nous étions 10 personnes différentes à pouvoir nous occuper de Rémy en une journée, et ce, sans compter la référence fondamentale des parents.*

L'hémophilie grave est une maladie à elle seule très pathogène pour le développement de l'enfant. Si à cela s'ajoute un contexte psychoaffectif catastrophique, on comprend dès lors les risques « faciles » de surhandicap psychique.

Même dans un système hiérarchique très marqué, le télescopage des rôles peut aller bon train si personne ne centralise les demandes. Le médecin référent, en tant que prescripteur doit le faire, mais il ne peut-être en permanence sur place pour surveiller les interventions.

#### *Les repères des parents*

Pour que les parents s'incluent dans le soin de leur enfant, nous devons parfois apporter notre soutien. En ce qui concerne cette femme qui vient du Gabon et sa petite fille, un soutien de l'interaction précoce est à assurer, non pas parce qu'elle n'est pas apte, mais parce qu'ayant laissé ses autres enfants au pays elle se sent préoccupée et démunie dans sa parentalité.

Sa petite fille atteinte d'une Atrésie des Voies Biliaires porte un cathéter qui empêche sa saisie sous les aisselles. La maman ne sait plus comment elle peut la prendre dans ses bras. C'est comme si la machine la dépossédait du corps à corps avec son enfant. Il faut avoir recours à un « savoir-faire technique » pour être avec l'enfant ; ce savoir est détenu par les soignants. La « fonction » sécurisante et maternante de la mère est « mise à mal tant au niveau physique -du fait d'un portage plus difficile à adapter qui s'ajoute à la crainte de faire mal et au danger d'infection- qu'au niveau psychique » (Vinuesa C., 1998, p156). L'angoisse la parasite dans sa fonction de pare-excitation. En outre, il semble difficile à la mère d'entrer en interaction avec cette petite fille qui dort beaucoup.

Ensuite, l'espace du box est « mis à nu », les vitres rendent visible à tout moment la cellule familiale et la dépossède de son intimité ; ce qui peut avoir pour effet de bloquer la spontanéité. Cette transparence vient toujours rappeler à cette femme l'état gravissime dans lequel se trouve son enfant ; il doit rester sous surveillance constamment.

Via tous ces éléments, cette maman a perdu « sa mère-terre nourricière et protectrice » (Grinberg cité par Canchy-Giromini F., 1997), aussi nous recouvrons un rôle important en tant que psychomotriciens, pour l'aider dans cette épreuve et notamment dans cette « épreuve tactile » (Jacquesson).

*Lorsque je propose à la mère d'Emma (2mois) de la prendre contre elle après un petit temps de stimulations tactiles, oculaires et auditives, celle-ci ne bouge pas de sa position. Il faut que j'aie donné Emma dans les bras de sa maman en accompagnant de mots ce besoin qu'a l'enfant de sentir la présence corporelle de sa mère. Nous sommes au début de la prise en charge et je ne sais pas encore comment cette maman vit l'hospitalisation de son enfant, elle semble bloquée dans sa spontanéité par les regards, elle a besoin d'être réassurée dans sa position de mère. Elle câle bien Emma dans ses deux mains, une sous les fesses et une sous la nuque en la tenant face à elle, de manière à ce que leurs regards s'échangent longuement. Ce portage est ici adapté, mais elle n'ose pas encore la lover contre elle, tandis qu'Emma se met à battre ses petites jambes dans le vide. On sent en elle « l'appel de l'enveloppe ».*

*La mère de Boris (10 mois) me montre qu'il ne veut pas quitter ses bras. Elle dit ne plus savoir comment faire, dès qu'elle est là, il se met à pleurer et la réclame. Je lui propose de bien s'installer au tapis en plaçant Boris entre ses jambes, mettant son dos contre son ventre de manière à ce qu'il se sente bien entouré. Ainsi, celui-ci peut se sentir près de sa mère tout en étant « porté » sur le monde environnant. Il peut, réassuré, explorer les objets qui l'entourent, regarder les différentes personnes en présence.*

## **L'ENFANT ET LA REPRESENTATION DE LA MALADIE**

### **L'enfant porteur d'un handicap, la société et l'hôpital**

Les travaux des anthropologues Le Breton D. (1990) et Goffman E. (1975) ont contribué à montrer que dans nos sociétés occidentales, l'acteur souffrant d'un handicap n'est pas perçu en tant qu'homme à part entière, mais au travers du prisme déformant de la compassion ou de la mise à distance. On ne parle pas du handicap mais de l'handicapé, comme s'il était de son essence de sujet d'« être un handicapé » plutôt que d'« avoir un handicap ». L'homme est réduit ici au seul état de son corps posé comme un absolu, il est déduit en quelque sorte de la façon dont se présente socialement son corps. L'homme handicapé se voit privé de préfigurer autre chose que ses attributs corporels.

Dès la naissance, « le système dyadique est en interrelation avec l'environnement affectif et social par la médiation maternelle, puis l'enfant va s'inscrire lui-même dans l'ordre culturel » (Gauberti M., 1993, p25). Cependant lorsqu'il s'agit d'un enfant malade et que la maladie s'inscrit sur son corps (retard staturo-pondéral...) alors le blocage des communications milieu-dyade risque de ralentir ou d'altérer la dynamique évolutive de l'interaction. Comme nous l'avons vu dans le cas de Rémy les hospitalisations chroniques peuvent entraîner une rupture avec la continuité nécessaire aux premières années (perte de la continuité du cadre temporo-spatial, de la continuité des présences, de la vie intime). Mais, dans certains cas la prise en charge hospitalière peut intégrer l'enfant et sa mère dans un processus social dans le sens où l'hôpital représente une institution sociale et qu'il prévient de l'enfermement symbiotique auquel peut avoir recours la dyade face au rejet de l'environnement.

Les enfants atteints de maladies du foie présentent souvent des retards staturo-pondéraux importants avec amyotrophie musculaire, qui entravent largement le développement psychomoteur et les capacités interactives de l'enfant. Aux yeux des parents pour qui le processus identificatoire est déjà difficile, les regards extérieurs intrusifs sont autant d'éléments pathogènes dans ce contexte à fleur de peau. « Là où le handicap imprime la souffrance, la pathogénie l'exprime » (Gauberti M., 1993, p30). Et pour Gauberti M., les pathogénies sont à analyser comme des défauts des mécanismes d'adaptation et d'identification réciproques.

L'hôpital peut tendre à faire disparaître le stigmate du fait que tous les enfants présentent un retard (Alba A.E., 2000), aussi on ne fait plus de référence directe à une norme ; « quand on vit avec le handicap, on ne le voit plus, on voit l'enfant » (Sabat M., 1999). Je trouve cette réalité amère car cela met bien en exergue le fait que la société que nous formons a tendance à se figer en autant de ghettos.

Cependant, il est vrai que ce milieu protégé contribue non seulement à prendre en charge le corps somatique mais s'étend également au complexe psychosomatique du fait des multitudes de disciplines. De ce point de vue, il peut témoigner une attention toute particulière aux divers besoins de l'enfant, toujours sous la référence unifiante des parents. Car cet enfant porteur d'un handicap a besoin plus qu'un autre d'être porté. Et ses parents ont besoin plus que

d'autres d'être conseillés, soutenus. En ce sens l'hôpital doté des spécialistes, est une institution « hypercontenante ».

Ainsi, l'hôpital peut jouer à la base un rôle de prévention dans le risque de surhandicap psychocorporel. Mais dans ce sens, on ne peut faire de généralités, cela dépend beaucoup du bon déroulement du contrat de soins et de la tournure que prennent les rencontres « toujours exceptionnelles » car spécifiques aux personnalités en présence des médecins, des soignants, des parents et de l'enfant. Ceci est donc à considérer au cas par cas. En définitive, il peut-être important de préparer la cellule familiale à la socialisation, en travaillant déjà sur l'interaction dans ce milieu protégé.

C'est dans cette optique d'accueil globalisante de l'enfant, que je préfère l'expression « enfant porteur d'un handicap », plutôt que le raccourci réducteur à l'handicapé.

### ***L'image du corps***

#### *Les représentations multiples*

Quelle est la possibilité pour l'enfant de comprendre cette maladie qui se mélange à son être ? Que penser de Rémy, petit garçon de 3 ans atteint d'hémophilie sévère, lorsqu'il se regarde dans la glace, inspectant les traces sur son corps, marques d'une possible hémorragie qu'il faut détecter. Que penser de lui lorsqu'il regarde avec insistance tous les orifices de son visage comme pour voir ce qui se passe à l'intérieur ?

Au-delà de l'interprétation d'une structuration psychotique et en vue du comportement de l'enfant par ailleurs, n'est-il pas légitime pour ce petit garçon de se demander : mais qu'est-ce qui se passe dans mon corps ? Tous ces questionnements qui s'imposent plus ou moins consciemment à l'enfant, naissent dans les situations quotidiennes au travers des messages verbaux et corporels que lui renvoient plus ou moins volontairement parents et soignants.

*Alors que je suis en séance de psychomotricité avec Rémy dans sa chambre, une intervenante bénévole s'immisce dans le jeu. Elle vient, avec la bonne intention de prendre des nouvelles de ce petit garçon, qu'elle voit régulièrement à l'hôpital. Rémy, suite à une chute est une fois de plus immobilisé pour une hémarthrose de hanche. « Bonjour Rémy, qu'est-ce que tu as encore fait comme bêtise ? ». Cette phrase aussitôt prononcée, fait surgir en chacun de nous un profond malaise. En effet, est-ce sa faute si une chute normalement anodine pour un enfant de trois ans, peut-être fatale à Rémy ? Ai-je bien fait de laisser cette femme rentrer ? Celle-ci s'est-elle rendue compte de ce qu'elle a dit ? Je devais renverser la situation, étant garante d'un cadre de soin dans cette « chambre-carrefour ». « Rémy a fait d'énormes progrès. A présent, il peut reporter son attention sur des activités beaucoup plus calmes. Vous verrez il a grandi, il sait être sage ».*

Je veux par cette anecdote, faire comprendre tout l'aspect ténu que peut revêtir le sens de quelques mots que sans le vouloir, nous imposons à l'enfant. Ils peuvent s'inscrire comme des micro-traumatismes et renforcer le sentiment de culpabilité de l'enfant. Il devient porteur d'une tare, il n'a pas su avoir ce quelque chose que tout le monde a, il bascule dans une problématique de castration, son intégrité corporelle et narcissique est quasi-constamment remise en question.

Comme le dit Dolto F., un schéma corporel atteint peut cohabiter avec une image du corps saine (1984). Ce n'est pas parce que son « organe corps » est touché que l'enfant aura des troubles psychiques. La grande majorité des études s'accordent à reconnaître l'extrême importance des réactions de la famille dans l'équilibre ultérieur de l'enfant. « L'enfant voit sa maladie comme ses parents la voit » (Maine de Biran cité par Goussard J., 2000, communication personnelle). Il est essentiel pour que l'enfant porteur d'un handicap développe son Moi comme tout enfant le fait, qu'il soit resté sujet dans le désir des parents. Si

ceux-ci sont trop blessés narcissiquement, l'enfant par identification, incorporera cette problématique à son image corporelle.

### ***Menace de l'intégrité corporelle***

L'enfant a d'autant plus besoin d'un étayage solide que la maladie met son intégrité corporelle en grande difficulté. Elle fatigue l'enfant, atténue sa spontanéité. En outre, il doit rester parfois alité longtemps, ce qui entraîne une amyotrophie et une carence d'expériences corporelles nécessaires à la structuration du système nerveux chez le tout petit. Ensuite, les médicaments tels que les immunodépresseurs, pris à la suite d'une greffe (par exemple) le rendent plus vulnérable devant toute infection. De ce fait, face aux maladies graves et chroniques, l'enfant est très souvent réhospitalisé, et si l'on observe sur un an, on remarque que celui-ci peut avoir passé plus de la moitié de sa vie à l'hôpital. Les pathologies chroniques ont donc une grande incidence sur le développement staturo-pondéral. Le développement psychomoteur se voit perturbé, retardé, voire régressif.<sup>5</sup>

Diverses machines, sondes, canules sont rattachées à l'enfant ; elles pénètrent et « prolongent » son corps. Cela va modifier considérablement son schéma corporel et son image du corps via les sensations qu'elles vont lui procurer et via l'investissement ou désinvestissement qu'il va faire des régions corporelles touchées. Les représentations de l'entourage vont jouer ici un rôle essentiel.

*Cécile, petite fille de 12 mois, greffée hépatique à la suite d'une atresie des voies biliaires, est à présent réhospitalisée pour une mononucléose et une prolifération bactérienne. Elle pleure dès que sa mère s'éloigne ou la pose dans son lit. Elle a besoin de sa présence en continu. Du fait de cette rechute dans la maladie, elle semble perdre toute sécurité interne. Elle tient serrée dans sa main la petite boîte bleue reliée à son corps par le biais du cathéter. L'infection enrayée, elle tiendra toujours cette boîte, ne manipulant qu'à une main. Lors d'une seconde récurrence, elle s'y attachera encore, puis la laissera au fur et à mesure de son rétablissement. Cependant, depuis 2,5 mois elle présente un net intérêt vers tous les objets de couleur bleue, c'est ceux qu'elle veut saisir en priorité. Elle semble à présent tout à fait assurée dans ses mouvements, et a choisi ses objets transitionnels.*

La permanence de ces objets était comme fondamentale à Cécile lors de cette épreuve difficile. Elle a investi ces objets reliés à son corps. Peut-être faisaient-ils même partie dans ses représentations, de son propre corps. Sur le coup ils ne suffisaient pas à eux seuls à la rassurer ; aussi elle réclamait en permanence sa mère. Celle-ci a été continue à ses côtés.

Lorsqu'elle a retrouvé la santé, Cécile a pu progressivement se détacher de sa mère et « en compagnie » des objets bleus se mettre à explorer le monde environnant. Ils appuyaient là la permanence de son être.

*Depuis que la mère d'Olivia est partie, celle-ci s'est fortement attachée à sa petite peluche rose. Durant la séance de psychomotricité, elle a toujours besoin d'un moment d'étreinte avec elle, puis recommence à explorer les autres objets. Malheureusement, les risques d'infection importants liés aux maladies du foie obligent à une hygiène stricte. Aussi, la petite peluche rose d'Olivia a dû être lavée. A ce moment, elle a perdu l'odeur de sa maman mélangée à la sienne et l'a peu à peu désinvestie.*

Pour l'enfant aux entraves du handicap, à la difficulté de se repérer dans son corps s'ajoute parfois, la difficulté d'occuper la place dans le désir de sa mère. Le désir de l'enfant existe mais s'exprime difficilement à cause de la maladie ; aussi la mère doit être « très empathique ». Si elle n'est pas soutenue dans cette épreuve « ses désirs risquent de s'épuiser dans le contrôle du corps malade, dans la rage de le rendre conforme ou la terrible

---

<sup>5</sup> C'est pourquoi, je ne fais pas véritablement la distinction dans le texte entre la notion de maladie et la notion de handicap. Pourtant, il y a une nuance, l'une n'inclut pas forcément l'autre. Cependant, en ce qui concerne les enfants dont je m'occupe, étant donné la lourdeur de leur pathologie, le handicap apparaît en conséquence.

volonté de faire croire à son enfant qu'il est comme les autres » (Gauberti M., 1993, p33) ce qui aboutirait à la négation de l'enfant dans sa particularité. La blessure est infligée au corps mais encore à la relation.

Ainsi, toute atteinte somatique résonne sur le plan psychosomatique. Corps et psyche sont indissociables car « le Moi est avant tout un Moi corporel » (selon Freud S.). La corporéité passe au plan représentatif qui à son tour se projette sur le corps et s'y inscrit... Sami-Ali parle d'une double appartenance du corps au réel et à l'imaginaire (1977). Il existe entre ces deux interfaces un processus dynamique en boucle rétroactive à double sens.

### ***Soins et maladie***

On peut observer une régression psychologique chez l'enfant malade qui a du mal à faire la part de la souffrance due à la maladie et de celle associée aux soins. Quelle représentation l'enfant se fait-il du soin ? Différencie-t-il symptômes et soins administrés ? Même si de nombreuses mesures antalgiques sont prises, les soins sont en général « douloureux, intensifs et retentissent sur l'intégrité corporelle (...), le corps transpercé ne peut plus avoir sa fonction de corps contenant ». Cette atteinte du corps entraîne une vulnérabilité psychique et « la douleur trop intense peut avoir des conséquences mutilantes quand il s'agit d'un psychisme qui s'organise » (Alba A.E., 1996, p74).

*Souvent les petits enfants appellent leurs parents durant les soins, pour que ceux-ci par leur présence leur « assurent une continuité psychique ». Alexis, petit garçon hémophile de 4 ans se débat durant chaque soin et rentre quasiment dans un état second, il est comme absent de son corps, le regard vide. Il continue de gémir durant 10 minutes après le départ des médecins, il est inconsolable pendant ce laps de temps, puis il émerge soudainement dans la réalité pour jouer avec moi aux petites voitures.*

Le comportement d'Alexis exprime une souffrance qui au-delà de l'inscription dans le corps semble avoir laissé place à de véritables « trous psychiques ». Dans ce moment traumatisant et sous l'effet du clivage voire de la défense autistique, Alexis afin d'éviter la douleur, finit par éviter son corps et sa liaison directe avec l'image mentale : « Le sujet s'absente de la douleur non pas en supprimant la douleur mais en se supprimant lui » (Ribas, 1994, cité par Alba A.E., 1996, p76).

Lorsque j'observe Alexis, je constate que son schéma corporel en dynamique notamment, est mal organisé. Alexis se déplace à petits pas, voûté, raide. Son corps est comme désunifié, de ce fait l'élaboration de l'image du corps est comme bloquée. Dans ce cas aussi extrême, on ne peut savoir « quelles traces et blessures, l'expérience douloureuse peuvent laisser sur l'organisation psychique » et psychomotrice (Alba A.E., 1996, p77).

Lors des soins techniques médicaux, il est difficile à l'enfant de prendre une certaine autonomie. Selon les mécanismes de défense que l'enfant a élaboré face aux soins répétitifs qu'entraînent sa maladie, Fisher (cité par Reinhardt J.C., 1990, p286) a étudié le développement des variables « enveloppe » et « pénétration ». Selon que l'enfant possède davantage la variable « enveloppe », on observe que celui-ci adopte davantage des conduites de « coping » (adaptation aux soins) voire de « compliance » (coopération lors des soins). Ces notions renvoient au fait que plus les mécanismes de défense de l'enfant sont élaborés, plus celui-ci possède une image du corps élaborée. Sanglade (cité par Mairesse A.M., présentée par Bursztejn C. et Golse B., 1990, p67) dans un article sur image du corps et image de soi au Rorschach, souligne que le corps dans l'image du corps est désigné comme « un principe unificateur, contenant, délimitant les mondes externes et internes, corps membrane à la fois séparant et mettant en contact, fondant l'unité de soi en même temps qu'instaurant la différence avec l'autre ». La genèse de l'image du corps est « au carrefour de la réalité somatique, enracinée dans le corps biologique, et de la réalité psychique, en tant que

représentation, image, produit d'un travail né de l'appareil psychique » (Mairesse A.M., 1990, p66).

Le principe unificateur du corps et du psychisme se fonde donc lentement dans la construction de l'individu. On comprend que dans le cas d'Alexis, cette naissance psychique que j'ai développé auparavant a été altérée. Ceci, en raison de la tectonique d'une réalité biologique pathologique et d'une réalité psychosociale complexe, que le sujet a intégré et construit peu à peu dans son psychisme.

Au regard du comportement d'Alexis, « le risque majeur est de transformer la maladie chronique en système explicatif permanent et total de toute conduite, de toute pensée ou de tout affect survenant chez l'enfant. La maladie devient un système rationalisant faisant écran à tout autre mode d'approche » (De Ajuriaguerra J. et Marcelli D., 1982, p454). Cependant, nous sommes ici en face d'un enfant qui au-delà de la gravité de son hémophilie est porteur d'une carence affective profonde. Nous nous situons dans le domaine du surhandicap (Haag).

*« La difficulté d'approche oscille toujours entre deux pôles opposés : d'un côté considérer que l'ensemble des conduites observées ne peut-être que la conséquence du défaut d'équipement neurophysiologique, ce qui revient à réduire l'enfant (...) à son seul déficit, de l'autre côté considérer que le « vécu » individuel, la relation particulière à la mère, peuvent être seuls responsables de l'état présent de l'enfant, ce qui revient à nier ou à ignorer tout facteur étiologique autre qu'existential ». (Marcelli D., 1982, p).*

### **La reproduction des gestes thérapeutiques somatiques**

On retrouve constamment le jeu du docteur dans les activités spontanées de tout enfant. On retrouve ce jeu d'autant plus chez les enfants hospitalisés. Quelle est la fonction de ce jeu symbolique : s'attribuer le savoir du médecin pour reléguer sa place de patient passif... Il adopte ainsi une position active pour maîtriser ce qu'il vit dans son corps, maîtriser la maladie afin de la séparer de lui. Il fait une piqûre au soignant de manière à ce qu'il n'y ait pas que lui qui se sente agressé. L'enfant essaie de nous faire comprendre ce qu'il vit.

*Alors que j'initie un jeu sur le schéma corporel, en parcourant avec la « balle hérisson » les différentes parties du corps de Rémy, celui-ci est très étonné par cet objet. Pour lui il évoque -comme de nombreux objets avec proéminences- les piqûres qu'il reçoit régulièrement. Aussitôt il me prend l'objet qui, dit-il lui fait mal -alors que la sensation qui s'en dégage habituellement est plutôt de l'ordre d'une stimulation cutanée agréable. Il se met alors à le diriger vers moi de manière agressive en disant « je vais te piquer ». Rémy presse la balle sur mon bras en répétant « tiens, piqûre ! ». Je le laisse me « piquer », « aïe, c'est pas agréable, tu appuie fort ! », « Rémy ? ». Rémy m'écoute à peine, il a déjà jeté la balle au loin. Comme une forme de catharsis, il a pu ici se décharger de l'agressivité sans conséquences pour l'objet réel (Freud), ainsi que projeter ses pulsions destructrices et agir ses fantasmes de réparations (Klein).*

Rémy essaie de communiquer avec moi ; il est important que je le reconnaisse en tant que partenaire interactif, le laisse s'exprimer et tente de lui expliquer ce qui lui arrive. Ce témoignage empathique de la part du soignant et notamment du médecin, pourrait lui permettre de faire la part de la douleur entraînée par les soins et celle due à la maladie. En outre, dans cette relation transférentielle, dans ce processus identificatoire, un travail sur la représentation de l'enfant par rapport à son image et celle que semble lui renvoyer les autres, peut l'aider à se détacher de sa peur et de ses sentiments de persécution. C'est une manière pour lui de ne pas rester prisonnier des sortilèges de la maladie.

Ainsi, dans cet univers ambivalent qu'est l'hôpital « le problème devant un malade grave et chronique est toujours double : celui de l'investissement par l'enfant d'un corps dont le fonctionnement est défectueux ou menacé, celui de l'investissement par les parents d'un enfant malade » (De Ajuriaguerra J. et Marcelli D., 1982, p451). Green parle dans cette

optique du « syndrome de l'enfant vulnérable ». Lorsque l'on considère les deux niveaux du problème, on réalise que l'on est face à une dialectique groupale et individuelle simultanément. Car nous savons que si l'enfant construit de façon plus ou moins élaborée une interprétation de sa maladie, comme pour donner un sens à cet ensemble insensé et destructeur, c'est souvent face aux réactions de l'entourage.

Aussi, la naissance psychologique de l'être au-delà de son handicap somatique, peut-être compromise, et le sujet a des risques d'entrer dans le surhandicap. A cet instant, on comprend ici en quoi le psychomotricien peut se vouloir garant de la création d'un espace d'émergence psychique pour l'enfant et son système familial.

*« L'intégration psychomotrice peut se voir comme un processus qui va suivre le chemin de la métabolisation des sensations-affects jusqu'à la représentation qui sera dite par le « je » » (Robert-Ouvray S.B., 1997, p149).*

## **L'APPROCHE PSYCHOMOTRICE AU SEIN DE L'UNIVERS HOSPITALIER**

L'enfant gravement malade interpelle le corps médical au plan somatique car il faut agir dans l'urgence, pour le sauver de la mort. Dès lors, l'enfant est source d'angoisse constante et indicible pour les parents. Ils n'entendent sur lui qu'un jargon médical dans lequel il est difficile d'identifier un individu. La psychomotricité permet dans ce contexte de replacer le sujet dans sa globalité, dans son intégralité psychique et physique : « la hiérarchie progressive, qui englobe successivement le corps propre et le psychisme, passe par la fonction régulatrice et unifiante qu'est la fonction psychomotrice » (Vinuesa C., 1997, p22). La psychomotricité va s'adresser à l'enfant qui souffre dans son corps, mais aussi aux parents qui souffrent dans leur narcissisme (Jacquesson A.S., 1999) et éprouvent des difficultés à « faire émerger » l'enfant devant la modification de son comportement, et la modification de l'espace-temps que leur « impose » l'hôpital.

### **L'examen psychomoteur**

*« Les parents demandent peut-être à comprendre le handicap, mais ils demandent surtout à comprendre leur enfant » (Réthoré M.O., 1998, p8)*

Contant M. et Calza A. accordent une place primordiale à l'examen psychomoteur, c'est un « lieu d'énoncé et de cadrage de la thérapie » (1989). Pour Alba A.E., « L'évaluation psychomotrice rentre déjà dans le processus thérapeutique, en valorisant la dimension psychique du développement moteur » (1990, p26).

Ainsi, le psychomotricien est attentif à la « motricité propre » de l'enfant. De ce fait, il a besoin d'évaluer ses capacités développementales dans son contexte de vie. Pour Bourger P., le bilan psychomoteur est une « évaluation de la balance entre le normal et le pathologique dans le domaine psychomoteur, pour un patient donné, à un moment donné ». Ainsi se dégage l'idée importante de « lecture individualisée dans l'ici-maintenant » (1995, p15).

On va faire une évaluation à partir des grilles standardisées. Pour les enfants de 2 mois à 4 ans, on utilisera les échelles de développement de Brunet-Lézine. Cette échelle cotée, est un outil d'évaluation apprécié par les collaborateurs, car il est chiffré ; donne un quotient de développement, permettant un repérage par rapport à la norme. Ainsi, il est un outil essentiel pour le psychomotricien qui travaille avec la prime enfance, car il lui permet d'être accessible dans sa vision du patient à l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire. On va aussi réaliser un examen neuromoteur.

On va évaluer :

-comment l'enfant utilise ses compétences dans la relation au corps propre, à la dimension spatio-temporelle, aux objets (posture, coordination oculo-manuelle).

-l'interaction avec les parents et l'interaction avec le tiers, le psychomotricien (langage et socialisation).

Souvent, les enfants malades chroniques présentent des retards de développement très importants et les domaines psychomoteurs touchés vont être variables selon la pathologie et les particularités liées au vécu relationnel. Aussi, on va essayer de comprendre là où en est l'enfant et oublier la norme - là où il devrait être- afin de lui faire la place en tant que sujet. Le bilan ne doit pas être l'inventaire de la pathologie de l'enfant (Contant M. et Calza A., 1989). « En aucun cas, l'examen psychomoteur -qui peut-être un outil d'estimation, d'évaluation, d'appréciation et surtout d'écoute et d'interprétation des symptômes exprimés avec ou par le corps- ne doit être considéré comme une batterie de tests ou d'épreuves étalonnées ; on ne peut chiffrer d'une manière efficace le mal-être corporel » (Deitte J., 1988, p8).

Pour cela, on va donner une grande place à l'observation et à la relation pour comprendre davantage qui sont ces personnes en présence.

*Durant le bilan, la mère me dit, « elle est plus éveillée depuis 2 semaines ». « Et qu'avez-vous remarqué de différent », « Bah, c'est depuis qu'elle prend des vitamines ».*

Souvent la mère a des difficultés à anticiper son enfant en tant que personne et se focalise sur la maladie. Le discours que tient cette maman sur son enfant montre que nous avons ici un travail de valorisation des capacités de l'enfant aux yeux de la mère à effectuer. En effet, ce qui ressort, c'est que cette maman qui souffre, se représente sa fille comme étant un être incapable d'avoir au-delà de son atteinte des capacités propres.

L'échange que l'enfant établit avec le thérapeute est une possibilité pour la mère de le redécouvrir avec ses potentialités. Pour Brazelton T.B., la mise en évidence des compétences du bébé lors de l'évaluation est pour la mère l'objet de gratification narcissique essentielle pour le bon démarrage de la relation avec son bébé. Il est d'autant plus important de pointer les capacités de développement spontanées quand il s'agit d'un enfant malade (Alba A.E., 1990). « En tant que psychomotricien, nous avons ce rôle de promouvoir auprès des parents une image positive de leur enfant (pour renforcer l'attachement) en aidant le bébé à manifester sa curiosité pour le monde, sa quiétude au repos, ses capacités de régulation dans l'interaction quand il est porté dans les bras, ses initiatives sociales dans le dialogue » (Mellier D., 1999, p28)

Au-delà de l'aspect formel du bilan, en décodant le langage du corps, le psychomotricien joue le rôle de traducteur en étant lui-même engagé dans ce dialogue tonique. Du fait de cet investissement psychocorporel spécifique du psychomotricien, je trouve intéressant d'introduire des notions issues de la théorie des systèmes.

Dans les thérapies systémiques, l'observateur fait partie intégrante de son observation (on appelle cela de l'observation participante). Dans cette optique, Alba A.E. parle d'une « toile relationnelle qui se tisse entre l'enfant, sa mère et le thérapeute » (1990, p27), cette image reprend la métaphore spatiale de Winnicott : l'espace transitionnel. Ainsi, psychanalyse et approche systémique ont du chemin à faire ensemble ; les deux approches sont complémentaires, l'une introduisant plutôt l'aspect intra-subjectif et l'autre l'aspect inter-subjectif. Ainsi, en abordant l'enfant afin de l'aider à « cheminer » malgré sa pathologie, le psychomotricien aborde les parents, et est amené à décoder la valeur homéostatique que revêt le symptôme dans le système familial. « Nous touchons l'enfant et à travers lui ses parents » (Jacquesson, 1999, p62). Nous allons chercher à comprendre comment cela résonne dans l'interaction fantasmatique (lecture systématisée), comment les modalités compensatoires du

handicap se sont mises en place ou non dans la relation tant du côté de l'enfant que des parents. Nous allons être vigilants à la manière dont intervient l'enfant dans le discours des parents et à la manière dont l'enfant les sollicite. Aussi, dans cette optique, nous allons prendre la dynamique familiale dans son intégralité, en nous adressant à chaque personne en présence, à chaque individualité, tout en essayant d'installer une relation de confiance.

### **Le projet thérapeutique**

« l'objectif thérapeutique sera d'éviter une fixation morbide au handicap, pour que l'enfant soit sujet de désirs et non objet de soins » (Gauberti M., 1993, p27). Ce projet thérapeutique s'inscrit donc dans un projet de vie pour l'enfant, auprès de ses parents.

### ***Adaptation à l'enfant***

Si l'évaluation permet de cibler les soins à apporter à l'enfant (et aux parents), alors le projet thérapeutique s'inscrira à partir de cette base dans une dynamique adaptative à son évolution. « Précis dans sa conception mais plastique dans sa réalisation, le projet thérapeutique suit les progrès du patient pas à pas » (Carric J.C., 1991, p141). Et toute la difficulté est là : ajuster les stimulations des rééducations et soins précoces en regard de la construction et de la vulnérabilité du Moi corporel de l'enfant.

*Au début du stage j'étais, lors des prises en charge, dans l'attente de voir l'enfant progresser dans les acquisitions motrices afin qu'il comble au mieux son retard. Une séance dédiée à un savoir-faire technique incongru m'a fait comprendre mon erreur. La psychomotricienne m'a amené à réfléchir et à remettre en question mon action. A la recherche de résultats palpables, je n'avais pas compris ce qu'était la psychomotricité dans l'immédiat de la thérapie ! Olivia prise dans la problématique de séparation d'avec sa mère n'en était pas à « investir les Niveaux d'Evolution Motrice ». Lorsque je l'ai laissée exprimer son manque dans des jeux symboliques, alors l'espace-temps psychomoteur est devenu contenant pour elle. La laissant évoluer à son rythme, un mois plus tard, dès le début de la séance comme pour me le montrer ! Olivia passa du banqueteur à la station assise, puis continua en passant à quatre pattes. Dès lors, j'ai compris qu'il pouvait être tout à fait inutile et même déstructurant de brusquer les acquisitions ; il faut laisser au corps le temps de se muscler et au psychisme le temps d'intégrer. Auquel cas, ne respectant pas cela, nous entrons dans le domaine néfaste de la surstimulation, ce qui est contraire au processus thérapeutique.*

« Bien souvent, on est presque plus exigeant avec les enfants handicapés qu'avec les autres » (Haag G., 1993, p16) dans cette optique nous ne les considérons pas comme sujet mais comme ayant un manque à combler.

*« Le thérapeute doit pouvoir s'identifier au malade sans pour cela perdre son identité propre. Il doit être en mesure de tolérer les conflits du patient, c'est à dire attendre qu'ils se résolvent en lui, au lieu de rechercher avec anxiété le moyen de les guérir » (Winnicott cité par Bourger P., 1995, p17).*

### ***La place des parents***

Nous sommes là pour « susciter le désir » des parents auprès de leur enfant, les aider à changer leurs représentations, car cette représentation est un point d'ancrage fondamental pour le développement ultérieur de l'enfant. Ceci est une possibilité favorisée par la psychomotricité lorsque les parents se sentent démunis, car nous leur proposons au sein de cet univers hospitalier d' « investir » un lieu de rencontre contenant (l'espace de la salle est protégé des regards, la séance exclue les soins douloureux), de voir l'enfant dans ses potentialités et non seulement dans ses limites. Ceci est important pour se projeter dans le futur. Ensuite, dans cet espace-temps les parents peuvent devenir acteurs dans la prise en charge de leur enfant ; ils peuvent participer concrètement.

*Lors de la prise de contact, la mère de Thomas qui avait fait une demande de psychomotricité pour son fils de 7 mois atteint d'une AVB, me demanda si elle devait s'absenter. Je lui expliquai alors notre rôle. Au contraire, nous avons besoin d'elle, point de référence essentielle auprès de son enfant.*

Cette nouvelle place libérée les interpelle forcément dans leur parentalité. « La psychomotricité a un statut un peu particulier dans l'esprit des familles, car il est clair que nous ne sommes pas médecin ni psychologue. Nous travaillons avec les parents autour de l'activité de l'enfant, ce qui souvent leur laisse une plus grande liberté de paroles. Nous ne sommes pas fixés sur leurs émotions, tout en étant à leur écoute, ni sur l'aspect fonctionnel du corps de l'enfant, tout en travaillant sur la relation de l'enfant et de son corps avec l'environnement » (Pineau S., 1997, p59).

Je veux montrer ici que notre pratique s'adresse à l'enfant et aux parents. On va prendre pour « prétexte » l'aide à l'acquisition des étapes du développement pour amener un remaniement des représentations en temps réel durant l'espace-temps de la séance, puis progressivement en dehors. Ceci aura aussi pour effet d'agir sur les représentations de l'équipe, renforçant davantage le processus d'individuation et d'identification. « C'est en nous appuyant sur ses capacités révélées et en les mettant en valeur auprès des parents, que l'on va susciter et accompagner leurs nouveaux liens d'attachement à cet enfant, et cela de manière objective » (Mellier D., 1999, p42).

Ainsi, si nous devons laisser à l'enfant la possibilité de s'exprimer dans son corps, cela doit aussi être permis aux parents. « L'un des objectifs poursuivis est que la mère utilise ses propres compétences pour aider son enfant à grandir. La dimension hédonique est fondamentale car elle soutend la recherche d'expériences » (Odéon N., 1993, p14) et permet donc de mettre en place spontanément et avec créativité le schème d'action<sup>6</sup>.

L'identification au thérapeute-réparateur, imaginé comme ayant toutes les qualités du « bon parent » serait aussi contraire à la thérapie. « Il n'est pas question de transformer les mamans en rééducatrices » (Odéon, 1993, p15). En effet lorsque nous utilisons un support ludique, c'est pour entrer dans la dimension sensorimotrice, il est largement suffisant que la mère retienne la dimension interactive et le plaisir partagé.

Même « si cette mère est perçue par le psychomotricien comme ' insuffisamment bonne ', elle est le point d'ancrage et de référence vitale pour le bébé ; elle est, telle qu'elle est, celle à toujours réintroduire auprès de l'enfant et dans l'interaction entre lui et le thérapeute » (Gauberti M., 1993, p87).

Le psychomotricien vient là d'une certaine manière « autoriser » les parents à prendre soin de leur enfant (Alba A.E., 1999), c'est à dire à pouvoir le considérer comme une personne.

### ***La notion de « schème d'interaction »***

J'introduirais ici le « schème d'interaction ». Le schème d'interaction pourrait faire référence en systémique à la notion de « pattern transactionnel » : la famille structure ses interactions selon les règles qu'elle a développées et modifiées au travers d'essais et d'erreurs pendant un certain laps de temps. Grâce à ces règles, les membres de la famille apprennent ce qui est permis ou défendu dans la relation jusqu'à ce que se dégage une définition stable de cette

---

<sup>6</sup> LE SCHEME D'ACTION « C'EST LA STRUCTURE GENERALE DE L'ACTION SE CONSERVANT AU COURS DE SES REPETITIONS, SE CONSOLIDANT PAR L'EXERCICE ET S'APPLIQUANT A DES SITUATIONS QUI VARIENT EN FONCTION DES MODIFICATIONS DU MILIEU » (PIAGET). CELA SOUTEND LA SATISFACTION D'UN BESOIN SUR LEQUEL SE MET EN PLACE LA STRUCTURE COGNITIVE A L'ACTION. BIEN SOUVENT NOUS INTRODUISONS LE SCHEME D'ACTION EN PSYCHOMOTRICITE PAR LE JEU. QUAND NOUS JOUONS, REPETITIVEMENT ET VIA DIVERS SUPPORTS, NOUS STIMULONS DES CHAINES ASSOCIATIVES.

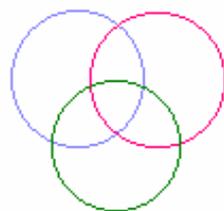
relation (Andolfi M., 1977). Dans l'observation de ces phénomènes, on va notamment voir apparaître : Comment s'expriment les modalités compensatoires du handicap ? Sont-elles adaptées ou alors le système s'est-il enfermé dans une spirale transactionnelle néfaste ?

*Kevin, petit garçon hémophile de 2,5 ans, vient en bilan avec ses parents. Le père semble assez rigide dans ses attitudes et ses réponses à l'enfant. A un moment donné, il nous dit « Je trouve que Kevin s'identifie beaucoup à moi, il est calme, ordonné, fait ce qu'il faut ». Au travers de l'observation de ce couple père-fils, on a davantage le sentiment que c'est le père qui attend cela de son enfant. Il se projette en lui et ne lui laisse pas vraiment le choix, il le reprend sans cesse. On voit ici, comment l'angoisse du risque hémorragique au moindre choc, a largement influencé le comportement familial dans son adaptation à l'enfant.*

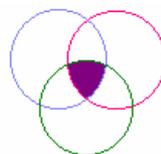
Le schème d'interaction se constitue de toutes ces répétitions, imitations, repères stables, variations dont se teinte la relation. Ce sont autant de données qui doivent apparaître afin de témoigner de l'intégration des personnes en présence. « L'enfant réajuste son comportement en fonction de l'intensité des stimulations et la mère doit pour rester intéressante aux yeux de son enfant modifier ses gestes » (Stern cité par Robert-Ouvray S.B., 1997, p135).

Avec la mère, en psychomotricité, nous réfléchissons ensemble, échangeons, enrichissons notre créativité et entrons dans un processus simultané de ritualisation et de diversification. D'après Robert-Ouvray S.B., ces ritualisations témoignent d'une réciprocité d'action et exigent un accordage des partenaires. La diversité des données est le fait du riche mélange des univers de sens. « la psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute... » (Winnicott D.W., 1971, p55).

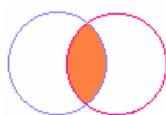
Cette aire transitionnelle : c'est ce que vient symboliser sur la couverture de ce mémoire, les trois cercles qui se chevauchent. L'un entier représente l'enfant, un autre les parents ou la mère (puisque c'est elle qui est le plus souvent disponible), le dernier est le psychomotricien. Ces trois cercles sont au même niveau et marque ainsi le fait qu'il n'y a pas de hiérarchie.



La partie commune aux trois cercles symbolise cette capacité des acteurs en présence à faire un « compromis » et les « jette » lorsqu'il y a plus de deux personnes dans le processus complexe de la triangulation voire de la multirelation.



La partie commune à deux cercles représente la communication spécifique entre deux personnes. Il faut avoir cela à l'esprit, pour se représenter la complexité de la communication de l'ensemble du système (il y a comme un pattern général et des sous-patterns constituant le schème d'interaction).



Le reste de chaque cercle non-recoupé représente cette capacité des personnes à rester seule (au sens de Winnicott), à rester elle-même (si ce n'était pas le cas, un seul cercle représenterait les deux partenaires en fusion).

Ceci reste pour l'instant bien idéal.

*En thérapie « ...on a affaire à deux personnes (ou plus) en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire. » (Winnicott D.W., 1971, p55).*

Restent à voir à présent les derniers ingrédients indispensables au fondement de la prise en charge psychomotrice.

Tout d'abord, le cadre thérapeutique qui se scinde en un cadre physique (l'espace-temps de la séance, la réalité matérielle, les objets,...) et en un cadre psychique. Dans la réalité, ces deux éléments se télescopent (l'espace des lieux peut recouvrir par exemple un aspect affectif). Déjà nous proposons à l'enfant, via ce cadre d'élargir son corps physique au corps psychique.

Ensuite, le cadre psychique suppose que se joue une relation transférentielle entre l'enfant et le thérapeute. Nous travaillons dans ce transfert au travers de l'outil de communication puissant qu'est le corps.

Enfin, la composante du plaisir est surtout à ne pas omettre, de manière à ce que le corps puisse être investi positivement. Ce plaisir suppose la dimension ludique.

Aussi, je propose d'aborder dans la progression de la partie clinique qui suit, l'élément du jeu en tant que médiateur dans la prise en charge psychomotrice. Il pourrait constituer une possibilité d'entrer en relation, et pourrait de ce fait permettre l'accès du sujet à l'individuation.

*« Il faut pour entrer en relation se sentir distinct de l'autre »*

Je vais au travers de la présentation des cas de Rémy et de Cécile, que j'ai déjà évoqués de manière anecdotique en cette première partie, tenter de répondre à cette problématique.

## II. L'APPROCHE PRATIQUE

### LA PERSPECTIVE PSYCHOMOTRICE

#### A. REMY

*Je rencontre Rémy à l'hôpital avec son frère jumeau et sa maman, lors d'un bilan ponctuel d'évolution effectué par la psychomotricienne. Ce petit garçon va bientôt avoir trois ans et il est atteint d'hémophilie A sévère.*

#### GENERALITES SUR L'HEMOPHILIE

L'hémophilie est décrite pour la première fois comme entité clinique au XIX<sup>e</sup> siècle. Cependant cette maladie hémorragique congénitale est déjà connue depuis longtemps, puisque dès le deuxième siècle avant J.C., le Talmud dispensait de la circoncision le troisième d'une fratrie dont les deux frères aînés étaient mort d'hémorragies lors du rite (Alby J.M., Alby N., Caen J., 1964, p11). Il y a 30 ans encore, il n'existait pas de traitement et l'hémophilie était considérée comme une maladie mortelle. Malgré les progrès de la médecine, l'hémophilie a continué de se teinter d'une histoire sombre (scandale du sang contaminé).

C'est une maladie chronique héréditaire qui atteint le garçon ; la femme hétérozygote est conductrice. On retrouve des antécédents familiaux dans 10 % des cas. Actuellement un garçon sur 5000 environ est touché.

L'hémophilie se caractérise par une anomalie constitutionnelle de la coagulation liée au déficit en facteur VIII ou IX (facteurs antihémophiliques). Il existe plusieurs degrés de gravité et l'hémophilie est dite sévère lorsque le taux de coagulation est inférieur à 1 % et le temps de coagulation supérieur à 30 minutes. Elle est responsable d'accidents hémorragiques extériorisés, « mais aussi intra-articulaires (hémarthroses) et intra-musculaires (hématomes) volontiers récidivants, pouvant entraîner des séquelles de l'appareil locomoteur parfois invalidantes » (Alba A.E., 1989, p24). C'est une maladie grave du fait de la grande fréquence des accidents hémorragiques (1 par mois en moyenne dès l'âge de 4-5 ans) et de leur caractère souvent imprévisible.

Le traitement substitutif par injection intraveineuse de concentrés plasmatiques en facteur de coagulation permet l'arrêt du saignement. Il est souvent associé à un geste local de compression, puis l'enfant est immobilisé au minimum 48 heures afin de mettre au repos l'articulation. Le nombre de perfusions que reçoivent les enfants est de 100 à 200 par an (1 piqûre toutes les 48 heures !).

Aussi nous comprenons que cette affection revêt dans certain cas, un caractère très déstructurant pour l'enfant et sa famille, et ce d'autant plus qu'on ne peut pas toujours rapporter l'hémorragie à un traumatisme. L'enfant est troublé par ce qui se passe dans son corps, la douleur et les « pénétrations » quotidiennes de son intégrité corporelle que représentent les perfusions.

Lorsque l'arrêt du saignement est difficile, on pose à même le corps « une chambre » : un cathéter central, où les injections quotidiennes peuvent être faites avec un moindre risque hémorragique. Ces injections régulières constituent un traitement prophylactique. Cependant cela reste lourd, car signifie que l'enfant reçoit des piqûres tous les jours et il peut parfois développer dans ce cas un anticorps au facteur coagulant injecté. De fait, son hémophilie résiste au traitement et la survenue d'un nouvel accident hémorragique grave peut avoir des conséquences dramatiques.

Du fait des nombreuses hospitalisations, l'hémophile vit des distanciations précoces du foyer. Ensuite, l'angoisse des parents entretient une relation fusionnelle à l'enfant. Les expériences normales de séparations en découlent souvent altérées, la prise d'autonomie délicate, et certains parents n'arrivent pas à concevoir leur enfant autrement qu'au travers de sa maladie. De ce fait, on peut considérer que cette maladie est psychogène car « l'indépendance psychologique de l'enfant hémophile est constamment attaquée par la maladie somatique » (Bernard J.P., Gutton P., Le Meignen E., 1974, p103). L'image du corps, ce « substrat relationnel à l'autre » est souvent perturbée (Dolto, 1987, p13). En parallèle, la structuration du schéma corporel, va aussi se heurter aux interdits parentaux et aux immobilisations prolongées. « Les premières initiatives d'autonomie motrice, moments clés dans l'organisation du schéma corporel et de l'image du corps, au lieu d'être une source de joie et de fierté, seront souvent pour les parents du jeune hémophile génératrice de crainte d'accident hémorragique » (Alba A.E., Desmarres C., Eudier H., Lambert T., Laurian Y., 1986, p269).

Devant l'angoisse, l'enfant va donc vivre un manque d'expériences motrices. Aussi, il peut ne pas développer cette maîtrise corporelle nécessaire à le sécuriser et par ce biais vivre des situations d'autant plus favorables à la survenue des hémorragies. Les jeux collectifs souvent déconseillés singularisent la vie relationnelle de ces enfants et l'acceptation des contraintes va se faire dans la restriction voire l'inhibition motrice ou dans l'opposition, l'instabilité.

## ANAMNESE

### Histoire de la maladie

Rémy naît de parents zairois à 37 semaines d'aménorrhée par césarienne, d'une grossesse gémellaire. Rémy fait un céphalhématome néo-natal et son frère une hémorragie qui entraîne le diagnostic d'hémophilie A sévère, dès la naissance.

A 4 mois, Rémy est hospitalisé en raison d'un hématome sous-dural avec saignement occipital d'étiologie inconnue. Cet hématome s'accompagne de convulsions. On administre au petit garçon, un traitement contre l'épilepsie. A 12 mois, Rémy acquiert la marche, mais régresse rapidement en imitation de son frère qui a alors un accident hémorragique. A 32 mois, Rémy présente une hémarthrose de hanche gauche dont on ne détermine pas la cause. Il porte à la suite de cet accident un plâtre durant 1,5 mois, puis recommence à marcher avec un léger boitement. A 34 mois Rémy va un mois à l'école et présente des difficultés d'intégration avec son frère jumeau.

Le reste de l'année, de 35 mois à 41 mois, il sera hospitalisé 5 fois.

La prise en charge psychomotrice débute à 36 mois.

### Contexte familial

Rémy et son frère, sont les deux derniers d'une fratrie de 4 enfants ; ils ont deux sœurs aînées : une de 13 ans, et une autre de 15 ans.

Lors de l'acquisition des différentes étapes du développement psychomoteur les parents de Rémy (et de son frère) se montrent très angoissés. Craignant les accidents hémorragiques, ils stoppent souvent l'activité motrice spontanée. En réaction, les deux frères se lancent en imitation, dans des activités motrices impulsives, réalisées dans l'urgence de peur qu'elles soient stoppées. Cependant, ces passages à l'acte n'ont pas le temps d'être structurés et leurs mouvements restent sans finalité. Quant on consulte leur développement psychomoteur, y sont évoquées de véritables décharges motrices.

A 19 mois, une première prise en charge psychomotrice est indiquée. Le travail est effectué en présence des jumeaux et des parents. Durant les bilans de contrôle qui font suite à cette

première prise en charge, la psychomotricienne constate que les parents ne suivent pas ses conseils. A la maison les parents ne participent jamais aux jeux de leurs enfants, ils ne les aident pas à structurer leurs activités.

Actuellement, la maman est fatiguée et se plaint beaucoup de Rémy dans son discours (celui-ci est le plus « instable » des deux frères). Elle le déprécie quoiqu'il fasse. Elle manifeste son exaspération à venir régulièrement à l'hôpital pour les multiples soins. Elle semble dépressive.

Etant donné les répercussions problématiques de ce trouble de l'interaction sur le développement de l'enfant, une prise en charge en psychomotricité est prescrite à 36 mois (3 ans) par le médecin-chef et conseillée par l'institutrice. Celle-ci a remarqué que les deux petits se repliaient dans leur coin, et se montraient parfois assez craintifs quant aux événements extérieurs.

### **BILANS ET PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES**

Rémy est suivi régulièrement en kinésithérapie. Les hématomes suscitent un drainage et les hémarthroses une rééducation afin d'éviter les déformations orthopédiques pouvant apparaître suite à une amyotrophie.

A 34 mois, le bilan sanguin montre un facteur VIII insuffisant (facteur de coagulation sanguine). En outre, Rémy a développé un anticorps anti-coagulant qui résiste aux traitements coagulants dont sont substitués régulièrement les hémophiles. De ce fait, il est difficile à soigner.

### **BILAN PSYCHOMOTEUR**

*J'ai réalisé le bilan psychomoteur de Rémy en deux temps à l'âge de 3 ans. Dans le premier temps, j'ai passé une matinée avec le petit garçon afin de faire connaissance, établir une relation de confiance tout en réalisant un bilan d'observation ; ceci s'est déroulé dans sa chambre et dans le coin jeu des enfants. Dans un deuxième temps, j'ai repris en séance les items qui s'étaient avérés difficiles à évaluer en dehors de la salle de psychomotricité.*

#### *Au niveau du développement moteur et postural*

Rémy présente un développement qui correspond à sa tranche d'âge dans ce domaine.

Rémy présente un équilibre correct ; il peut donner un coup de pied dans le ballon et se tient sur un pied sans aide. Au niveau de la locomotion, il peut monter et sauter de la chaise sur le tapis, il court alterne les pieds pour monter les escaliers.

#### *Au niveau des coordinations oculo-manuelles et du graphisme*

Rémy a acquis la pince supérieure. Il peut faire des encastrement et des constructions d'un enfant de 2,5 ans. Il ne peut pas encore faire un tour de 9 cubes.

--Sur le plan des manipulations, Rémy passe d'un objet à l'autre de manière peu structurée. Sa concentration est éphémère et il regarde peu ce qu'il fait.

--Sur le plan du graphisme, Rémy présente le développement d'un enfant de 22 mois. Il tient l'outil scripteur dans sa main droite de manière incorrecte et ne maintient pas la feuille avec son autre main. Il peut imiter un trait sans direction observée ainsi que des formes circulaires (mouvements qui partent du poignet).

### *Au niveau du langage, de la socialisation, du développement psychoaffectif et psychocorporel*

--Rémy est un petit garçon rieur et taquin dans la relation à l'adulte. Il n'est pas intimidé au premier contact. Il nécessite cependant un petit temps de mise en confiance pour parler davantage.

La plupart du temps, il évoque ses blessures et ses parents, en les mettant souvent en relation (« bobo et papa »). Quand on se rapporte aux entretiens avec la mère, on réalise vite que Rémy parle en miroir de ce qu'elle lui dit : il ne parle de son corps qu'au travers de l'hémophilie. Si son schéma corporel semble bien structuré pour son âge, on constate cependant une assimilation de son image du corps à son état de maladie. Cela se retrouve spécifiquement dans son comportement face au miroir : il n'y observe que ses petites blessures. Aussi, pour entrer en contact avec l'adulte, Rémy montre de manière ritualisée ses blessures : cela semble prendre une valeur équivalente du « bonjour ». On peut comprendre cela dans le sens où au sein de ce cadre hospitalier, Rémy voit beaucoup de médecins qui viennent l'ausculter et s'intéresse donc à son corps somatique en priorité.

--Sur le plan spécifique du langage et de l'individuation, Rémy présente des acquisitions d'un enfant de 24 mois. Il dit « non », ne se nomme pas par son prénom et n'utilise pas le « je ». Il nomme parfois les objets qu'il manipule, mais ne parle pas de ce qu'il fait. Il pose parfois des questions mais n'utilise pas encore le « pourquoi ». En revanche, il utilise les pronoms personnels et les articles définis. Il ne dit ni bonjour ni au revoir pour entamer et clore une interaction.

--Sur le plan de la compréhension, il présente globalement les acquisitions d'un enfant de son âge : il connaît les prépositions sur, dans, devant, derrière. Il localise différentes parties de son corps. Il ne nomme pas les couleurs, mais les discrimine et peut les appairer.

--Sur le plan de l'élocution, Rémy utilise 3-4 mots dans ses phrases mais articule peu. Il reste globalement difficile à comprendre sur le plan verbal et a pris l'habitude de laisser sa mère traduire ses paroles. Rémy est toutefois expressif sur le plan corporel qui reste pour lui un outil principal de communication à l'adulte et aux enfants plus jeunes que lui.

Avec son frère, il utilise beaucoup ce mode interactif et notamment les conduites imitatives. Il se pose comme le meneur et attends que son frère reproduise ses actes. Par ailleurs, il le nomme par son propre prénom, ce qui pose tout le problème identitaire que Rémy semble vivre, ses troubles de l'image du corps. Cette assimilation inconsciente de Rémy à son frère pourrait aussi soutendre de possibles rivalités entre eux dans le rapport à la mère.

--Sur le plan comportemental, Rémy présente un développement un peu en retard comparativement à la norme. Son comportement donne des indications quant au mode interactif qu'il entretient avec ses parents. Globalement, il émet beaucoup de difficultés à « considérer » son interlocuteur. Il obéit peu aux ordres, comprend l'interdit mais le brave, sauf, dans les situations extrêmes qui mettent sa vie en danger (il prend conscience de son état). Il écoute peu les propositions de l'adulte sauf si celui-ci introduit une notion continue de suspense, d'imaginaire et de surprise : il faut sans cesse savoir capter son intérêt. Il manifeste une certaine impulsivité.

### **ÉVALUATION DES MODALITES RELATIONNELLES MERE-ENFANT**

Cependant, ce comportement d'opposition est notablement exacerbé dans la relation à la mère.

Tout D'abord, Rémy est ambivalent : lorsqu'elle n'est pas là, il la réclame rapidement et cherche même à la rejoindre (angoisse de séparation). Cependant, dès qu'il la voit, il devient provocant, instable, voire manipulateur ; il fait tout le contraire de ce qu'elle lui dit. On sent qu'il prend du plaisir à « l'exciter » ; est-ce pour l'empêcher d'entrer dans un processus dépressif ?

Cela joue le malaise de leur relation et les modalités interactives inadaptées dans lesquelles ils se sont « enfermés ».

Il lui fait du chantage affectif en empruntant un maximum d'expressions émotionnelles dans un laps de temps court jusqu'à ce qu'il obtienne ce qu'il veut. Auquel cas, il s'enfuit en courant et attend qu'elle le poursuive. Elle ne peut le contenir que physiquement et a beaucoup de difficultés à lui poser des limites. « L'enveloppe tactile » supplante « l'enveloppe sonore » (au sens d'Anzieu D., 1985) que peut représenter la parole : le corps à corps reste au premier plan.

La mère se plaint d'avoir tout à faire, d'être « sa boniche ». Cependant, je peux constater qu'elle ne l'aide pas à s'autonomiser, ne lui demandant jamais son avis lors de l'habillement...

Cette hyperactivité en miroir de son enfant, cette fuite dans l'agir, semble être la seule réponse qu'ait trouvée cette mère face à l'angoisse et la dépression.

*« Certains enfants exigent la présence continue de leur mère réduite en esclavage...la maladie est utilisée comme refuge et l'enfant et la mère entrent dans un univers de chantage réciproque qui freine toute évolution vers la maturité et l'autonomie » (Alby J.M., Alby N., Caen J., 1964, p14).*

Ici, l'hémophilie recouvre un sens qui dépasse de loin le plan somatique, elle occupe une valeur dans l'équilibre dyadique, prolongeant un état quasi-symbiotique.

## **CONCLUSION GENERALE DES EVALUATIONS INDIVIDUELLES ET SYSTEMIQUES**

A un âge où une certaine instabilité physiologique est normale, Rémy investit moins la motricité fine que l'activité motrice globale et spontanée. Cependant, ce comportement n'est pas l'unique fait du développement mais recouvre aussi un sens relationnel. Dans son milieu familial, il n'est pas habitué à être canalisé sur ses possibilités dans l'activité et a de fait des difficultés à fixer son attention suffisamment longtemps pour explorer un objet. Chez lui, on le focalise davantage sur ce qu'il ne doit pas faire et cela ressort dans son comportement par de l'opposition. L'attention des parents reste fixés sur l'état somatique de l'enfant et Rémy est peu stimulé sur le plan du langage ainsi que sur le plan de son individualité/individuation.

## **PROJET THERAPEUTIQUE ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE**

L'objectif de la prise en charge psychomotrice sera de guider Rémy vers un processus d' « autonomisation-individuation » dans un cadre adapté à ses besoins. Dans cette optique, je vais aider Rémy à donner du sens et structurer son activité en m'appuyant sur ses capacités de compréhension tout en maintenant sa concentration par des mises en situations ludiques. Ainsi, par le biais d'activités manuelles, je vais l'amener à préciser son geste. Ensuite, au travers d'un travail plus global sur le schéma corporel et l'image du corps, je vais tenter d'aider Rémy à ressentir qu'il existe aussi en dehors de son atteinte somatique.

Ces deux optiques abordées dans le plaisir et toujours recentrées dans la continuité de la relation, sont une possibilité de l'amener à comprendre que l'adulte n'est pas qu'une limite à l'action mais peut aussi être un « support » à son envie de s'exprimer.

Je fais la prise en charge et sur quelques séances la psychomotricienne « contrôle » mon travail. Entre les séances, des échanges avec elle me permettent de faire le point sur la complexité de la situation, de cibler mon travail quant à l'évolution de l'enfant ainsi que de modifier ma position si cela s'avère nécessaire.

Rémy vient seul en séance de psychomotricité une fois par semaine durant ¾ d'heure. La prise en charge s'effectue sans la mère ; vu son épuisement il semble nécessaire de l'amener à déléguer un peu de ce qu'elle porte. La prise en charge peut se dérouler dans la salle de psychomotricité mais aussi dans la chambre d'hospitalisation de Rémy si celui-ci a fait un accident hémorragique.

La mère n'ira jamais à la prise en charge psychothérapique proposée par la psychologue du service ; ceci lui a été présenté comme étant un espace d'expression pour elle. Elle ne s'avère pas prête à pouvoir parler d'elle. Cependant, étant donné l'état dépressif dans lequel elle se trouve, un temps de discussion plus ou moins formel sera pris avec elle à la fin de chaque séance. En effet, la prise en charge du trouble de l'interaction est à ne pas omettre de la thérapie, d'autant plus qu'il conditionne les acquisitions de l'enfant. Ici, la psychomotricité peut s'entreprendre comme étant une possibilité de restitution de son identité à la cellule familiale, puisqu'elle considère comment celle-ci s'est organisée autour de la maladie, et non uniquement l'hémophilie de l'enfant.

### **PRISE EN CHARGE**

#### **Mise en place du cadre thérapeutique**

Avant d'aborder concrètement l'évolution de la prise en charge, j'ai jugé utile d'explicitement clairement la mise en place du cadre thérapeutique par rapport au projet énoncé. Pour cela je vais décrire les deux premières séances de psychomotricité qui se révèlent difficiles pour Rémy. (j'y reviendrai par la suite en discussion)

#### ***Description***

*Rémy, la psychomotricienne et moi, nous installons au tapis et entamons divers jeux au cours desquels il faut sans cesse susciter, soutenir l'attention du petit garçon. Soudainement, Rémy est attiré par la petite maison avec une clé. Il la saisit et s'amuse à fermer, ouvrir la porte. Assez, rapidement il réclame sa mère et veut sortir de la salle. Il prend alors la clé de la maison pour ouvrir la porte de la salle de psychomotricité. Je lui montre que cette porte n'est pas fermée. Il l'ouvre et part en courant pour rejoindre sa mère et son frère.*

*Avec la psychomotricienne, nous discutons avec la maman tandis que les deux jumeaux s'imitent dans leur jeu. Tandis que la psychomotricienne explique à la mère que Rémy*

*comprend bien mais a des difficultés à écouter l'autre, celui-ci montre à son frère des gestes qu'il a pu observer lors de la séance...*

*La séance suivante je commence la prise en charge seule avec Rémy. Très vite, j'introduis « un tiers » dans notre relation : un clown en tissu. Ceci réjouit beaucoup Rémy. Nous faisons « tous les trois » connaissance au travers d'un jeu sur les différentes parties du corps (sur le clown, sur moi, sur Rémy). Au bout d'un moment, Rémy, parce qu'on lui parle de son corps, va « se coller au miroir » de manière à explorer ses orifices et notamment son nez où on aperçoit une petite croûte de sang. Il ne me parle alors que de ses « bobos ». Le clown et moi « n'existons » plus ! Par l'intermédiaire du clown, j'attire alors de nouveau l'attention de Rémy durant un laps de temps court sur des jeux d'encastrement. Puis celui-ci se lève pour partir de la salle. Je le retiens alors un instant -toujours grâce au clown- pour que « tous ensemble nous remettons les jeux dans leur maison ». Rémy, embrasse le clown, ouvre la porte et court vers sa mère.*

*Dès qu'il arrive devant elle, celle-ci s'avance vers lui et Rémy repart alors aussitôt dans l'autre direction en courant. Elle lui court après pour qu'il ne s'en aille pas. Il la provoque et fait en sortes qu'elle le poursuive. Je propose alors à la mère de ne pas entrer dans son jeu et de ne pas bouger. Mais celle-ci s'inquiète, elle a peur qu'il se blesse. Je vais alors le chercher, il s'enfuit à mon arrivée. J'entame un jeu de cache-cache dans les couloirs pour l'attirer : le plaisir est grand pour Rémy... Nous revenons ensemble vers sa mère... il finit par repartir. Je propose alors à la mère que nous restions dans la chambre à l'attendre. Autant qu'elle, j'espère que Rémy va revenir seul ! Au bout d'un certain temps, Rémy revient calme en marchant retrouver sa mère.*

*Nous pourrons finir la séance suivante dans « l'espace psychomoteur ».*

### **Analyse**

On retrouve dans ce passage l'instabilité et l'angoisse de séparation de Rémy, déjà évoquée dans le bilan. Rémy émet de grandes difficultés à pouvoir rester avec moi dans cette salle sans sa mère. C'est comme si sans elle, il ne pouvait pas être « permanent », être continu dans sa relation au monde. L'expérience du miroir montre que cet enfant ne se vit que de l'intérieur, l'extérieur se résumant à de minuscules croûtes. Si Lacan J. parle, au sujet de la nature affective de l'image spéculaire, de jubilation Dolto F. elle, parle de castration (1987, p46). Car cela peut-être le constat douloureux fait par l'enfant de l'écart qui le sépare de l'image. En effet, lorsque Rémy se regarde dans le miroir, il peut voir un beau petit garçon, et cela ne correspond en rien à l'image du corps qu'il a de lui et la réalité de ce qui se passe dans son corps. Aussi, il cherche minutieusement les cicatrices minuscules car ces marques en définitive, sont ce qui le rendent « inséparable de sa mère » (venant toujours rappeler qu'elle doit le protéger de son état de malade). Il pourrait éviter ainsi la « castration naturelle » et nécessaire au développement, qu'est l'individuation.

Ainsi Rémy semble ne pas avoir de limites corporelles propres et a besoin que sa mère le contienne physiquement pour pallier à cela : sans elle il n'existe pas.

### **Qu'est-ce que j'amène dans le cadre de la séance ?**

De par mon attitude et de par ce clown que « j'introduis dans notre relation », j'apporte ici un nouveau mode de contenance, une autre réponse à son manque de repères, de limites structurantes : je le contiens psychiquement un maximum de temps. Ce temps est court, mais je respecte son rythme. Je lui témoigne ma capacité à l'« attendre » et espère ainsi donner une accroche thérapeutique.

« Entre son glissement hors du ventre maternel et sa rencontre avec le corps du psychomotricien, l'enfant s'est meurtri en chemin contre des obstacles qui ont fait trébucher ses pas et lui ont fait perdre l'équilibre. Lorsque deux personnes marchent enlacées, la chute de l'un entraîne l'autre et les deux se blessent, sauf si cet autre est suffisamment fort pour assurer celui qui tombe ou pour maintenir une tension assez efficace à la corde imaginaire tendue entre eux » (Gauberti M., 1993, p87)

La métaphore de la corde reprend l'idée d'une toile relationnelle qui se tisse entre les personnes en présence. C'est une aire transitionnelle qui se matérialise ici au travers du clown. En effet, le clown est un médiateur entre Rémy et moi, il constitue la transition entre nous : c'est l'objet transitionnel. En outre, ce clown pose les règles du jeu car il stipule que nous sommes dans un ici-maintenant ludique. Et cela permet à l'enfant de pouvoir davantage être présent. Car si le clown nous lie, il nous sépare également ; il immisce entre nous une « distance rassurante » donc adéquate. Enfin, ce cadre spécifie que la motricité entre dans la dimension du plaisir de l'interactivité et la créativité, c'est donc un travail « psychique et psychomoteur de jouer-avec » (Joly F., 1997).

## **Évolution de la prise en charge**

### ***Un premier temps de prise en charge : une expression circulaire***

Lorsque Rémy peut rester davantage de temps avec moi dans la salle, il s'adonne à une motricité explosive à laquelle, il m'est difficile de mettre des limites. Il émet de grandes difficultés à m'écouter et rythme ses mouvements par des jeux récurrents qu'il me laisse à voir. Tout en prenant du plaisir à cela, il exprime des scènes agrémentées de monologues quasi-incompréhensibles, où le jouet finit toujours par être jeté violemment. Lorsqu'il s'agit du clown, il joue clairement des scènes où celui-ci ne cesse de tomber « il tombe... il est tombé... cogné tête... ».

Rémy exprime donc essentiellement ces jeux circulaires. Je dis qu'il me les laisse à voir parce que j'ai le sentiment qu'il me raconte son vécu. Même s'il me laisse peu de possibilités de m'immiscer dans son jeu, il a tout de même besoin de ma présence pour jouer. Aussi, je porte de l'attention à ce qu'il exprime car cette activité peut revêtir une valeur structurante. En effet, le jeu est un mode d'expression des conflits intrapsychiques et tout cela dans une dynamique transactionnelle ; le jeu est donc également un mode d'expression inter-subjectif. Piaget J. appelle « jeu symbolique » cette conduite très égocentrée qui apparaît avant sept ans et qui permet l'expression des émotions au travers des objets environnants (1964). « L'enfant qui joue peut se défendre de son histoire, le jeu est le processus défensif essentiel qui lui permet de métaboliser ce qui lui arrive » (Alby J.M., Alby N., Caen J., 1964, p113).

Ici par le jeu, par le « faire comme si » Rémy est « autorisé » à maltraiter des figurines symbolisant des personnes de l'entourage ou lui-même. En effet, il peut les détruire sans crainte de représailles, ce qui lui permet de se purifier de son agressivité et de son angoisse. Cette manière d'assimiler le réel est rendue possible par le plaisir que prend Rémy à reproduire ces événements qui témoignent d'une certaine violence.

Les décharges corporelles qui accompagnent son action jouent le rôle de véritables abréactions<sup>7</sup> permettant de libérer les tensions inscrites dans son corps. Cette dernière idée appelle à Reich<sup>8</sup> qui dit que « tout plaisir suppose une certaine décharge ».

---

<sup>7</sup> Abréaction : Ce terme appartient à la terminologie psychanalytique et signifie une décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère d'un événement traumatique. C'est une forme de catharsis.

<sup>8</sup> Reich : L'approche reichienne se centre sur les symptômes corporels qui sont nommés troubles orgastiques.

« Ici, on peut tout dire, mais on ne peut pas tout faire, sinon tout faire comme si... » (Deitte, 1988, p25)

Parfois, entre « deux chutes », je réussis à attirer brièvement l'attention de Rémy sur d'autres activités en lui montrant qu'il peut agir autrement. Il semble peu réceptif, mais certaines de ses attitudes au cours des séances me montrent qu'il se souvient de ce sur quoi j'ai tenté de capter sa concentration.

### ***Deuxième temps : la première hospitalisation dans la prise en charge***

*Suite à ce premier temps de prise en charge, Rémy est hospitalisé pour récurrence de son hémarthrose de hanche. Il est alors âgé de 37 mois (3 ans 1 mois). Je vais donc continuer la prise en charge dans sa chambre d'hospitalisation dans le service de pédiatrie générale. Ce changement de cadre ne doit pas être considéré comme une entrave au processus thérapeutique. En effet, dans la première description l'ouverture de la salle permet finalement l'ouverture de l'espace relationnel ; le cadre psychique prévaut sur le cadre physique. Ici, ce cadre est préservé par la continuité de ma présence et par mon médiateur.*

#### *Mise en place de la communication*

Durant ce mois d'hospitalisation, je vois Rémy 3 semaines dans sa chambre à raison de deux séances par semaine. Rémy est gai et souriant et semble bien vivre cette immobilisation prolongée. Par ailleurs, cet alitement va « favoriser » des objectifs de la prise en charge psychomotrice.

Étant donné sa dépendance physique, Rémy réclame davantage la présence de la personne à ses côtés. Ce temps dans la prise en charge permet donc de renforcer notre relation ; une certaine complicité s'installe.

Rémy a parfois des difficultés à s'exprimer verbalement. Aussi, un mode communicationnel propre à nous s'élabore : nous communiquons beaucoup par imitation pour exprimer ou pas notre connivence. L'imitation est caractéristique du jeu et de l'expression des plus jeunes. Elle est donc un mode possible de communication mais doit rester transitoire dans le développement de l'enfant afin de passer à d'autres modes tels que la parole (Nadel J., 1986).

Dans la continuité de cette relation, Rémy commence à s'intéresser à ce que je lui présente. « Faute de pouvoir bouger », il reporte progressivement son attention sur des activités plus calmes (pâte à modeler, jeux de société, puzzles, dessins, lectures...) dans la découverte desquelles je l'accompagne.

#### *Du geste à la parole : première évolution*

Ces jeux, support de notre relation vont permettre d'enrichir la dynamique d'échange. L'utilisation de l'objet va progressivement dépasser le dialogue corporel quasi-spéculaire. Rémy s'intéressant aux qualités de l'objet manipulé bascule progressivement « du geste à la parole » (selon Leroy-Gouran). Je stimule Rémy sur le plan du langage et de la réflexion en lui montrant qu'il y a du plaisir à donner du sens à l'activité. Rémy commence alors à pouvoir se concentrer plus longuement et sur sollicitations finit les jeux entrepris. Lorsqu'il ne veut vraiment pas finir, nous rangeons ensemble les objets « dans leurs maisons » afin de pouvoir les retrouver. Ainsi, chaque activité s'inscrit dans une continuité. Notre relation prend sens, elle est construite, faite de liens, de repères. Ceci est fondamental, car toute hospitalisation est une séparation avec le milieu de vie intime, d'autant plus qu'à l'hôpital, les enfants sont amenés à voir beaucoup d'intervenants différents.

Rémy progresse donc sur les plans du langage, de la socialisation et des coordinations oculo-manuelles. Lors des activités la problématique de la chute et de la séparation ressortent au travers des différents supports utilisés, il les exprime sur un plan autre que le corporel : Rémy

commente les images des livres, lorsqu'il voit « une maman », un enfant qui s'est fait mal, qui « est tombé ».

### *La famille*

Du côté de la famille, cette hospitalisation est très mal vécue. Le père se fait de plus en plus rare. Chaque jour la mère vient voir Rémy. Elle est toujours aussi déprimée et évoque son existence comme étant une suite de contraintes. Elle ne semble exister que par rapport à ses enfants, notamment ses deux fils hémophiles. Les deux grandes sœurs sont totalement absentes de son discours.

Lorsqu'elle parle de Rémy, elle parle de lui comme étant sujet de son corps malade : s'il n'avait pas été malade, c'est comme s'il n'avait pas été là. Au niveau de l'opposition de son enfant, la mère peut exprimer des sentiments très violents. Elle m'explique qu'elle ne sait pas comment lui mettre des limites étant donné que si elle « tape trop fort, il risque de saigner ». Dans son discours, les potentialités nouvelles de son fils n'apparaissent pas.

### ***Troisième temps : la crise***

*Rémy rentre à son domicile à l'âge de 38 mois (3ans 2 mois). L'hospitalisation a donc duré 1 mois. Toujours plâtré, il commence à exprimer son malaise. En outre, un bouleversement familial intervient. Un enfant du père, âgé de 18 ans arrive en France vivre chez eux. La mère n'avait pas connaissance de l'existence de ce jeune homme.*

### *Un retour très difficile*

Le retour dans la salle de psychomotricité est très difficile. Alors qu'il ne doit pas encore essayer de marcher, Rémy désire aller chercher des objets qu'il jette à distance. Lorsque je m'y oppose, il menace de s'arracher une peau sur la lèvre pour provoquer une hémorragie. Il reproduit avec moi le même chantage affectif qu'il fait à sa mère pour obtenir ce qu'il veut. A la fin de la séance, Rémy exprime en présence de sa mère, son désir de me frapper et me jette un livre à la figure au moment où je me mets à son niveau pour lui dire au revoir. Très surprise, je lui exprime mon désaccord vis à vis de son acte.

Rémy exprime sa saturation vis à vis des hospitalisations ; il rejette tous les soignants.

### *Le retour au jeu symbolique*

Dans ce contexte de crise, j'introduis le clown comme « interlocuteur » principal. Je lui prête ma voix, mais je lui donne un rôle de tiers qui me protège moi et l'enfant ; car il pose des limites que Rémy peut davantage respecter. Du rôle du tiers ce clown va alors reprendre une place transitionnelle entre nous ; il nous permet à nouveau de communiquer.

Rémy recommence à exprimer des jeux symboliques sur le thème de la chute, la bagarre, la rivalité avec le clown et des personnages représentant les membres d'une famille. Je comprends à présent ses paroles qui accompagnent ses gestes. Rémy y déverse les représentations qu'il se fait de la réalité de son quotidien en boucle et dans le désordre. Il me parle beaucoup de ses parents : « papa a volé vélo »,... « papa a pris la roue »... ce genre de propos revient très souvent. Lorsque je le questionne sur son jumeau qu'il appelle à présent par son prénom, celui-ci est toujours à l'école : loin de maman ? Lorsqu'il commence à évoquer sa mère, il veut rapidement la rejoindre.

J'essaie au début de trouver des liens et me rends vite compte que je me lance en miroir de Rémy dans une hyperactivité verbale. Prenant conscience de cela, je l'écoute davantage.

### *Du jeu au corps*

Rémy du fait de son instabilité, est rapidement réhospitalisé (durant **2 semaines**) pour un hématome qui part du thorax (à l'insertion du cathéter central) jusqu'à la hanche. Au début, Rémy ne peut plus bouger que le bras droit. Il est mutique, triste et pleure durant les soins.

Lorsqu'il peut bouger davantage, il continue de « maltraiter » le clown et les figurines ; « tomber, cogner » sont les mots et maux de tous les jours.

A présent il veut ouvrir les personnages pour regarder à l'intérieur. J'aborde alors avec Rémy ce qu'il se passe dans son corps. A l'aide de dessins, à l'aide de l'exploration mutuelle de nos corps, je lui fais prendre conscience qu'il n'est pas « le seul à avoir un corps ». Je lui explique que nous avons tous des choses à l'intérieur du corps que l'on ne peut pas directement voir, pas directement atteindre, parce qu'elles sont protégées par notre peau.

Au début, Rémy refuse cette idée. Aussi, je continue de lui expliquer et lui montre par exemple que moi aussi, tout comme lui, j'ai un cœur qui bat et qu'il peut le ressentir. Il est alors intrigué et devient plus attentif envers l'autre. Il répète « toi aussi », rêveur et me regarde, explore mon visage... Cette quête tactile entraîne momentanément une régression corporelle qui peut-être utile ; Rémy recherche le corps à corps. Cette exploration lui permet de comprendre que ce qui se passe dans son corps n'est pas que destructeur. J'attire l'attention de Rémy sur d'autres réalités corporelles que sur sa symptomatologie et l'amène à dépasser la dialectique manipulé-manipulant qu'il connaît habituellement avec le médecin.

### *Le jeu : marque de l'esquisse psychique*

Dans cet abord de la corporéité, Rémy commence à davantage jouer avec moi, avec mon corps sans intermédiaire. Ainsi, au moment de se séparer à la fin d'une séance Rémy refuse de me laisser partir. Me tenant la main pour que je reste avec lui, il me menace en riant de me « casser les doigts ». Je reste avec lui et lui rappelle qu'il est hors de question qu'il me fasse mal. Alors Rémy, pour m'exprimer ses sentiments agressifs de manière acceptable rentre dans le jeu. Il joue à me tordre les doigts, « il fait comme si ».

On peut voir ici que Rémy a acquis une certaine capacité à jouer ce qui lui permet d'exprimer à l'autre des sentiments propres avec une certaine subtilité. Il ne veut pas que je parte mais il sait qu'il ne pourra pas me retenir. Aussi, je lui laisse toujours un temps de préparation à notre séparation. Ici, il a eu besoin d'exprimer son opposition, et il l'a fait dans les « règles du jeu ». Il ne m'a pas fait mal, il a fait semblant et a réussi à me vaincre, mais ceci virtuellement. Cette attaque déguisée ne remet pas en question la continuité de notre relation. Celle-ci perdure et conserve ses qualités.

Lorsque Rémy ne peut pas « agir ses fantasmes de réparation » (Klein M., citée par Golse B., 1985) je reste alors garante de la continuité de la relation en réintroduisant le clown arbitre du jeu. Le clown est synonyme de retour au calme, de mise à distance dans cette relation duelle alors trop difficile. Lorsque Rémy se sent en difficulté, ne veut pas m'écouter, il peut de lui-même me le réclamer.

### *« Au total »*

Dans ce contexte douloureux de récurrence hémorragique, Rémy continue de progresser malgré ses régressions. On peut voir l'enfant se dessiner peu à peu. Rémy parle de mieux en mieux et apparaissent dans ses mots des signes d'affirmation de son identité : il distingue clairement le « toi » et le « moi » qu'il confondait auparavant et n'utilisait qu'en écholalie, ensuite il appelle son frère par son prénom. Des signes de socialisation apparaissent dans sa communication : il peut dire bonjour et au revoir aux personnes et non plus uniquement aux

personnages. L'activité de Rémy s'affine. Soutenu dans ce sens, il commence à diversifier ses jeux et devient créatif.

Rémy est en train de grandir et de prendre conscience de quelle maladie récurrente il est atteint dans son corps. Tantôt il lutte, tantôt déprime. Mon travail consiste donc à l'accompagner dans ce contexte d'autant plus fragile que la situation familiale n'est pas stable. La tentative d'ouverture vers l'individuation-autonomisation n'est pas suffisamment reprise par les parents qui n'en ont pas les moyens actuellement. La mère toujours présente, remarque qu'il évolue, elle est plus attentive envers ses jeux et y participe parfois. Son discours évolue également car elle parle à présent de Rémy, de sa souffrance et non plus de la sienne au travers lui. Cependant, elle reste trop préoccupée par le risque potentiel qu'il « perde » sa hanche ainsi que par le malaise conjugal, pour réussir à être suffisamment continue.

### ***Dernière étape : des possibilités d'évolution malgré un contexte très difficile***

*Ce temps de la prise en charge se déroule actuellement. Rémy est âgé de 40 mois (3 ans 4 mois). Nous sommes à deux mois d'un changement de thérapeute dans cette prise en charge : la psychomotricienne reprendra le relais.*

*Durant ce temps de prise en charge, Rémy sera de nouveau hospitalisé et ce, plusieurs fois, toujours pour des durées minimales de 15 jours.*

#### *Travail sur le corps*

Je continue à travailler avec Rémy la représentation de son corps. Après un travail sur l'intérieur du corps (qui a par ailleurs été complété par l'équipe infirmière : elle a expliqué à Rémy le fonctionnement dans son corps du cathéter central, car les injections à ce niveau l'angoissait), j'aborde à présent l'extérieur, le contour du corps. Avec différents supports (pâte à modeler, balle allant d'une partie du corps à l'autre, foulards, personnages, dessin du contour du corps) je tente de renforcer chez Rémy son « sentiment d'enveloppe corporelle ». C'est un travail de longue haleine, qui se poursuit à toute occasion : devant le miroir, alors qu'il cherche ses bobos, je lui fais remarquer qu'il est beau, qu'il a un beau pantalon, qu'il a l'air d'un grand garçon depuis qu'on lui a rasé les cheveux... Je lui demande comment il dort, s'il s'emmitoufle dans son doudou (qui est une grande couverture)... alors je le recouvre, le déguise avec des foulards... Evidemment, je ne peux pas « chiffrer » le degré de constitution de son enveloppe, mais certaines actions inconscientes de sa part pourraient être le signe d'un renforcement. Rémy durant l'activité pâte à modeler, me demande de l'aider à faire des galettes. Lui prend alors l'idée de les étaler sur son visage !

J'utilise également son mouvement pour travailler les limites corporelles. Lorsqu'il est au tapis, je le laisse bouger, étant donné que c'est un endroit protégé. Mais lorsqu'il est trop instable et risque de se blesser, je le prend dans mes bras et lui propose de s'agripper à moi « accroche toi ». Rémy me serre fort et je commence à le calmer en lui chantant une berceuse. Le tonus de Rémy chute et il finit par se blottir.

S'il joue à se faire tomber, ce qu'il aime faire pour me provoquer, je tente d'aborder avec lui la meilleure manière de chuter pour rester en sécurité.

#### *L'autonomie et l'individuation, du jeu à la réalité*

Rémy est âgé de 3 ans 4 mois et je constate lors de la visite du médecin, que la mère le déshabille machinalement sans même le regarder, tout en discutant. Lorsque j'aborde avec elle la question de l'autonomie, elle me dit qu'il ne veut rien faire seul. Durant la séance je montre à Rémy comment il peut mettre son manteau tout seul, ses chaussures. Celui-ci semble

peu réceptif mais la semaine suivante, lorsque j'aborde la même question, la mère me dit que Rémy a mis son manteau tout seul ce matin pour venir à l'hôpital.

Dans la suite de cet épisode, il réclame à faire de plus en plus de chose seul, sa personnalité continue de s'affirmer et il devient même très opposant à ce qu'on fasse pour lui, sauf lorsqu'il ne peut pas.

Dans la même période, Rémy fait d'autres acquisitions. En effet, il commence à dire « Je », signe de son affirmation et me pose de nombreuses questions sur le monde qui l'entoure. Ainsi, il commence à me demander le nom des objets et les répète en faisant des efforts d'articulation. Du même coup, j'attire son attention sur le prénom des divers intervenants qui s'occupent de lui. Rémy pour la première fois, commence à m'appeler par mon prénom.

Cette prise d'autonomie et de repères est un pas potentiel vers l'ouverture de la dyade.

### La réalité familiale

La mère remarque les progrès de Rémy. Cependant, elle a toujours l'air aussi « dépassée ». Lorsque je prends des nouvelles du jumeau Fabrice, elle me dit qu'il est encore plus instable que Rémy. Elle me demande alors si nous ne pourrions pas le voir avec la psychomotricienne.

Nous amenons la mère à formuler plus précisément la problématique familiale en entretien, afin d'amener cette dernière à réfléchir sur l'origine de cette instabilité.

Fabrice est scolarisé tous les matins depuis 7 mois. Il n'a pas fait d'accident hémorragique grave comme son frère. Cependant, actuellement jaloux du rapprochement de Rémy et sa mère, mais aussi triste d'être séparé de son frère, il réclame d'aller à l'hôpital et simule devant sa mère des douleurs. Celle-ci nous dit qu'il veut faire exprès de se faire mal. Nous abordons alors la question du côté de Rémy et la mère nous dit qu'ils sont autant jaloux l'un de l'autre.

Lorsque je dis à Rémy que sa mère a d'autres enfants que lui, il me rétorque « Non, c'est à moi ». On sent que cette réalité lui met presque les larmes aux yeux. Il me reste dès lors à travailler avec lui le repérage familial ainsi qu'à voir son jumeau en bilan avec la psychomotricienne.

### *Conclusion*

Malgré un contexte familial difficile et une symptomatologie somatique qui le fait beaucoup souffrir, Rémy a bien évolué au cours de cette prise en charge psychomotrice. Celle-ci a contribué à lui donner des repères aussi bien dans son corps que son espace de vie. Bien entendu, cela reste encore fragile mais Rémy a aujourd'hui une capacité à jouer, c'est à dire une capacité à imprimer sa marque sur le monde qui l'entourne avec un certain plaisir : le monde des objets matériels mais aussi celui des objets affectifs. Rémy a aujourd'hui la capacité de dire « Je », et ce « Je » aussi furtif soit-il est l'empreinte d'un certain degré de maturation psychique, de structuration de la personnalité.

Si Rémy a avancé, c'est à présent Fabrice qui interpelle...

Cette prise en charge ne s'achève donc pas ici. Pour ma part, je l'arrêterai bientôt, Rémy sera alors âgé de **3,5 ans**. La psychomotricienne continuera ce travail de longue haleine entrepris avec cet enfant, mais aussi cette famille.

En effet, le contexte familial ne constitue pas une base suffisamment stable pour permettre le changement. Un point est cependant positif : la mère réussit à déléguer aux soignants. Evidemment, il est toujours important de veiller à ce qu'elle ne donne pas au thérapeute « un rôle de guérisseur qui fait que la famille dysfonctionne en attendant que celui-ci accomplisse sa tâche » (Andolfi M., 1977, p30).

Ainsi, on voit comment le jeu peut constituer pour l'enfant une possibilité de « s'introduire dans un corps afin de le construire et de le faire sien » (Potel C., 1998). On peut dire que l'enfant travaille à jouer ; il se construit dans et par le jeu dans le sens où cela lui permet d'entrer dans le symbolisme, dans le plaisir, dans l'identification de son être, dans l'interaction... Bref, « du jeu au Je, tel est le mouvement, et sans cesse repris, réinventé, rien de linéaire dans le parcours » (Pontalis J.B., 1975).

En effet, rien de linéaire dans ce parcours, car déjà bien avant 3 ans, cette structuration peut s'observer chez l'enfant. Aussi, je propose à présent de nous intéresser au cas de Cécile.

## **B. CECILE**

*Je rencontre Cécile avec la psychomotricienne et une autre stagiaire en psychomotricité alors qu'elle est âgée de 9 mois. Elle vient de recevoir une greffe hépatique suite à une atresie des voies biliaires.*

### **L'ATRESIE DES VOIES BILIAIRES (AVB)**

L'atresie des voies biliaires est une maladie grave, d'étiologie inconnue se manifestant en période néonatale, et qui se caractérise par l'occlusion fibreuse sur une longueur variable de la voie biliaire principale extrahépatique, associée à une atteinte constante des canaux intrahépatiques. Son incidence en Europe et en Amérique du Nord est évaluée entre un cas sur 8000 et un cas sur 14 000 naissances, sans prédominance marquée de l'un des deux sexes.

La première description d'AVB est réalisée par Donop en 1828. En 1959, Kasaï améliorait le pronostic en permettant un rétablissement du flux biliaire par une dérivation des voies biliaires. En 1983, grâce à l'utilisation de la cyclosporine comme agent immunosuppresseur, la transplantation hépatique développée sous l'impulsion de Starzl dès 1963 offrait une autre possibilité thérapeutique et particulièrement aux enfants chez qui l'intervention de Kasaï était un échec.

Les signes cliniques se traduisent par l'apparition d'un ictère dès la première semaine de vie, avec décoloration des selles et urines foncées. A la palpation de l'abdomen, on retrouve une hépatomégalie<sup>9</sup> ferme. La splénomégalie<sup>10</sup>, l'ascite<sup>11</sup> et circulation veineuse collatérale apparaissent plus tardivement et au fur et à mesure le foie se nécrose (cirrhose). Le diagnostic de certitude quant à une AVB nécessite l'intervention chirurgicale pour faire un examen histologique.

Le pourcentage de survie suite à la greffe est de 80%, mais souvent ces enfants vivent des complications. En effet, étant sous immunosuppresseurs à vie, les risques infectieux sont plus grands pour ces patients.

Dans cette pathologie, l'état de l'enfant implique une alimentation par parentérale<sup>12</sup>. Ce gavage se fait par le biais d'un cathéter<sup>13</sup> central. Aussi, les parents perdent ce contact important que procure le repas. Ensuite, la perspective de la greffe est source d'angoisses terribles pour les parents.

« Les parents dont les enfants sont atteints d'une maladie mortelle se trouvent dans une situation paradoxale où ils doivent à la fois se préparer à l'éventuel deuil de leur enfant tout en devant l'aider à guérir. » (Alba A.E., 1989, p22).

---

<sup>9</sup> Hépatomégalie : augmentation de volume du foie

<sup>10</sup> Splénomégalie : augmentation de volume de la rate

<sup>11</sup> Ascite : présence de liquide dans le péritoine

<sup>12</sup> Voie parentérale : voie d'introduction des médicaments autre que la voie digestive.

<sup>13</sup> Cathéter : tige creuse que l'on introduit dans un canal naturel, afin de pouvoir y injecter des produits.

Les études montrent que le diagnostic et l'opération précoce permettent d'améliorer ce pronostic. De fait, l'AVB est considérée comme une urgence chirurgicale néonatale. (Laurent J., Gauthier F., Hadchouel M., 1993)

## ANAMNESE

### Histoire de la maladie

Cécile naît à 38 semaines d'aménorrhée.

A 1 mois, elle présente un ictère et une décoloration des selles. A 3 mois, elle est adressée pour un bilan au cours duquel on lui diagnostique une AVB. On l'opère par Kasaï. Suite à une évolution post-opératoire favorable, elle est réhospitalisée à 5 mois pour une dénutrition et une décompensation ascitique qui signe l'échec du Kasaï. Elle présente alors un ictère cutanéomuqueux, un périmètre ombilical important et une hernie ombilicale. A 8 mois Cécile reçoit une greffe de foie. C'est à ce moment là que je la rencontre la première fois en séance de psychomotricité.

A 9 mois, elle sort d'hospitalisation et rentre au domicile familial. Elle revient une fois par semaine à l'hôpital pour des visites de contrôle.

A 11 mois, elle est de nouveau hospitalisée pour une mononucléose. Le séjour hospitalier de Cécile se prolonge, et on lui découvre un syndrome lymphoprolifératif<sup>14</sup> abdominal.

### Contexte familial

La mère est française et le père d'origine maghrébine. Ils ont une autre fille âgée de 7 ans. Ils habitent en province. A l'annonce de la maladie, la mère a manifesté une petite phase de déni et très vite une phase d'angoisse. Durant les hospitalisations, elle est logée à « la maison des parents<sup>15</sup> ».

## EXAMEN PSYCHOMOTEUR

Lorsque j'ai vu Cécile pour la première fois en prise en charge psychomotrice, elle était âgée de **9 mois**. Elle se présentait alors comme une petite fille sérieuse à la mimique pauvre, repliée sur elle-même et très observatrice. Elle avait très peu d'initiatives motrices, n'avait pas acquis la station assise et adoptait une attitude en bouddha (cette position de replis des jambes sous le ventre est une attitude qui se fixe plus ou moins au moment où l'enfant présente un périmètre ombilical important). En décubitus, elle n'avait pas d'appuis plantaires.

A présent, je vois Cécile en psychomotricité alors qu'elle est âgée de **12 mois** et est réhospitalisée pour une mononucléose. Nous procédons à une nouvelle évaluation psychomotrice.

L'évaluation se déroule dans la chambre de Cécile et en présence de sa mère.

L'évaluation est réalisée à l'aide du Brunet-Lézine (révisé) et d'un bilan d'observation.

L'âge de développement global (ADG) est de 6,1 mois pour un âge réel de 12 mois. Le quotient de développement global (QDG) est de 52/100.

Le développement n'est pas homogène :

---

<sup>14</sup> *Syndrome lymphoprolifératif : augmentation anormale des organes lymphoïdes, responsables de l'immunité cellulaire*

<sup>15</sup> *Maison des parents : Lieu d'accueil des parents d'enfant hospitalisé habitant des régions éloignées.*

Les acquisitions posturales sont les plus retardées avec un ADP=5 mois 10 jours, QDP=44/100.

Le développement du langage et de la socialisation sont également retardés : ADL=5 mois 15 jours, QDL=45/100 et ADS=6 mois 15 jours, QDS= 52, 1/100

Le développement des coordinations oculomotrices s'avère être le plus satisfaisant bien qu'il soit aussi décalé : ADC=7 mois 21 jours, QDC=63/100

Il est important de rappeler que lors de la passation du bilan, Cécile sort à peine d'un épisode difficile. Elle a dû rester alitée et recommence tout juste à pouvoir aller au tapis.

## **DEVELOPPEMENT POSTURAL ET MOTEUR**

Cécile n'a pas encore acquis les retournements. Du décubitus dorsal elle passe au décubitus latéral. Elle ne participe pas au tiré-assis. La station assise se renforce actuellement et les réflexes parachutes sont présents. Cependant Cécile ne s'assoit pas seule. Dans cette position, elle attrape les objets à proximité.

### Coordinations oculomotrices

Cécile saisit les petits objets avec participation du pouce. Elle commence à vider les objets des boîtes un par un et à taper les objets par l'intermédiaire d'un autre objet. Elle s'intéresse volontiers aux objets présentés et en accepte un troisième, en lâchant un des deux qu'elle tient déjà.

Dans cette manipulation, on peut observer que Cécile ne lâche pas n'importe lequel. En effet, durant son épisode infectieux, Cécile s'est beaucoup attachée aux petites « boîtes bleues » reliées à son corps par le biais du cathéter ; depuis ce temps elle tient toujours la boîte bleue dans une main sans jamais la lâcher (cette boîte semble constituer un « prolongement de son propre corps »). Ainsi, elle refuse de manipuler à deux mains et lâche préférentiellement l'autre objet si on lui en présente un nouveau.

### Développement du langage

Cécile réagit à l'appel de son prénom et vocalise encore très peu. Elle se fait davantage comprendre par ses gestes.

### Socialisation

Cécile différencie les visages familiers. Elle a besoin d'un petit temps de mise en confiance, puis elle les accueille avec des sourires. Cécile est attentive à tout ce qu'on lui présente ; elle fronce les sourcils lors des découvertes, mais globalement sa mimique reste encore assez pauvre. Cécile commence à tendre les objets après exploration buccale, mais elle ne les donne pas encore. Elle réclame des objets connus en tendant la main. Enfin, elle commence à imiter son interlocuteur (au revoir de la main).

### Développement psychoaffectif

Cécile se met à pleurer rapidement lorsque sa mère s'éloigne. Elle accepte le tiers, mais uniquement en présence de sa mère.

Lorsque Cécile tient une « boîte bleue » dans chaque main et que je lui présente un troisième objet, celle-ci ébauche un mouvement de préhension vers le nouvel objet, puis réalisant qu'elle a laissé tombé un objet en ouvrant sa main, elle le regarde alors ; puis fait un choix. Cécile est en cours d'acquisition de la permanence de l'objet. Cette petite boîte bleue recouvre pour Cécile une valeur d' « objet transitionnel, encore non différenciée de son corps »

(Winnicott D.W., p8, 1971), elle en a actuellement absolument besoin, auquel cas elle perd de son assurance.

#### Attitude de la mère

Celle-ci m'explique que durant son hospitalisation elle l'a peu sollicitée sur le plan moteur car elle ne savait pas comment s'y prendre. Aussi, elle est tout à fait avenante quant à cette possibilité à entamer une seconde prise en charge psychomotrice et témoigne déjà de sa participation. Elle fait son possible pour s'adapter à sa fille et a besoin de parler des divers événements autour de Cécile ; événements qui peuvent sortir du contexte spécifique à la pathologie. La maman est anxieuse quant aux problèmes actuels de sa fille.

#### Conclusion

Le développement psychomoteur reste encore décalé par rapport à la norme et s'apparente au développement que les enfants atteints de maladies hépatiques présentent généralement. Malgré ce retard important, nous trouvons que Cécile semble actuellement plus disponible que lors de sa précédente hospitalisation, pour explorer son environnement. Aussi, nous allons recommencer une prise en charge auprès de cette enfant et de sa mère. Cette dernière est très demandeuse et impliquée quant au travail entrepris.

#### **PROJET THERAPEUTIQUE**

Dans l'instauration d'une relation de confiance, nous allons progressivement amener Cécile à prendre conscience de ses capacités corporelles. Par diverses situations et notamment en utilisant les objets qu'elle affectionne en particulier, nous allons tenter d'affûter son appétence au mouvement dans son espace proche, afin que celle-ci fasse davantage par elle-même. Cela implique que progressivement elle se « décolle » de sa mère. Ainsi, ce premier objectif s'effectuera par des temps de stimulations psychomotrices introduits dans les manipulations de Cécile. Dans cette même optique, nous allons tenter de rassurer la mère dans le développement de son enfant en pointant sa dynamique évolutive et mettre l'accent sur le fait qu'il est important de respecter son rythme. Nous ferons en sorte que cet espace-temps psychomoteur soit aussi une possibilité de verbalisation pour celle-ci. Nous nous proposons ainsi d'accompagner la mère et l'enfant dans leur évolution respective ; car pour l'enfant comme pour la mère, le « décollement corporel » n'est pas une évidence.

#### **PRISE EN CHARGE**

##### **Le cadre des séances**

Les séances ont lieu deux fois par semaines et durent environ  $\frac{1}{2}$  à  $\frac{3}{4}$  d'heure. Elles se déroulent dans la chambre de Cécile, hospitalisée chez les moyens dans le service d'hépatologie.

Avant chaque séance, nous consultons avec Julie (l'autre stagiaire) le dossier et si celui-ci n'est pas complété nous demandons à l'infirmière en présence de nous informer sur son état de santé. Après ce temps d'information, nous prenons contact avec la mère et l'enfant dans sa chambre. Nous sommes en milieu de matinée, Cécile est habillée et a pris ses médicaments. La prise de contact est ritualisée puisque les petits patients d'hépatologie nécessitent des précautions d'hygiène tout à fait essentielles. Nous profitons du moment où nous nous lavons les mains et enfilons les surblouses (un masque si besoin est) pour relever le climat affectif qui règne en ce jour.

La mère durant ce temps nous donne les dernières nouvelles, tout en installant le tapis recouvert d'un drap au sol. En général, la mère s'assoit sur une chaise et une de nous deux

s'installe sur le tapis avec Cécile (nous commençons par nous disposer comme cela car l'espace de la salle et du tapis est réduit ; au fur et à mesure la configuration change). Nous rentrons dès lors dans ce deuxième temps de la séance qui est celle du choix des objets par Cécile.

Cécile assise, nous montre du doigt sa caisse et nous en sortons avec son accord certains objets. Au fur et à mesure, les corps se rapprochent, la mère et la deuxième stagiaire s'incluent davantage auprès du « couple », la dynamique s'amorce et nous entrons progressivement dans le temps de stimulations psychomotrices. Toutes les quatre nous amenons diverses situations, rappelant des choses déjà abordées où au contraire introduisant la nouveauté. Tout le mouvement de la séance s'organise toujours autour des objets visés par Cécile et l'usage actuel qu'elle en fait, de manière à laisser s'exprimer au maximum sa motricité propre. Tout en jouant avec, nous travaillons essentiellement l'organisation des acquisitions. Evidemment, en psychomotricité nous respectons au maximum cette intime liaison qui s'imprime entre le domaine psychoaffectif et la motricité de l'individu. Selon Robert-Ouvray, l'unité psychomotrice est tripartite : l'intrication de l'architecture corporelle, de la tonicité et de la psyché constitue l'être. Rappelons avec Wallon qu'à la naissance, les jeux moteurs sont les premiers instruments du psychisme avant la parole. Aussi, la prise d'autonomie dans le mouvement de la part de Cécile implique qu'elle va en parallèle se distancer de sa mère, agissant par elle-même. Dans son désir d'aller chercher l'objet se glisse le premier élément hors mère-bébé dans l'espace relationnel.

Enfin, selon la fatigabilité de Cécile ou l'épuisement de notre créativité<sup>16</sup> ! nous revenons à un temps plus calme au cours duquel nous amenons la fin de la séance. Il reste alors tout le rituel final qui ressemble de près à celui du début. Nous rangeons avec Cécile ses jeux dans sa caisse, puis la mère la reprend dans ses bras. Il est environ 11 heures, sa mère lui donne son foulard-doudou, elle va bientôt faire la sieste. Durant ce temps nous rangeons le tapis, nous ôtons notre « accoutrement », nous relavons les mains afin d'éviter toute mise en contact potentielle de germes avec les autres enfants.

### **Évolution de la prise en charge**

Cette prise en charge s'est déroulée en deux temps. Tout d'abord, durant environ trois semaines, nous avons pu voir Cécile et sa maman deux fois par semaine.

#### ***Le premier temps de la prise en charge***

Mise en place des repères de Cécile

Au tout début, Cécile reste dans une position d'observatrice et ne s'est pas encore appropriée le mouvement. Ainsi, afin de respecter les besoins de Cécile nous travaillons essentiellement en statique, en lui laissant sa petite boîte bleue dans sa main. Nous voulons préserver ses repères. De ce fait, elle ne manipule qu'à une main et oublie même qu'elle a une deuxième main avec un objet dedans. Mais cela ne l'empêche pas d'explorer son environnement et joue peut-être par ailleurs une fonction dans sa capacité à le faire. En effet, il est possible qu'elle se sente rassurée en présence de cet objet. Cependant, elle réclame que sa mère reste à proximité et se met à pleurer si celle-ci s'éloigne. Cécile a besoin d'être entourée et la boîte bleue que l'on peut qualifier d'objet transitionnel<sup>17</sup>, ne lui suffit pas à se sentir en sécurité affective.

---

<sup>16</sup> *Créativité* : Avec peu d'éléments ou avec des éléments déjà connus, nous diversifions nos modalités d'intervention. Ceci est donc le corollaire des notions de schèmes d'action et d'interaction.

<sup>17</sup> Je qualifie cet objet de transitionnel car il semble se situer à l'intersection du corps propre de Cécile et de la réalité environnante. Pour Cécile, il ne semble pas encore constituer « une possession non-moi » au sens de Winnicott.

Dans ce premier temps où Cécile est très observatrice quant aux expériences que nous lui présentons, nous profitons de son accrochage visuel sur les objets afin de renforcer son tonus axial en station assise.

A la troisième séance, Cécile se montre déjà moins collée à sa petite boîte et commence à la lâcher de temps à autres. Elle se met alors à explorer ses pieds, puis la cherche autour d'elle et la reprend dans sa main.

En station assise elle a maintenant des appuis assurés et commence à s'étirer vers l'avant de manière à atteindre des objets un peu plus éloignés.

Dans ces étapes nous respectons son rythme tout en attirant son attention sur certains objets que nous plaçons tantôt à proximité tantôt à distance. Sans la forcer, nous attendons qu'elle fasse d'elle-même, car nous ne sommes pas des « techniciens du geste ». C'est l'enfant qui doit pouvoir s'approprier le geste. Par ailleurs, ne pas prendre ces précautions pourraient avoir pour conséquences de bloquer toutes initiatives chez l'enfant.

### ***Le choix des objets***

A la séance suivante, Cécile semble s'être décollée de ses boîtes bleues et a reporté son attachement à tous les objets de couleur bleue d'une manière générale. Quand elle en a saisi un, elle évite de le lâcher. Elle accepte à présent que sa mère s'éloigne, ne pleure plus et la surveille de temps à autres si celle-ci ne revient pas d'emblée.

Elle tend à son interlocuteur tous les objets non-bleus, mais ne les donne pas encore. Ainsi, pour « parler » à Cécile nous utilisons ses instruments de communication ; ceux qui lui parlent le plus. Avec Julie et la mère, nous organisons l'espace proche en y parsemant des objets bleus et non-bleus. Des objets qu'elle peut attraper, d'autres hors de sa portée, d'autres que nous passons de mains en mains, échangeons. Évidemment comme Cécile ne veut jamais nous donner les objets bleus tout un système transactionnel s'instaure entre elle et nous. L'atmosphère est ludique, nous nous affairons autour de Cécile ; elle nous observe. Quelque chose de l'ordre de la structuration du dedans et du dehors se produit en elle actuellement. Tous ces objets qu'elle rapproche de son corps et « refuse de laisser s'éloigner » font comme partie d'elle-même (d'ailleurs son premier attachement s'est d'abord produit envers les boîtes du cathéter relié à son corps). D'ailleurs, on ne peut pas encore être certains qu'elle les considère en tant que « possessions non-moi » au sens de Winnicott (comme je l'ai évoqué auparavant). Ils constituent l'interface entre son corps et le monde extérieur. Progressivement, elle les sent dans sa main, puis les oublie de nouveau, les « confond ». Enfin, elle les reconsidère, les passe dans l'autre main, les porte parfois à sa bouche... Ils constituent des « objets relais circulants et reliant les divers lieux de pulsions » (Dolto F., 1987, p23). Ces objets bleus peuvent donc recouvrir un rôle fondamental dans la structuration de son image du corps de par la fonction unificatrice qu'ils recouvrent. C'est une possibilité pour Cécile de prendre conscience des phénomènes extérieurs à son corps propre.

### ***Le jeu***

Quoiqu'il en soit, par ce biais nous pouvons créer avec Cécile un espace de jeu. Et l'espace de jeu est un « espace potentiel entre plusieurs personnes » (selon Winnicott), aussi, il est l'espace psychomoteur adéquat à la prise de conscience progressive de soi-même. Car la distinction entre soi et non-soi va également pouvoir se faire au travers des personnes en présence et notamment nous deux, les stagiaires qui sommes bien distinctes aux yeux de Cécile de sa mère. Ainsi, si le psychomotricien peut assurer un véritable holding psychique (de par les verbalisations avec la mère et le respect des besoins de Cécile), le handling (par l'accompagnement progressif de Cécile dans la découverte de son mouvement) il assure aussi en s'insérant dans la relation une dynamique d'ouverture au monde environnant et ceci

correspond à la troisième entité winnicotienne qu'il nomme l'objet presenting. Cet objet est introduit au nom du jeu ; c'est pourquoi il est bien accepté. C'est d'ailleurs Cécile qui a introduit cet objet, que nous tentons à présent de faire circuler. « Agir sur un objet, c'est le concevoir extérieur à soi, donc détaché du corps ; prendre c'est pénétrer l'espace, contrôler le geste et maîtriser l'objet ; l'acte de préhension, par ses composantes, participe à la structuration de l'image du corps, à la spatialisation et au processus d'individuation » (Gauberti M., 1993, p11). Le jeu est donc une possibilité pour Cécile de se gagner psychiquement et physiquement, l'un concourant à l'autre.

Il est aussi pour la mère une possibilité d'échange avec sa fille, de transmission de sa culture, un support de verbalisations avec nous. Le jeu permet une participation agréable à la thérapie. Il crée une atmosphère de détente, donc dédramatise le contexte et peut par ce biais faciliter la déculpabilisation (chez ces parents pour qui le risque infectieux de leur enfant est grand, la culpabilité est fréquente). La mère, qui sait être ici partie prenante dans le jeu se sent très valorisée et ceci renforce davantage son aptitude à donner à Cécile les stimulations adéquates malgré son retard. Si elle est rassurée sur ses capacités, elle osera d'autant plus, se sentira « autorisée » à reconduire par elle-même ces temps de stimulations, et ce à sa manière, ce qui est fondamental.

Ainsi dans ce premier temps de prise en charge qui a duré environ trois semaines, Cécile a renforcé son tonus axial et commence à avoir une bonne mobilité autour de l'axe, ce qui contribue à lui permettre d'explorer plus minutieusement son espace proche. Ces acquisitions posturales sont utilisées par Cécile en tant que support favorisant pour l'instant sa motricité fine. Cependant, il faut aussi les entrevoir comme étant un facteur prédisposant à l'investissement d'une motricité plus globale. Car si Cécile s'intéresse à ce qui l'entoure, il se peut que naturellement elle remarque qu'au-delà de son périmètre se déploie un monde d'objets infiniment attirant... Mais avant de passer à cela, Cécile avait d'abord quelque chose à exprimer. Quelque chose à exprimer de son vécu, de son corps qui a longtemps souffert. Et lentement, on la voit émerger, assimiler, elle prend ses appuis afin de s'assurer de l'intérieur. Cette mémoire corporelle douloureuse n'est pas figée, elle évolue vers des possibilités nouvelles. Durant cette transition, Cécile reste encore proche de sa mère et renforce sa présence avec des objets bleus.

### ***Rechute de Cécile***

A peine parée, Cécile « rechute » et nous devons arrêter la prise en charge. Son syndrome prolifératif n'est toujours pas enrayé et son état s'aggrave. On lui découvre une tumeur au côlon. Cécile de nouveau, ne peut tolérer le moindre éloignement de sa mère et durant deux semaines elle reste complètement collée à elle et à ses boîtes bleues. On lui administre un traitement de choc par antibiothérapie. Elle subit une colectomie (résection d'une partie du colon) qui emporte la tumeur et on lui fait une iléostomie de décharge (réalisation d'un anus artificiel sur la paroi abdominale) provisoire qui sera réopérée et rétablie un mois plus tard.

La mère vit difficilement cette violence sur le corps de son enfant. Cette poche reliée à son corps est un aspect difficile à accepter qui vient s'ajouter au reste. Elle nous dit que le traitement lui a fait perdre beaucoup de cheveux. Ainsi, nous passons régulièrement prendre des nouvelles de Cécile et écouter sa maman.

### ***La reprise de la prise en charge***

Après deux semaines d'arrêt, Cécile va mieux. Elle a maintenant 13 mois. La mère réclame la reprise des séances ; elle trouve que « Cécile est prête ». Nous reprenons au rythme de deux fois par semaine et ce de plus belle, car tout ce que nous avons installé ensemble avant

la rechute de Cécile, est resté. Elle semble avoir plus que jamais envie de faire des expériences.

La maman, qui a été présente en continue auprès de Cécile durant ces deux semaines « s'autorise » à présent à se relâcher. Elle semble épuisée et a beaucoup besoin de parler. Nous l'écoutons et la rassurons sur les capacités de Cécile à évoluer.

L'imitation : outil de communication et de prise de conscience du corps

Nous reprenons avec Cécile ce que nous avons entrepris avant l'interruption. Celle-ci est tout à fait étonnante, nous observons chez Cécile un grand intérêt pour tout ce qui l'environne : aussi bien les objets matériels que les objets affectifs. Elle se met à vider les boîtes de leur contenu, puis elle sélectionne des objets qu'elle donne à présent franchement à son interlocuteur. Cécile nous reconnaît très bien et se souvient des schèmes d'interaction que nous avons construit ensemble. Elle a très envie de communiquer avec nous et accentue les conduites imitatives qu'elle avait commencé à mettre en place avant l'interruption de la prise en charge. « L'imitation amène deux grandes fonctions adaptatives de l'être humain : apprentissage et socialisation », dit Nadel (1986). « Le meilleur moyen de faire comprendre à une personne que l'on s'intéresse à elle, c'est de l'imiter ». « L'imitation est la réciproque et le complémentaire du jeu » dit Piaget. Imiter c'est assimiler autrui à soi et vice versa, c'est une forme d'interpénétration. Dans ce jeu relationnel, nous pouvons en miroir amener Cécile à prendre conscience de son corps. Ainsi, je commence à balader un petit objet bleu sur les pieds de Cécile. Puis, je fais passer l'objet sur mes pieds, sur les pieds de Julie. Cécile est très attentive et commence à beaucoup s'intéresser à ses attributs corporels et aux nôtres. Elle localise les parties correspondantes. Nous introduisons ainsi le jeu des marionnettes, et Cécile très rapidement commence à nous faire coucou à chaque prise de contact et à chaque départ.

Mise en place de l'exploration de l'environnement

Cécile est très attentive à ce que font les autres autour d'elle. Au travers de la porte vitrée, elle regarde de temps à autres les allées et venues : elle penche la tête pour mieux voir, s'étire de tout son long s'il le faut, puis marque une pause avant de reprendre de plus belle ce qu'elle entreprenait.

Cécile commence de plus en plus à prendre conscience des distances. Lorsqu'un objet qu'elle ne peut atteindre sur le tapis l'intéresse, elle tire le drap à elle de manière à ramener l'objet : puisqu'elle n'a pas encore la locomotion, elle réfléchit !

Avec la mère, nous cherchons des stratagèmes pour amener Cécile à dépasser son périmètre d'action. Nous utilisons entre autres, ses capacités nouvelles afin de l'amener à se verticaliser. Nous posons en hauteur des objets sur une chaise et lui montrons comment les atteindre par l'intermédiaire d'une baguette qui prolonge son bras. Par imitation, Cécile fait tomber les objets de la chaise, ce qui ne va pas sans provoquer un grand enthousiasme chez la maman, Julie et moi. Voyant cela, Cécile investit beaucoup cette activité qui contribue à lui faire travailler les changements d'appuis sur les fesses, à lui faire lever le bras, à regarder vers le haut donc à réguler son tonus axial. Elle exprime sa joie par de grandes vocalises. « Le jeu amène la possibilité pour l'enfant, de s'introduire dans un corps afin de le construire et de le faire sien » (Potel C., 1997).

Ici, on voit que Cécile s'éprouve dans toute la diversité de ses aptitudes ; le jeu implique le corps et l'enracine dans un sentiment de plaisir. Par une exploration jubilatoire et passionnée, l'enfant manipule des objets qu'il connaît peu et se les approprie. Ainsi, la perspective de développement est globale : le jeu sollicite les fonctions praxiques, expressives, psychosociales et cognitives.

### *Les autres stimulations*

Nous la stimulons ainsi en station assise. Ensuite, en décubitus dorsal, nous l'aménonons à passer au décubitus latéral en impulsant le mouvement par captation visuelle sur objets. Les appuis plantaires se renforcent, surtout à gauche ce qui favorise l'apparition de la posture en banqueteur avec appui palmaire à droite, et permet progressivement de mettre en place les niveaux d'évolutions motrices (NEM) qui permettront à Cécile de se hisser seule du décubitus à la station assise.

Pour renforcer les appuis plantaires, nous proposons à la mère de positionner Cécile sur son genou replié ou à califourchon sur le rouleau. Cécile assise, pousse sur ses pieds pour attraper les objets que nous montons au-dessus de sa tête.

Elle accepte de mieux en mieux le procubitus (position qu'elle a peu connue avant et après la greffe, du fait de l'important périmètre ombilical et du fait des résistances qu'émettent souvent les parents suite à la cicatrisation) aussi nous la familiarisons progressivement avec cette position sur le rouleau. Cécile à genou, positionne bien ses hanches, et prend de bons appuis sur ses mains. Elle se balance quelques instants d'avant en arrière renforçant la musculature des membres, puis fatiguée, elle pose sa tête au sol.

### *Du jeu symbolique à la prise d'autonomie progressive*

A 14 mois, Cécile explore les notions de chute et de distance spatiale, de profondeur en jetant au loin les objets et les réclamants par la suite. Bien évidemment, cette activité fait directement référence au jeu de la bobine décrit par Freud.

Pour ce dernier, ce jeu symbolise l'alternance présence/absence de la mère et permet ainsi à l'enfant l'assimilation psychique de cet événement du réel de manière active. Par le jeu, l'enfant transforme et adapte ce réel à ses désirs et croit ainsi maîtriser le phénomène. Le jeu symbolique représente donc un moment d'expression des désirs, des conflits, des craintes, des besoins d'origine tant consciente qu'inconsciente. Il jalonne l'évolution psychoaffective de l'enfant qui tend vers l'individuation.

Cécile a maintenant envie de se déplacer dans son environnement, et bientôt, de par son renforcement musculaire, elle en aura les moyens. Aussi, elle « joue » actuellement sa capacité à se « décoller » de sa mère, afin de préparer cette étape ultérieure du développement que constitue la locomotion. Cécile travaille à jouer afin de se construire.

La manière dont joue l'enfant témoignerait de l'évolution de sa relation objectale jusqu'à ce qu'il acquière la permanence de l'objet. Il serait un moyen d'accès direct à la vie pulsionnelle de l'enfant (Klein M.) par l'observation (Freud S.).

### *L'affirmation de la personnalité*

C'est être en bonne santé que d'avoir, au sens de Winnicott, la capacité à jouer. Le plaisir que l'enfant développe dans le jeu va l'amener à se construire de manière autonome, ainsi qu'à accepter et revendiquer ce qu'il est. Pour revendiquer son intégrité, l'enfant doit s'exprimer, « jouer, c'est faire » dit Winnicott, « c'est en jouant que l'individu est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière ». Ainsi, le mouvement va toujours « du jeu au Je » (Pontalis J.B.).

Si aujourd'hui, on peut sentir que Cécile a une sécurité de base, une joie de vivre, c'est certainement parce qu'au travers de toutes les épreuves difficiles qu'elle a traversé, elle a toujours été entourée. Elle a pu intégrer à son être les « parties portantes et nourrissantes » de sa mère. Elle peut maintenant jouer avec elle-même et ce jeu « remplace » sa mère.

Dans cette identification aux capacités du tuteur il y a aussi une identification au plaisir que celui-ci dégage. C'est là que s'enracine le plaisir d'être avec soi-même et permet progressivement au sujet de se ressourcer et de se protéger des agressions extérieures.

#### *Fin de la prise en charge*

Vers 15 mois, la prise en charge touche à sa fin et Cécile nous montre à présent une nouvelle capacité à jouer. Elle joue directement avec sa mère et nous, sans intermédiaire matériel.

Cécile passe une séance à nous narguer ! Elle s'oppose passivement à nos attentes motrices et ce avec un large sourire durant toute une séance. Cécile est en décubitus dorsal et sait à présent se retourner dans les deux sens. Nous attendons qu'elle nous en fasse preuve et obtenir cela devient pour nous le but du jeu.

Avec la mère, nous installons stratégiquement des objets autour de Cécile que nous faisons disparaître au-dessus de sa tête afin de l'amener sur le ventre. Mais, Cécile très rusée se met à ramper sur le dos et n'en décollera pas de toute la séance. Elle pivote sur elle-même afin de réobtenir l'objet dans son champ de vision.

Par le jeu des regards, cette séance marque un grand moment de complicité entre Cécile et sa mère. Cécile qui s'oppose par le jeu affirme ici un soi bien constitué, solide, elle peut affirmer ses désirs, sa personnalité, imprimer sa propre réponse dans le système interactif (elle est actrice). Elle a « introjecté » en son Moi, la « permanence de l'objet émotionnel ».

*« Le jeu marque le passage de l'état d'union avec la mère à l'état où l'enfant est en relation avec elle » (Winnicott D.W., 1971).*

#### *Bilan d'évolution*

Cécile sort à 15 mois d'hospitalisation. A la fin de cette prise en charge, c'est est une petite fille qui se trouve grandit. D'une part sur le plan physique mais aussi sur le plan psychique. A présent, elle se retourne dans les deux sens, se soulève en planeur du procubitus, commence à se propulser sur les fesses et sort du tapis. Ensuite, son babillage s'apparente de plus en plus à des mots. Elle présente également, une motricité fine des deux mains avec pinces supérieures et commence à s'intéresser à la trace que produit le crayon sur la feuille. Enfin, elle est très complice dans la relation, créative. Elle imite beaucoup son interlocuteur et différencie bien les différentes personnes.

Si on se réfère aux échelles de développement du Brunet-Lézine (révisé), elle obtient un âge de développement global de 11 mois 24 jours pour un âge réel de 15 mois ; QDG=78/100

Le développement n'est toujours pas homogène mais on peut constater que le langage qui était quasi-absent chez Cécile 3 mois auparavant est à présent presque dans la norme. Elle obtient un ADL de 14 mois soit un QDL=92,5/100

Aux coordinations, Cécile obtient un âge de développement de 12 mois 24 jours, le QDC=84,6/100

Au niveau de la socialisation, elle obtient un âge de développement de 12 mois, le QDS=79,3/100

Le développement postural reste de loin le plus retardé. Elle obtient un âge de développement de 8 mois 20 jours, soit QDP=57,2/100. Cependant, cela correspond globalement au développement que présente les enfants atteints de ce type de pathologie et il ne faut surtout pas oublier le point fondamental : Cécile présente une bonne connaissance de son corps et a une véritable appétence au mouvement ; elle est d'elle-même dans une dynamique évolutive.

En outre, elle vit dans un univers adapté à ses besoins. Ses parents se sentent à même de lui apporter les stimulations adéquates, et la présence de la grande sœur est un élément stimulant non négligeable. Cécile qui retourne à son domicile va avoir de nombreuses découvertes à entreprendre : tout l'intérieur de la maison.

### **Les implications de cette prise en charge**

Cette prise en charge a donc eu un impact très positif sur Cécile et sa maman. Elle s'est déroulée de manière harmonieuse et ce pour diverses raisons. Une des raisons essentielles était l'accroche thérapeutique. Le fait que la mère adhère à notre approche, a autorisé notre travail auprès de sa fille. Cela était essentiel pour que Cécile puisse entrer dans une dynamique évolutive.

A ce propos, j'évoquerais avec Eric de Rosny le « mode thérapeutique » utilisé par les guérisseurs africains. Avant, la population de Douala, croyait au recours à la magie. Mais lorsqu'une famille s'opposait « aux pouvoirs » du guérisseur, déniait ses capacités, alors celui-ci se retirait et ne soignait pas « l'envoûtement ». Il savait par avance que si le système où certains acteurs du système émettaient des résistances à ce que la personne guérisse, le risque était alors grand de la soigner.

Ainsi, je dirais que la mère a eu l'intelligence de savoir demander de l'aide. Elle a su demander l'aide adéquate de manière à pouvoir prendre une part active dans le processus de soin. Elle était prête à faire la place au tiers. Elle était prête à changer, prête à comprendre qu'elle aussi, avait des attitudes à modifier de manière à permettre à sa fille d'évoluer. Car si la pathologie marque le développement, l'anxiété des parents et leurs difficultés à se décoller de leur enfant, à croire en ses capacités d'autonomisation est tout aussi entravant. Cette mère a montré là, sa capacité à se sentir mère de son enfant, à respecter l'intégrité de sa personne.

Notre approche restait intégrée dans un projet multidisciplinaire, au sein duquel on peut considérer que cette maman a su faire le lien. Elle a pu accepter l'approche psychomotrice, ainsi que les autres intervenants qui proposent une approche complémentaire. Ainsi, le reste de la semaine Cécile pouvait voir bien entendu les infirmières et les médecins pour les divers soins somatiques, mais aussi une éducatrice et le musicolier. Cette complémentarité, cet accordage, cette continuité a largement contribué à l'évolution de Cécile.

Enfin, la dernière raison fondamentale est que Julie et moi étions prêtes à entreprendre ce travail auprès de Cécile et sa mère, nous nous sentions aptes. En effet, j'ai évoqué en première partie l'erreur que nous commettions en début de stage : nous attendions les acquisitions. Evidemment, notre objectif thérapeutique tentait d'aider Cécile à s'autonomiser dans le mouvement mais ceci, sans oublier de considérer sa personne. Nous étions claires quant aux buts et quant à la manière de travailler ensemble. D'autre part cette collaboration sur la prise en charge s'est réalisée car elle était possible. On peut comprendre que dans certains cas la cellule familiale réclame un unique thérapeute. Ici, nous n'avons pas senti de réticence. Au contraire le fait d'intervenir en « cothérapeutes » nous a même permis d'être entièrement disponible envers la mère et l'enfant. Nous avons pu travailler ensemble parce que nos approches étaient complémentaires et nos modalités de réponse envers Cécile et sa mère répondaient à la même logique.

*« Dans cet espace le bébé et la mère... » ont trouvé des personnes « ...qui utilisent les mêmes modalités relationnelles qu'eux deux : la relation corporelle, la communication gestuelle, le dialogue tonique » (Gauberti M., 1993, p73).*

Les temps de réflexion en dehors de la prise en charge pouvaient s'effectuer entre psychomotricienne et stagiaire(s), tout comme de stagiaire à stagiaire. Ces deux possibilités sont richement additionnelles.

### **III. DISCUSSION : REFLEXIONS ET ANALYSES AU-DELA DE L'APPROCHE THEORICO-CLINIQUE**

Le psychomotricien fait partie de ceux qui ont su conceptualiser des qualités humaines. Car « plaisir, jeu, empathie, relation, investissement psychocorporel » n'ont rien de propre par essence, par appartenance au psychomotricien. Le psychomotricien est un professionnel de soin qui en acceptant ce qu'il est, accueille l'autre ; c'est là toute l'intelligence et la délicatesse de son travail. Car il est des situations où l'essence de l'être, même en ayant fait un long travail sur soi-même, est loin d'être ! « Certains patients nous donnent des difficultés à être » (Potel C., 2000, communication personnelle).

Pour ma part quand j'ai vu le travail que pouvait effectuer certains kinésithérapeutes, certains médecins... de par leur sensibilité propre, j'ai trouvé qu'au-delà des considérations somatiques et rééducatives, leur corps engagé dans la relation « valsait » comme celui du psychomotricien doit valser. Mais si « toute activité humaine est psychomotrice, tout n'est pas pour autant psychomotricité » (Aucouturier, 1984, p271). C'est pourquoi je propose à présent de dégager les spécificités de mon futur métier. Je vais essayer de comprendre à partir de ma pratique et notamment au travers du cas de Rémy, quelle fut ma démarche tout au long de ce stage afin de m'approprier des qualités propres au psychomotricien.

Pour cela, je vais tout d'abord effectuer quelques rappels quant aux qualités thérapeutiques puis progressivement prendre position.

#### **A. RAPPELS SUR LES QUALITES THERAPEUTIQUES**

##### **LES « QUALITES MATERNELLES ET PATERNELLES » DU PSYCHOMOTRICIEN**

Dans la tripolarité de l'espace thérapeutique (parent-enfant-thérapeute), nous avons pu voir dans la partie clinique que le thérapeute peut devenir non pas substitutif, mais supplétif aux modalités parentales qui ont été altérées du fait des difficultés auxquelles ils se sont heurtés. « Le psychomotricien, quelque soit son sexe, par le mode de relation corporelle qu'il établit avec l'enfant, a toujours quelque chose à voir avec la fonction maternelle ; tout comme en présence de la mère ou avec un enfant plus grand, et par sa position de tiers, par la triangulation de l'espace, il a toujours quelque chose à voir avec la fonction paternelle » (Gauberti, 1993, p93).

##### **Les qualités maternelles**

Le psychomotricien possède des fonctions thérapeutiques maternelles parce qu'il soutient, accompagne ; fait un véritable travail de « holding » (au sens de Winnicott) au niveau de la dyade. Il apporte le mouvement et la mentalisation, il « psychise ». Enfin il ouvre le cadre, accepte le tiers. « Il y a un parallèle entre la fonction interactive de la mère face à son bébé et celle du thérapeute face à son patient » (Joly F., 1994, p19) et « cette capacité qui demande de longues années de travail au thérapeute est donnée à la mère dans sa régression post-partum » (Robert-Ouvray S.B., 1997, p139).

Dans ce sens, le psychomotricien apporte à l'enfant un cadre contenant, rassurant. Celui-ci n'est pas figé, même s'il y existe des rituels, ceux-ci ne sont pas dévitalisés, mais donnent des repères stables et ne constituent pas une entrave au changement.

« Ce contenant invariable n'enferme pas l'enfant, mais lui donne de l'assurance pour s'ouvrir d'une relation à l'autre » (Bleger J., 1979 cité part Madelein M., 1996, p46).

##### **Les qualités paternelles**

Ensuite le psychomotricien assure des fonctions thérapeutiques paternelles, car par ce cadre qu'il met en place, par le médiateur choisit, il assure à l'enfant qu'il ne sera pas victime

d'agressions, d'intrusions, de séductions (au sens de Winnicott), il garantit à chacun des participants une distance psychique. Cette distance est d'autant plus nécessaire qu'en psychomotricité la distance corporelle se trouve parfois très réduite, et qu'à un moment donné, il y a toujours du plaisir à être là. Le contrat thérapeutique sera donc « Ici, on peut tout dire, on peut faire, mais on ne peut pas tout faire, sinon tout faire comme si » (Deitte J., 1988, p25). Et le « faire comme si », le jeu protège, car il permet à Rémy comme nous avons pu le voir dans son activité, de détruire sans véritablement détruire.

Ainsi, le psychomotricien doit savoir donner des limites structurantes. Par ailleurs, pour revenir au cas de Rémy, l'instabilité n'est-elle pas un moyen de rechercher par le mouvement des limites corporelles ? Le corps de l'enfant ne se structure t'il pas dans et par le mouvement ?

Rémy ne manque pas de limites dans son initiative motrice –ses parents stoppent sans cesse son mouvement- il manque de limites structurantes.

*« L'enfant tout en ayant des limites qui le structure, doit pouvoir en faisant des expériences, en se conformant à un maximum d'informations, construire son schéma corporel, sa coordination neuromusculaire et savoir utiliser ce merveilleux instrument qu'est son corps. Comme son corps va de pair avec le contrôle de l'espace-temps mais également permet la construction d'une psychologie dans lequel la dichotomie corps/esprit n'existe pas, ces deux aspects de l'être humain se façonnent ensemble dans une seule et même entité, entretiennent en permanence un phénomène de feed-back » (Lallery H., 1984, p26).*

Ainsi, en ce qui concerne Rémy, je stipule les limites de l'espace-temps psychomoteur en posant les règles du jeu.

« Il y a dans ce jouer et cette tiercéité, une insistance nécessaire sur la structuration triangulaire, fondatrice voire emblématique de l'être humain dans sa double qualité psychique et corporelle » (Joly F., 1994, p21).

### **L'identification**

Il existe un aller-retour dans le positionnement du psychomotricien lors du processus thérapeutique. Celui-ci selon la situation s'identifie davantage à la mère ou davantage au père. Mais il peut aussi retrouver chez l'enfant, dans la problématique que celui-ci vit avec ses parents, des pôles de sa propre histoire archaïque.

Le thérapeute doit donc être attentif en permanence, être à l'écoute de ses propres affects, afin de ne pas s'identifier plus à une personne de la dyade (ou du triangle, si le père est présent) qu'à une autre, ce qui paralyserait immanquablement l'aire transitionnelle... « cette identification spontanée est souhaitable, mais elle doit être passagère » (Bouchard R., 1970, p146). Cette attention toute particulière du thérapeute envers ses éprouvés est nécessaire du fait des réminiscences archaïques vers sa propre enfance qu'implique cette identification à la mère et l'enfant.

*« Quelque chose du dehors fait écho en dedans » (Bourger P., 1995, p14)*

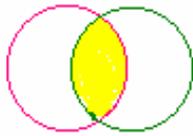
### **RAPPELS THEORIQUES SUR LES COMMUNICATIONS NON-VERBALES**

Ainsi si « chaque relation thérapeutique est pour le psychomotricien l'espace-temps où se complexifient les modalités expressives et adaptatives de ses éprouvés corporels » (Gauberti M., 1993, p117), cela veut dire que la personne à étudier inclut le thérapeute. En effets les mots, les actes de l'enfant « prennent sens en fonction de notre histoire ; nous faisons référence à un langage interne, soit il y a nécessité d'une prise de conscience personnelle, d'un travail sur soi, ses émotions, ses chaînes de pensées, de raisonnement, de décodage des

représentations pour faire de cette analyse subjective, une analyse objectivable au possible » (Bourger P., 1995, p17). Nous pourrions alors restituer au patient une lecture personnalisée de son corps.

Un des principes fondamentaux de la thérapie psychomotrice se traduit par la nécessité de considérer l'observateur comme partie intégrante de son observation et ce, parce que nous nous situons au sein d'un dialogue transférentiel et d'un dialogue tonique du fait de la mise en jeu du « visuel et du tactile » (selon Sami-Ali, 1977).

Ainsi, « ce niveau tonico-moteur infraverbal, l'empathie et l'intuition ... » sont essentiels, et le psychomotricien doit savoir « ...s'ajuster tonico-affectivement afin de donner un sens psychique à un ensemble vibratoire corporel » (Robert-Ouvray S.B., 1997, p134). On pourrait comme Nasio J.D., dire que le psychomotricien « opère en faisant caramboler et entremêler ses propres images du corps avec les images du corps de l'enfant » (1987, p22). Il doit être disponible émotionnellement, être avec lui tout en étant capable d'en rester séparé :



Mais comme je le disais auparavant au sujet des fonctions thérapeutiques maternelles du psychomotricien, cela demande de longues années de travail sur soi. C'est pourquoi lorsque je lis ces principes thérapeutiques, je les trouve absolument « extraordinaires », car il érige un psychomotricien-saltimbanque dont l'équilibre imperturbable lui permettra de ne jamais perdre pied.

### **LE RECOURS AUX THEORIES**

Cependant, si je la critique c'est cependant cette théorie qui bien souvent m'a permis de me sentir « soutenue » dans ma pratique (bien entendu les paroles échangées avec les professionnels, les réflexions partagées ont été tout aussi riches).

On voit par ailleurs que dans ce mémoire, j'ai eu recours aux théories pour pouvoir comprendre, mettre des mots sur le processus thérapeutique dans lequel j'ai évolué avec les patients et leur famille. Ainsi, j'ai enrichi progressivement mon analyse au travers de mes divers interlocuteurs et supports de lecture. Un professionnel aurait repéré les problématiques beaucoup plus rapidement du fait de l'expérience. Pour ma part, il m'a fallu consacrer du temps à une démarche déductive pour comprendre. C'est certainement comme cela que l'on devient thérapeute.

Mais ce que j'ai compris en cette année d'initiation thérapeutique est que l'important n'est pas tant la théorie choisie, l'hypothèse développée ; l'important est que je libère dans mon esprit une place pour cet enfant (et pour cette mère). Le fait d'être dans des hypothèses permet d'être à l'écoute. A partir de là tout support est possible, tant que je pense l'enfant et que celui-ci le ressent. Car s'il sent que le thérapeute peut pallier à certaines de ses difficultés, cela va lui permettre de consacrer son énergie à d'autres buts. « C'est un travail de rêver la personne » (Potel C., 2000, communication personnelle). Nous développons là, comme la parturiente un appareil à penser les pensées (au sens de Bion).

### **« L'EXPERIENCE DU MIROIR »**

Ainsi, le thérapeute pense la personne et je dirais intentionnellement, « il la réfléchit ».

## Rappels sur l'expérience du miroir

« Dans le développement émotionnel, le précurseur du miroir c'est le visage de la mère » (Winnicott D.W., 1975, p153), « quand le bébé regarde sa mère, ce qu'il voit c'est lui-même » (p155). Il y a donc ce premier miroir qu'est la mère pour son enfant.

Lacan J., quant à lui, a développé le stade du miroir et expliqué son rôle dans la formation du « je ». Lorsque l'enfant regarde le miroir, au fur et à mesure dans son évolution, il va constater que c'est lui qu'il peut y regarder. Cette image spéculaire, cette « gestalt » est plus constituante que constituée, « l'image n'est pas animée de l'intérieur » (Goussard J., 2000, communication personnelle), mais anime l'intérieur, symbolise la permanence mentale du sujet. « D'une image morcelée du corps il passe à une forme unifiée » (Lacan, 1949, p97).

Jusqu'ici, c'était la mère qui portait ce regard globalisant, identificateur, « individuant » sur le corps de son enfant. Dolto F. à ce propos explique que lors de l'expérience du miroir il faut que l'enfant s'approprie cette capacité d'unification (1987) de manière à interioriser l'image : cela témoignera de la solidité de son narcissisme. L'image du corps est plus une image inconsciente et permanente du sujet, que son reflet spéculaire.

*Lorsque l'enfant regarde le miroir, « l'image spéculaire (...) constitue (...) la matrice symbolique où le je se précipite en une forme primordiale avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre et que le langage ne lui restitue dans l'universel sa fonction de sujet » (Lacan J., 1949, p94).*

## La réflexion

*Rémy, face au miroir essaie d'explorer l'intérieur de son corps en se concentrant sur les orifices de son visage. Il se demande (du fait de ses hémorragies chroniques) ce qu'il se passe dans son corps et ses parents lorsqu'il était tout bébé, devaient se poser la même question : « Mais qu'est-ce qu'il se passe à l'intérieur du corps de mon bébé » ? (Alba A.E., 1994, p40), que signifie ses pleurs ?*

On voit ici comment Rémy a, en regardant lors des premiers échanges le visage de ses parents, interiorisé leur angoisse qui se cristallise aujourd'hui en lui par des angoisses de séparation, de l'instabilité et des troubles de l'image du corps.

On comprend que dans son cas, la réflexion du miroir plan ne suffit pas à lui montrer qu'il a « une enveloppe » autour de cet intérieur du corps menaçant. Pour cela, il a surtout besoin du miroir que l'autre est pour lui.

Durant longtemps, la mère a fait beaucoup plus que « renvoyer » à Rémy ce contour du corps ; car « elle a constitué » ce contour du corps, empêchant inconsciemment Rémy de se le faire sien, de se l'approprier. Aussi, lorsqu'elle n'est pas là, Rémy sans enveloppe pourrait se sentir comme « désintégré ».

Lorsque Rémy peut rester davantage de temps en séance avec moi, je peux commencer progressivement à recouvrir une fonction spéculaire envers lui. Je fais retour sur ce qu'il projette, je tente de lui réfléchir son image mais pas uniquement...

Les personnes tout comme le miroir plan, ont la capacité de réfléchir l'image du sujet, mais dans une dimension bien plus riche : ce reflet passe sur un niveau mental et se mut en une véritable « réflexion ». Le thérapeute doit recouvrir dans tous les sens du terme, la capacité de « réfléchir » l'autre. L'autre ne le laisse pas indifférent ; il suscite en lui des pensées, représentations, sentiments, fantasmes qu'il va lui renvoyer de nouveau sur un plan psychocorporel.

*« Le corps est une construction sociale et culturelle dont la réalité ultime n'est jamais donnée. Il est de sa nature d'être métaphore » (Le Breton D., 1999, p190).*

Je ne renvoie donc pas à Rémy son simple reflet, ce qui serait aliénant, entraînerait la confusion, voire la fusion. Je lui renvoie donc une image enrichie de mes propres représentations. Par ailleurs, ce simple reflet non décodé pourrait même être effrayant, car si Rémy décharge ses fantasmes, c'est pour s'en libérer.

*« Ce dont il s'agit, c'est de donner à long terme en retour au patient ce que le patient apporte. C'est un dérivé complexe du visage qui réfléchit ce qui est là pour être vu. J'aime à penser ainsi à mon travail et aussi que si je fais suffisamment bien cette tâche, le patient trouvera son propre soi... »*  
(Winnicott D.W., 1971, p161)

Cette image renvoyée sera différente selon chaque relation que vivra Rémy. L'enfant ne reçoit pas une réponse unilatérale des personnes, ce qui lui permet de construire un univers de sens dense et plurimodal.

## **B. MON VECU, MON ELABORATION CLINIQUE**

### **« OUI AU CORPS »**

Les séances se sont donc construites progressivement. Au début, je cherchais à comprendre ce que je pouvais réussir à faire avec Rémy étant donné que je ne pouvais « pas l'empêcher de bouger ». Cette pensée est crue, mais devant son explosion motrice, j'étais comme débordée par son mouvement, envahie par sa vie fantasmatique qu'il exprimait au travers des objets, et j'oubliais tout ce que j'ai pu vous exposer de manière théorique auparavant. J'étais présente, je le portais au mieux psychiquement –sinon je ne l'aurais jamais laissé sortir de cette salle lors de la mise en place du processus thérapeutique- mais je le portais avec tout mon être ; je n'avais que peu de place pour moi. Devant le risque qu'il se blesse, je dois dire que j'ai éprouvé des difficultés à être avec lui tout en restant avec moi-même.

Aussi, j'avais besoin de « métaboliser » toutes ses données entre les séances afin de ne pas perdre pied, afin de rester suffisamment stable et pouvoir apporter à l'enfant des réponses nécessaires à son évolution. Ces réponses se chargent, comme je l'ai dit auparavant au sujet de la « fonction spéculaire du thérapeute » de mes propres représentations. Auquel cas, mon mouvement serait confondu dans celui de Rémy et ressemblerait fortement aux modalités de réponses de sa mère.

Cependant, lorsque je parle d'apporter à Rémy mes modalités de communications pour qu'il y trouve des solutions, encore faut-il que je sois capable d'écouter ses propres modalités de communication. « Nous n'injectons pas un fluide thérapeutique au patient » (Pitteri F., 2000, communication personnelle), il n'y a pas de vérité globale et chaque relation se construit avec les personnes en présence. Il n'y a pas qu'un thérapeute « vers » son patient, il n'est pas question ici d'influx unilatéraux, et tout le travail thérapeutique consiste à aménager cette possibilité interactive : faire la place à l'autre.

J'ai donc réfléchi à la nécessité de son exutoire corporel dans cet espace-temps psychomoteur, j'ai accepté de faire la place au corps, c'est à dire à l'expression du sujet. Guidée par la psychomotricienne et mes lectures, j'ai compris –comme je l'ai exposé en clinique- l'abréaction que cela pouvait constituer. Cependant, de par la problématique d'alitement prolongé de Rémy, j'ai aussi compris ce que l'immobilité pouvait lui renvoyer d'angoissant (angoisses d'abandon, angoisse de mort).

Si j'ai évoqué l'importance du corps-plaisir en psychomotricité, j'ai cependant omis d'aborder la notion de déplaisir. Le psychomotricien devient aussi le dépositaire de moments de déplaisir d'autant plus forts qu'ils empruntent les voies puissantes du corps (outil de communication le plus archaïque). L'espace psychomoteur peut devenir ce lieu d'expression du mal-être du corps.

## LE DIALOGUE TONICO-EMOTIONNEL

### Mes résistances psychocorporelles

Si j'ai fait la place à Rémy, j'ai accepté d'entrer dans un processus de spontanéité des modalités de communication. Cela demande une grande capacité d'adaptation, peut-être que cela demande au psychomotricien comme le dit Gatecel A. d'avoir la « capacité d'un renouvellement constant et permanent de sa vie psychique » (1994, p64).

*« je voudrais prévenir les jeunes gens contre l'attraction invincible des théories qui séduisent parce qu'elles simplifient et généralisent ».*

J'utilise cette présente citation de Ramon Y Cajal afin de dédramatiser le fait qu'il me reste de nombreuses choses à apprendre, mais peut-être aussi, afin de me défendre de manière iconoclaste envers des affirmations qui ne vont pas de soi. Or, je pense qu'avoir un renouvellement permanent de sa vie psychique est loin de se faire tout seul. Aussi, j'ai du travailler ma capacité d'adaptation.

Souvent durant la séance, j'ai ressenti des variations tonico-émotionnelles, des ajustements réciproques sans pouvoir mettre de mots dessus, sans comprendre exactement ce qu'il s'y jouait tout en sachant qu'il s'y jouait quelque chose. « Et même si les personnes présentes ne sont pas tout à fait conscientes de la communication qu'elles reçoivent, il n'en reste pas moins qu'elles ressentiront avec acuité quelque chose d'anormal si le message est inhabituel » (Goffman E., 1963, p267).

J'avais donc besoin de me réapproprier un autre espace pour pouvoir décrypter le message. Dans ces moments il m'arrivait d'apprécier ce dédale de longs couloirs blancs.

J'ai donc eu besoin de temps pour comprendre mon ajustement spontané, mon intuition, ainsi que pour continuer à me connaître, à saisir ce que me renvoyait chaque patient de ma propre histoire. Car ce caractère ineffable des communications non-verbales était certainement la marque de l'existence de résistances personnelles face au changement plus ou moins brutale de la situation. Les tensions soudaines venaient rompre le processus équilibré qui semblait s'installer jusqu'alors, où au contraire la détente mutuelle venait le renforcer.

L'expression de ces résistances, ces défenses avaient pour moi une raison d'être dans le processus empathique et thérapeutique, car elles me permettaient puisqu'elles me sont propres, de rester intègre. Autrement, je me serais sentie submergée ; j'aurais été « sympathique » : j'aurais « souffert avec » (Corraze J., 1999, communication personnelle), et non empathique : portante psychiquement.

Le compromis que je cherche est le compromis délicat recherché par tout thérapeute. Etre avec soi tout en étant avec l'autre : savoir utiliser ses défenses à bon escient, non massivement, afin de rester en relation, capable de soutenir le patient.

Si j'ai déjà vécu des relations transférentielles en situations thérapeutiques sur des stages précédents, cette année j'ai mis des mots sur un ressenti, j'ai dépassé des résistances personnelles afin d'entrer dans une dynamique d'analyse de mon vécu psychocorporel.

*La dialectique essentielle est toujours de savoir « passer de ce corps sensorimoteur à ce corps psychomoteur » (Robert-Ouvray S.B., 1997, p147).*

### L'intérêt de cette dynamique d'analyse

Et cette dynamique d'analyse est importante car « ce qui a été mûrit à l'intérieur de l'observateur dans l'après-séance peut faire surface lorsque le thérapeute n'y pense pas intentionnellement » (Sandri R., 1990, p23 et 24) (cette idée fait référence à une intuition qui

s'enrichit). Des « qualités psychiques » peuvent alors se transmettre entre patient et thérapeute : il faut que la « digestion mentale » du thérapeute puisse repasser à un plan corporel afin de se transmettre à l'enfant via le jeu subtil du dialogue tonique. Ici, le thérapeute renvoie donc une image enrichie de ses propres représentations.

Savoir transmettre cela à l'enfant, suppose que j'ai compris d'une part mon propre mouvement, d'autre part comment l'autre décode le message : « dans un premier temps, il faut fonctionner comme une partie du patient pour établir la relation » (Gatecel A, 1994, p64).

### **Les précautions**

C'est cette compréhension qui justement ne va pas de soi et se travaille. Voilà pourquoi, dans le doute je ne me hâte pas (selon la formule de Balint), j'écoute. Car le risque est grand lorsqu'on ne comprend pas où en est l'autre. Nous risquons de le confronter prématurément avec des représentations, des problèmes vis à vis desquels ils manifestaient des résistances protectrices, ce qui peut avoir pour conséquences de bloquer toute représentation ultérieure (traumatisme). Si moi-même je trouve utile de préserver certains de mes mécanismes de défense, alors il en va de même envers le patient. Le but n'est pas de traquer à tout prix les significations, mais de laisser le temps au sens d'émerger chez l'enfant. Dans cette démarche, nous donnons à l'enfant une place d'acteur. Nous lui reconnaissons une dynamique propre.

On pourra ici me reprocher de ne pas parler de « l'urgence ». En effet dans certaines situations, il faut savoir amener des éléments de réponse, voire des actes, avec promptitude, car un danger potentiel peut exister sur le plan psychocorporel. Ces situations existent mais je ne les évoquerais pas ici.

En ce qui concerne Rémy, il s'agit d'un enfant avec lequel l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire tâtonne en permanence afin que celui-ci vive au mieux cette situation qui laissera indubitablement une trace sur sa mémoire psychocorporelle. Il n'y a pas d'urgence au sens premier du terme, mais il y a nécessité d'un accompagnement, d'un étayage solide.

## DU JEU THEORIQUE AU PRATICIEN

Tout ce que j'ai évoqué auparavant appelle à laisser parler son imagination ; le ressenti, l'empathie, le dialogue tonique, le jeu se « chiffrent » difficilement, ils font partie du domaine du « songe » (selon la formule de Victor Hugo).

*« Je pense que c'est dans cette direction du repérage de plus en plus détaillé du langage corporel – nous situons de mieux en mieux la genèse et les pannes du Moi corporel- que nous devons avancer plutôt que de continuer à penser que nous projetons n'importe quoi sur un vide total » (Haag G., 1988, citée par Goussard J., 2000, communication personnelle)*

Que nous propose ici Geneviève Haag ? Elle nous propose de penser, peut-être pour se rassurer, en tout cas pour essayer d'avancer.

Penser, rêver le patient ferait partie selon beaucoup d'auteurs du processus thérapeutique. Pour Winnicott D.W., jouer devrait faire partie du travail du thérapeute – de l'adulte en général- afin qu'il se rende efficace. Ce serait donc un véritable travail que de jouer, et dans mon élaboration clinique j'ai joué afin de devenir thérapeute. J'ai joué avec des théories, avec des personnes, avec moi-même et dans mon jeu j'ai trouvé l'enjeu de mon évolution.

Le jeu, finalement est un puissant mécanisme de défense puisqu'il permet d'assimiler la réalité sous forme d'une reconstruction psychique acceptable (mais qui ne doit pas rentrer dans l'ordre du pathologique : reconstruction délirante).

Jouer, m'a permis d'être présente auprès du petit patient et sa famille, jouer avec les théories m'a permis de déambuler dans cet univers hospitalier aux réalités difficiles, jouer avec moi-même m'a permis de me constituer une sécurité psychique. J'ai tenté d'appliquer à moi-même ce processus ludique que j'estime structurant pour le patient dans la construction de son identité mais aussi pour ses parents, dans l'affirmation de leur parentalité.

*« Du jeu au Je, tel est le mouvement, et sans cesse repris, réinventé » (Pontalis J.B., 1975)*

*« Qu'en chacun des êtres présents, l'individualité s'affirme » (Lecomptère P., 1999, communication personnelle) ... « l'essence des totalités, c'est l'interaction » (Hugues E.C.)*

## L'INDIVIDUATION

Soit, dans ce processus thérapeutique le patient et le thérapeute accomplissent ensemble et ensuite séparément un travail créatif autour de la relation transférentielle ludique. Ceci est important de manière à ce que je ne reste pas que le miroir fidèle et confondu de Rémy (double spéculaire dans le jeu), mais que celui-ci recouvre au fur et à mesure la capacité de se sentir par lui-même : la capacité à être seul.

### Conditions thérapeutiques nécessaires à l'individuation

Si le travail psychomoteur que j'ai effectué avec Rémy m'a passionné, je garde à l'esprit dans ce « jeu », qu'un thérapeute qui aime ce qu'il fait doit savoir « intégrer à la fois ce qu'il y a de jouissance dans l'investigation et de détresse dans l'attente de l'autre » (Sapir, 1980, p138).

Le jeu théorique, bien qu'il ait des limites, m'a permis de ne pas me sentir isolée dans ma pratique. Aussi, malgré les difficultés, j'ai pu rester un support d'évolution nécessaire à Rémy pour qu'il entre de manière tangible dans le processus d'individuation.

Rémy a ressenti que je « survivais » à ses projections destructrices et récurrentes. Il a même senti que je pouvais les accueillir, soit que je l'autorisais à régresser.

*« un dialogue tonique peut s'établir autour d'un contact physique direct, mettant fortement en question la tolérance de la psychomotricienne à la régression de l'enfant et sa disponibilité personnelle au niveau de son propre corps » (Bernard J.P., Gutton P., Le Meignen E., 1974, p111)*

Si Rémy sent que ses projections ne me détruisent pas, s'il sent que je reste une personne intègre, alors par un processus identificatoire, il pourra se sentir une personne intègre. Ici ressort l'intérêt du changement dans le schème d'interaction.

### **Les signes de l'individuation**

Le processus d'individuation fait partie du domaine du songe. Il n'en reste pas moins palpable, non pas de manière quantitative mais qualitative. Il faut savoir accepter cette part de « mystère » propre à l'humain.

Dans l'évolution de Rémy au cours de la prise en charge –je pourrais même dire au cours des prises en charge, car le travail fut pluridisciplinaire- on peut dégager des signes qui témoignent d'une affirmation identitaire.

Bien entendu et j'en ai déjà parlé, on observe une évolution dans son jeu qui entre progressivement dans la dimension objectale (objets d'affection : les personnes), dans son langage (« Rémy » puis « Moi » puis « Je », enfin les prénoms des divers intervenants...). On voit que Rémy chemine du « dedans vers le dehors », et ceci est important car il peut comprendre progressivement qu'il ne vit pas que de l'intérieur.

D'autres modes d'expression sont à ne surtout pas reléguer. Bien entendu, sa communication non-verbale : sa mine enjôleuse, son invitation au regard... Mais il y a aussi tout ce passage dépressif que Rémy a exprimé à un moment donné, à force d'être alité. La tristesse, dans une telle situation est aussi signe de santé mentale. Cette régression vers la dépression, ce replis sur lui-même peut être nécessaire à Rémy. « La faculté de régresser peut-être facteur de santé, à condition de distinguer comme le souligne Balint, la régression maligne et celle permettant un renouveau » (Sapir M., 1980, p201). L'entrée dans un processus dépressif signifie que le sujet va devoir lutter pour « remonter à la surface », aussi faut-il avoir un certain degré de structuration psychique pour accepter de livrer cette lutte sur soi-même.

La régression de Rémy a permis un renouveau, elle a précédé une période d'acquisitions fondamentales. Entres autres, Rémy (3 ans 5 mois) commence actuellement à passer « du mode de relation au mode d'utilisation » (au sens de Winnicott). Il m'utilise pour exprimer ses conflits et s'en libérer. Cela suppose qu'il me considère en tant que phénomène extérieur à lui, auquel cas il conserverait ses conflits.

Enfin pour me maintenir « comme une entité de plein droit » (Winnicott D.W., 1975, p125), Rémy doit être capable d'accepter que seule une partie de moi reçoive ses projections et non pas la totalité de mon être ; sinon nous serions en fusion.

Je dis « Rémy doit être capable » cela montre sa « responsabilité » progressive (responsabilité signifiant « sa propre réponse : réponse »). Il devient acteur, il devient « capable de jouer », il devient petit à petit « capable de rester seul » et intègre.

*« Quand nous nous montrons capable d'attendre, le patient parvient à comprendre de manière créative, avec un plaisir intense » (Winnicott D.W., 1975, p121)*

## CONCLUSION

J'espère avoir montré au travers de ce travail, l'importance toute particulière que revêt l'approche psychomotrice dans la prise en charge hospitalière de l'enfant malade chronique.

Inscrite dans un projet pluridisciplinaire, elle permet jour après jour, de porter un regard plus riche sur le petit patient et sur ceux qui s'accrochent pour l'aider à grandir : ses parents.

Aujourd'hui, on peut voir comment l'approche ludique que j'ai utilisée dans le processus thérapeutique a participé au développement psychocorporel de Rémy et Cécile, mettant ainsi en évidence l'importance du jeu dans le processus d'individuation. Ceci a été d'autant plus efficace que les mères étaient présentes auprès de leur enfant.

Malgré les effets affectifs et somatiques de la maladie, l'essentiel est que l'enfant soit entouré. Car s'il est sollicité, guidé dans son activité, il peut alors éprouver du plaisir à entrer dans une dynamique évolutive et devenir acteur de son développement. Cela lui permet de ne pas rester prisonnier des sortilèges de la maladie.

Malheureusement, cet accompagnement de la part des parents n'est pas toujours possible, comme nous avons pu le constater au sujet de Rémy. La prise en charge trouve ici ses limites car elle ne peut intégrer les problèmes des parents dans sa matrice, restant centrée autour de l'enfant. Nous ne pouvons alors pas les aider au-delà du cadre de soin.

Nos efforts ne sont pas vains pour autant, mais doivent trouver un relais. Ce que l'on fait aujourd'hui prépare l'avenir. Et ceci est essentiel, car l'hospitalisation chronique de ces sujets nous rappelle toujours combien ils sont vulnérables face à la maladie et combien il va falloir continuer à les accompagner dans leur évolution et ce notamment lors de la traversée périlleuse de l'adolescence

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES

- AMIEL-TISON C. et GRENIER A., 1985, La surveillance neurologique au cours de la première année de la vie, Masson, Paris
- ANDOLFI M., 1977, « *La famille, système interactionnel* », in *La thérapie avec la famille*, ESF (1982), Paris, p. 19 à 30
- ANZIEU D., 1985, *Chap. 3 « La notion de Moi-peau » et Chap. 7 « Les fonctions du Moi-peau »*, in *Le Moi-peau*, Dunod (2<sup>e</sup> édition 1995), Paris, p. 57 à 66 et p. 119 à 137
- BOUCHARD R., 1970, « *Le pédiatre et les troubles du comportement de l'enfant* », in *Le pédiatre et le monde intérieur de l'enfant*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, p. 139 à 157
- BOWER T.G.R., 1977, *Chap. 4 « La genèse des attachements*, in *Le développement psychologique de la première enfance*, Mardaga (4<sup>e</sup> édition 1997), Liège, p. 57 à 74
- BRAZELTON T.B., 1981, *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*, Stock/Laurence Pernoud (4<sup>e</sup> édition 1988), Paris
- BURSZTEJN C. et GOLSE B. et coll. (MAIRESSE A.M., ...), 1995, « *Image du corps et miroir sonore* », in *Penser, parler, représenter, émergences chez l'enfant*, Masson, Paris, p. 65 à 82
- CARRIC J.C., 1991, « *Psychomotricité* », in *Lexique du psychomotricien*, Vernazobres-Greco, Paris, p.140 à 142
- CONTANT M. et CALZA A., 1989, *L'unité psychosomatique en psychomotricité*, Masson, Paris
- COOK J. et DOMMERGUES J.P. et coll., 1993, « *Un contrat de soin en pédiatrie ? (Réflexions buissonnières au-delà des balises juridiques)* » et « *L'enfant malade et le monde médical (une synthèse)* », in *L'enfant malade et le monde médical : dialogue entre famille et soignants*, Syros, Paris, p. 219 à 254
- DE AJURRIAGURRA J. et MARCELLI D., 1982, *Chap. 25 « L'enfant et le monde médical »*, in *Psychopathologie de l'enfant*, Masson (3<sup>e</sup> édition : 1989), Paris, p. 449 à 463
- DEITTE J., 1988, *La consultation de psychomotricité*, Masson, Paris
- DIATKINE R., LEOVICI S., SOULE M. et coll. (ROY J., VISIER J.P.), 1995, *Chapitre 49 « L'annonce du handicap »*, in *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Masson, Paris, p. 801 à 808
- DOLTO F., 1984, « *Schéma corporel et image du corps* », in *L'image inconsciente du corps*, Editions du Seuil, Paris, p.7 à 61
- DOLTO F. et NASIO J.D., 1987, *L'enfant du miroir*, Editions Rivages, Paris
- GAUBERTI M., 1993, *Mère-enfant : à corps et à vie (analyse et thérapie psychomotrice des interactions précoces)*, Masson, Paris
- GOFFMAN E., 1963, *Stigmate (les usages sociaux des handicaps)*, Les éditions de minuit (1975), Paris
- GOLSE B. et coll., 1985, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Masson (3<sup>e</sup> édition 1992), Paris

HAAG G., 1993, « *Prévenir les surhandicaps psychiques des handicaps, entre le déficit et le moi corporel* », in *Quels outils pour une pédagogie du polyhandicap*, Gesap dans Cesap Formation permanente (Fev. 1993), p. 15 à 29

MALHER M., 1975, *La naissance psychologique de l'être humain*, Payot, Paris

MANSOUR S., *L'enfant et le jeu (les fonctions du jeu, ses limites, ses dérivés)*, Syros, Paris, 1994

LEBOVICI S., 1983, *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste (les interactions précoces)*, Paidos/Le Ceinturion, Paris

LE BRETON D., 1990, *Chap. 9 « D'une conception du corps à des conceptions de l'homme »*, in *Anthropologie du corps et modernité*, Puf (4<sup>e</sup> édition 1998), Paris, p. 184 à 199

PIAGET J., 1964, *Six études de psychologie*, Edition Denoël, Paris

REINHARDT J.C., 1990, *Chap. IV : « Le corps et le milieu médical »*, in *La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant*, Puf, Paris, p. 284 à 292

RIVIERE J. et coll. (MELLIER D., BLOSSIER P., ...), 1999, *Chap. 2 « Les programmes de stimulations adressés aux bébés prématurés » et Chap. 3 « Psychomotricité et nouveaux-nés hospitalisés : quels soins ? »*, in *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*, Solal, Marseille, p. 21 à 50

ROBERT-OUVRAY S.B., 1997, *Chap. III « Le holding psychomoteur »*, in *Intégration motrice et développement psychique*, Desclée de Brouwer, Paris, p.113 à 149

SAMI-ALI, 1977, *Chap. 1 « Corps et identité »*, in *Corps réel corps imaginaire*, Dunod (3<sup>e</sup> édition : 1998), Paris, p. 7 à 23

SAPIR M., 1980, *Soignant-soigné : le corps à corps*, Payot, Paris

WALLON H., 1941, *L'évolution psychologique de l'enfant*, Armand Colin, Paris

WINKIN Y. et coll. (GOFFMAN E., HALL E.T....), 1981, « *Engagement* » & « *Proxémique* », in *La nouvelle communication*, Editions du Seuil, p.267 à 272 & p191 à 221

WINNICOTT D.W., 1971, in *Jeu et réalité (l'espace potentiel)*, Editions Gallimard (1975), Paris

WINNICOTT D.W., 1956, « *La préoccupation maternelle primaire* », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, p.284 à 291

ZAZZO R. et coll., 1979, « *L'attachement, les origines de l'affectivité* », in *L'attachement*, Delachaux et Niestlé (1991), Paris, p. 10 à 33

## **REVUES/PERIODIQUES/ARTICLES**

ALBA A.E., DESMARRES C., EUDIER H., LAMBERT T., LAURIAN Y., 1986, « *Impact de l'hémophilie sur le développement psychomoteur de l'enfant* », in *Archives Françaises de Pédiatrie n°44*, Paris, p.267 à 270

ALBA A.E., 1989, « *Souffrance somatique de l'enfant* », in *Thérapie Psychomotrice n°82*, p19 à 25

ALBA A.E., 1990, « *Le processus thérapeutique lors de l'évaluation du bébé hospitalisé* », in *Evolutions Psychomotrices (n°8)*, p. 26 à 29

ALBA A.E., 1992, « *Thérapie psychomotrice et soutien de la relation mère-enfant dans le cadre d'un hôpital pédiatrique* », in *Évolutions Psychomotrices (n°17)*, p. 3 à 9

- ALBA A.E., 1996, « *Douleur de l'enfant et psychomotricité* », in *Evolution Psychomotrice* n° 32 vol. 8, p. 74 à 79
- ALBY J.M., ALBY N., CAEN J., 1964, « *Problèmes psychologiques posés par la présence d'un hémophile dans une famille* », in *Revue Réadaptation* n°108 - n° spécial « Réadaptation des enfants hémophiles », Paris, p. 11 à 15
- BERNARD J.P., GUTTON P., LE MEIGNEN E., 1974, « *Réflexions sur l'image du corps de l'enfant hémophile* », in *Thérapie Psychomotrice* n°22, Paris, p. 101 à 115
- BOURGER P., 1995, « *A propos de l'entretiens du bilan psychomoteur* », in *Évolutions Psychomotrices* (Vol. 7 – n°28), p. 14 à 18
- LAURENT J., GAUTHIER F. et HADCHOUËL M., 1993, « *Atrésie des voies biliaires* », in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, hépatologie*, Editions Techniques, Paris, 7-070-A-10, 2 p.
- ODEON N., 1993, « *Thérapie psychomotrice chez le très jeune enfant handicapé* », in *Evolutions Psychomotrices* (n°22), p. 9 à 15
- VINUESA C., 1998, « *Grandir à l'hôpital* », in *Evolutions Psychomotrices* (Vol. 10 – n° 41), p.154 à 158

## CONFERENCES

- ALBA A.E., GATECEL A., JOLY F., 1994 (1<sup>er</sup> oct.), « *Retentissement de l'hémophilie sur l'organisation psychomotrice de l'enfant* » & « *De l'agir à la mise en parole* » & « *La référence au maternel dans le champ des thérapies psychomotrices* », in *Entretiens de Psychomotricité aux Entretiens de Bichat*, Expansion Scientifique Française, Paris (Maison de la Chimie), p. 39 à 43 & p. 64 à 67 & p. 16 à 22
- CANCHY-GIROMINI F., JOLY F., 1997 (22 nov.), « *Être d'ici et d'ailleurs* » & « *Agir, jouer, Rêver... Une trajectoire psychomotrice* », in *Le jeu en psychomotricité*, 2<sup>o</sup> Journée Scientifique de l'A.F.P.U.P., Paris (UFR Pitié-Salpêtrière)
- DENORMANDIE P. et HIRSCH E. et coll. (BLEURET-BLANQUART F., EPELBAUM C., GOLSE B., RETHORE M.O., ...), 1998 (sept.), *L'annonce du handicap (espace éthique, mission handicap)*, Doin Editeurs/AP-HP (1999), Paris
- HERMANT G. et coll. (AUCOUTURIER B., LALLERY H., ...), 1984, « *Le traitement des productions fantasmatiques chez l'enfant en thérapie psychomotrice* » & « *La mémoire psychomotrice* », in *Le corps et sa mémoire (Actes du VI<sup>o</sup> Congrès de Psychomotricité)*, Editions Doins, La Haye, p. 265 à 276 & p. 25 à 30
- LACAN J., 1949 (17 juil.), « *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique* », in *XVI<sup>o</sup> Congrès International de Psychanalyse*, Zürich, p. 93 à 101
- POTEL C., 1998 (11 dec.), « *Traits autistiques corporels, la fée Mélusine* », in *Rôles de la psychomotricité auprès des enfants psychotiques lors du 6<sup>o</sup> salon international Psychiatrie et Système Nerveux Central*, Paris (cité des sciences et de l'industrie)

## MEMOIRES EN PSYCHOMOTRICITE

- JACQUESSON A.S., 1999 (session juin), *Les relations tactiles : une nécessité pour l'enfant hospitalisé ? Une spécificité de la psychomotricité ?*, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Paris VI

MADELEIN M., 1996 (session novembre), « *le cadre et la position du psychomotricien* », in Mon expérience en Hôpital De Jour pour enfants psychotiques, Paris VI, p. 45 à 59

PARREIRAL R., 1995 (session juin), Fantasma et réalité chez les enfants greffés, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Paris VI

PINEAU S., 1998 (session juin), « Quand le mouvement n'est jamais sang danger » ... une approche psychomotrice auprès du tout petit souffrant d'hémophilie et de sa famille, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Paris VI

VINUESA C., 1997 (session juin), Grandir à l'hôpital (incidence de la maladie chronique sur le développement de l'enfant, apport de la psychomotricité par le jeu), mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Paris IV

## **COMMUNICATIONS PERSONNELLES**

ALBA A.E., 1999, « *L'approche psychomotrice en pédiatrie* », in Cours de psychomotricité, ISRP 2, Paris

BELLEMAIN C., 1998, « *Le développement psychologique de l'enfant* », in Cours de psychologie, ISRP 1, Paris

CORRAZE J., 1980, « *Communications non-verbales* », in Cours de neuropsychologie, ISRP 3 (2000), Paris

DE SAINTE MAREVILLE F., 1999, « *L'annonce du handicap* », in Cours de psychiatrie, ISRP 3, Paris

GOUSSARD J., 2000, « *Investissement pulsionnel du corps* » & « *L'expérience du miroir* » & « *Schéma corporel et image du corps* » & « *L'annonce du handicap* », in Cours de psychologie, ISRP 3, Paris

HUAULT G., 1999, « *Les débuts de la vie* », in Cours de pédiatrie, ISRP 2, Paris

NADEL J., 1986, « *Imitation et communication entre jeunes enfants* », in Cours de neuropsychologie, ISRP 1 (1998), Paris

PITTERI F., 2000, Cours de relaxation, ISRP 3, Paris

POTEL C., 2000, Groupe d'élaboration clinique, ISRP 3, Paris

SABAT M., 1999, « *L'infirmité motrice cérébrale* », in Cours de psychomotricité, ISRP 3, Paris

SCIALOM P., 1999, « *Petite enfance et enfance : les effets à longs termes des influences précoces* », in Cours de psychologie, ISRP 2, Paris

## **DOCUMENTAIRES FILMES**

MARTINO B., LAINE T., LAUZUN G., 1984, Le bébé est une personne, Unité de programme Cl. Otzenberg TF1, Paris, durée 151 mn