

Auteurs : Marie Vailland Godallier, psychomotricienne et Alain Quesney, pédiatre

## Titre : « Petit... deviendra grand »<sup>1</sup> - Accompagner l'autonomisation de l'enfant ?

« Adieu, vous que j'aimais. Ce n'est point ma faute si le corps humain ne peut résister trois jours sans boire. Je ne me croyais pas prisonnier des fontaines. Je ne me soupçonnais pas une aussi courte autonomie. On croit que l'homme peut s'en aller droit devant lui. On croit que l'homme est libre... On ne voit pas la corde qui le rattache au puits, qui le rattache, comme un cordon ombilical, au ventre de la terre. S'il fait un pas de plus, il meurt. »

*Terre des hommes*

Antoine de Saint-Exupéry

Sujet crucial pour notre société et au centre de la pratique des professionnels de l'enfance, il est en fait difficile et finalement assez rare de l'envisager dans sa globalité et plus aisé de le découper en rondelles de sous-chapitres.

- Autonomie respiratoire qui intéresse le pédiatre néo-natologiste,
- Autonomies motrice, alimentaire, sphinctérienne des petits qui interrogent les familles,
- Autonomies psychique, affective et sexuelle, sociale, financière des plus grands et des adolescents qui les travaillent ainsi que leurs parents.

Quel chantier et aussi quelle confusion !!

La tentation est grande pour les familles de brûler les étapes, de shunter la grande dépendance du tout-petit et de lui imposer séparations ultra-précoces et recherche de performances que notre société valorise.

Dans d'autres cas, de plus en plus nombreux, les enfants faits par et pour les parents (maternités narcissiques) connaissent la fusion interminable et la symbiose indestructible avec la mère, mais aussi en miroir l'indifférence et/ou la dévalorisation des pères... L'éclatement des couples est souvent au rendez-vous de ces histoires de plus en plus fréquentes dans notre expérience.

La pseudo-solution pour les parents serait de « se dé-saisir de la totalité du dossier » en confiant aux soignants et/ou enseignants l'intégralité d'une tâche qui leur incombe au moins en partie.

Plusieurs vignettes issues de notre pratique clinique vont illustrer cette problématique et nous essaierons ensuite de répondre à la question, chacune et chacun de nos positions respectives.

### **Madeleine (ou la crainte de la chute)**

Madeleine 15 mois marche, sa maman sur ses talons.

Elle vient consulter au cabinet de psychomotricité pour des chutes en arrière à répétition qui la mettent en danger et épuisent ses parents qui ne peuvent s'éloigner à plus d'une longueur de bras.

Madeleine est souriante, joueuse, mais son équilibre est chancelant.

Sur terrain accidenté (tapis), elle perd l'équilibre et ne place pas ses mains devant elle car Madeleine sait que sa maman sera là.

La naissance de Madeleine s'est trouvée compliquée par une délivrance incomplète et sa maman présente encore aujourd'hui une fatigue physique et psychique importante.

Madeleine a eu de longues périodes de pleurs liées probablement à du reflux gastro-œsophagien, elle est tendue, ne parvient pas à s'apaiser.

Elle grandit, joue et finit par tenir assise calée avec des coussins puis, curieuse, elle s'intéresse à ce qui est plus haut. Elle est toujours très tonique et verrouille ses genoux, si bien que ses parents lui proposent « naturellement » la position debout.

Ce que sa maman décrit, c'est que Madeleine a besoin d'eux pour passer d'une position à l'autre, sauf si elle peut se tirer à la force des bras.

Madeleine n'est pas autonome corporellement. Chacun de ses changements de posture dépend de l'action ou non de ses parents. Elle passe donc le plus clair de son temps à les appeler en « râlant », ce qui épuise d'autant plus sa maman qui ne « supporte plus de l'entendre geindre ainsi ». Voici ce qu'elle dit quand il est proposé à Madeleine des situations où soutenue

---

1 C'est le nom en Basse Normandie de l'étude Epipage en cours sur le devenir des grands prématurés et des nouveaux nés à risque.

corporellement, elle peut agir elle-même sur ses actions et déplacements, au prix d'efforts importants.

Madame retient son souffle à plusieurs reprises, mais Madeleine parvient à se saisir de ses appuis des membres inférieurs pour pousser dans le sol et se redresser seule après une perte d'équilibre. Petit à petit, Madeleine plie ses genoux et découvre ses pieds et leur force.

Nous nous rencontrons trois séances, durant lesquels nous jouons à tomber en avant, à se rattraper avec les mains et les genoux, à danser la capucine, à se déplacer à quatre pattes. Madeleine trouve du plaisir dans ces nouvelles sensations et s'amuse à montrer à sa maman ce qu'elle sait faire dorénavant.

Dans l'entre-deux séances, les parents surprennent Madeleine se déplaçant seule dans l'appartement d'une pièce à l'autre. Son tonus axial est encore un peu élevé, mais elle ne tombe plus en arrière. Elle tire profit de l'attention portée sur ses compétences et la découverte de nouveaux schèmes moteurs.

La maturation neurologique du tout-petit se fait dans le sens de la loi céphalo-caudale et proximo-distale. Le tonus musculaire prend le même chemin et l'enfant peut maintenir son rachis dans l'axe lorsque l'appui du bassin est suffisamment stable.

À ce stade, le buste se haubane par des mouvements d'équilibration avant-arrière et il est prématuré de demander à l'enfant de maintenir seul une telle posture. Pourtant, dans la quête de rendre leur enfant autonome, les parents brûlent des étapes importantes du développement durant lesquelles il doit exercer sa motricité par des rotations et des torsions du buste en position allongée.

Mais le tout petit ne peut pas le faire assis seul calé avec des coussins, car dans cette position, ses muscles sont uniquement recrutés pour lutter contre la chute. On observe souvent des enfants utilisant le tonus pneumatique pour stabiliser son corps. Les mains ne peuvent alors plus explorer l'espace et les objets devant lui.

L'enfant n'est en mesure de tenir assis que lorsqu'il est capable de se mettre dans cette position et de s'en sortir seul. L'acquisition de ces passages est primordiale pour l'autonomie motrice.

### **Laurine ou la poésie offerte**

Laurine (8 ans) est la troisième fille de la fratrie, je la vois régulièrement tous les mois depuis six mois pour des angoisses importantes à l'endormissement, des douleurs abdominales, un prurit vulvaire (équivalent masturbatoire probable) avec des éléments un peu particuliers comme la nécessité absolue d'avoir des chaussettes pour pouvoir dormir. Sa mère sort d'une hospitalisation de longue durée pour dépression récidivante et la sœur de Laurine, Elise 15 ans, séjourne depuis un an dans un foyer pour des troubles oppositionnels avec une composante obsessionnelle.

Dans un premier temps, Laurine ne s'exprime pas directement et cherche les réponses à mes questions dans le regard triste et éteint de sa mère.

J'apprends assez vite par Laurine, quand je peux la recevoir seule, qu'elle attend le retour de sa mère quand celle-ci travaille du soir et qu'elle n'apprécie pas quand une dame vient la garder quand sa mère travaille du matin et que le père est déjà parti à 5 heures du matin.

Ses craintes tournent autour d'un incendie de la maison pendant son sommeil ou d'un accident de voiture retardant le retour de sa mère.

Me vient alors l'idée plutôt saugrenue de faire partager à Laurine, grâce à la connexion Internet, la célèbre chanson « J'attendrai ton retour »<sup>2</sup> dont je trouve la mélodie si émouvante dans la version

---

2 J'attendrai  
Le jour et la nuit, j'attendrai toujours  
Ton retour  
J'attendrai  
Car l'oiseau qui s'enfuit vient chercher l'oubli  
Dans son nid  
Le temps passe et court  
En battant tristement  
Dans mon cœur si lourd  
Et pourtant, j'attendrai  
Ton retour

de Jean Sablon (1939).

Deux mois plus tard, Laurine est rayonnante, s'endort très bien sans chaussettes. Elle amène son cahier de récitation pour, en retour, me faire partager un texte<sup>3</sup> qui l'a ému et qui selon moi – elle en est d'accord – résume bien nos rencontres qui « ponctuent » son évolution vers l'*autonomie psychique*. Ou comment que l'enfant, tout comme l'adulte, ont besoin de faire un détour par l'expérience artistique et poétique en trouvant appui sur de l'intersubjectif (1).

### **Sylvie ou l'enfance interminable**

Mais pourquoi ai-je accepté, moi pédiatre<sup>4</sup> de recevoir Mme V. la mère de Sylvie (42 ans) ? C'est apparemment sur le conseil d'une psychologue psychanalyste de ses amies qui n'ignore pourtant pas ma fonction. Sylvie séjourne depuis l'âge de 20 ans dans un FOA (foyer occupationnel pour adultes) : ce sera ma patiente la plus âgée, mais je décide d'emblée de ne pas la rencontrer. Une façon de limiter les difficultés ?

Sa mère (80 ans) me raconte qu'elle vient de perdre son mari et qu'elle est tutrice de sa fille (avec Marc, le frère de Sylvie, qui a 40 ans). Elle pense que sa fille a pu être l'objet d'attouchements ou de relations sexuelles dans sa chambre par un garçon (ou un homme ?) dans « une situation pas correcte », c'est du moins tout ce qu'elle a appris d'une stagiaire aide médico-psychologique de l'établissement. Rien ne prouve que Sylvie n'ait pas été consentante, voire demandeuse. Un entretien avec la directrice du FOA de X. ne lui a pas permis d'en savoir plus. Madame V. se sent inquiète et ne sait pas à qui s'adresser. Sylvie n'a pas de médecin traitant et les problèmes de contraception et de sexualité n'ont pas fait semble-t-il l'objet d'une réflexion entre Sylvie, sa mère et l'institution. Le test de grossesse est revenu négatif et Madame V. me dit : « On a échappé à un grand danger »

L'amour, la vie, la mort... Ce cas est certes caricatural de la guidance des parents d'enfant handicapés. Durant nos entretiens, cette mère prend des notes comme une étudiante ou une jeune maman ambivalente : la dramatisation de la symbiose et le respect de la liberté de sa fille handicapée, mais adulte, alternent dans sa tête. Il m'a semblé que je devais accepter cette ambivalence et travailler à faire cheminer cette mère vers plus de sérénité pour qu'elle puisse accepter pour sa fille une forme d'autonomie affective et sexuelle. Je lui propose à cet effet de visionner le film canadien *Gabrielle* (2) qui parle avec justesse de ces situations. Je l'engage à trouver un médecin généraliste pour Sylvie et à l'accompagner à des consultations du Planning Familial à la fois pour le choix d'une contraception, mais aussi pour prévoir à moyen terme un travail global avec l'institution devenue demandeuse.

---

### 3 Ponctuation

Un point d'interrogation  
Comment ? Une question ?  
Et un point d'exclamation  
Oh ! Quelle émotion !  
Sur mon écritoire,  
J'invente une histoire,  
J'aligne les mots  
Avec mon stylo.  
Hé hé hésitation ...  
Je rajoute une virgule  
Et regarde la pendule.  
Quand j'ai tout écrit,  
Alors je relis.  
L'histoire est jolie,  
Un point c'est fini.

Daniel Coulon.

4 Si je me suis dirigé vers la pédiatrie, c'est probablement inconsciemment pour ne pas me confronter trop souvent avec la mort et la sexualité et donc pour éviter ce type de situation !!

En fait, Freud a montré il y a déjà bien longtemps que le jeune enfant n'échappait à ces problématiques et la clinique pédiatrique de l'autonomie nous y conduit très souvent.

Les problématiques de Sylvie et de sa mère sont généralistes et existentielles et donc intéressent le pédiatre !!

L'autonomie, cheval de bataille des parents, leitmotiv de l'Éducation Nationale, mot-clé des associations de handicapés, n'est certes pas une notion bien claire, mais bien une tension entre dépendance, sujétion (hétéronomie) et liberté, indépendance ; une dialectique entre séparation et retrouvailles.

Littéralement « se régir par ses propres lois », le concept d'autonomie ne peut-être qu'un apprentissage, un processus jamais atteint, toujours en construction et en régressions au gré des événements qui jalonnent l'histoire du sujet. C'est la capacité à se conduire soi-même (3).

Dans l'atterrissage de son avion en plein désert, Saint-Exupéry file une métaphore très poétique mais surtout bien signifiante.

« Je est un Autre » (4) non pas dans la dissociation Rimbalienne, mais bien dans l'altérité nécessaire à la vie, dans la référence ineffaçable à son enfance, dans sa liberté bornée par celle de l'autre (Stuart Mill, Sartre), mais aussi les aléas des circonstances (le pilote perdu en plein désert n'a pas d'autre autonomie que celle du bébé relié à sa mère)

Philippe Meirieu (3) insiste sur la confusion chez l'écolier entre autonomie et débrouillardise favorisée par l'exemple des pratiques individualistes des adultes qui, connaissant les règles de fonctionnement de la Société, ne cherchent qu'à tirer leur épingle du jeu.

Miriam Rasse et Judith Falk (5) partant de l'expérience de Loczy nous expliquent que

« l'autonomie n'est pas une fin en soi et n'a de véritable valeur que si elle est accompagnée pour l'enfant par le plaisir de faire par soi-même » Les pièges en sont multiples : l'anticipation avec exigences de précocité ce qui conduit au conditionnement et à l'inverse le « laisser faire » qui entraîne chez l'enfant un sentiment d'abandon très néfaste.

Elle donnent de l'autonomie une définition qui nous plaît bien : « C'est avoir du plaisir à faire par soi-même et pouvoir décider de ce que l'on veut faire, donc savoir ce que l'on veut faire »

## **Bibliographie**

1- « L'intersubjectivité, un paradigme du processus thérapeutique » (*Enfance et Psy* n° 62 septembre 2014)

2- *Gabrielle*, film canadien de Louise Archambault (octobre 2013)

3- [www.meirieu.com/DICTIONNAIRE/autonomie.htm](http://www.meirieu.com/DICTIONNAIRE/autonomie.htm) (Site de Philippe Meirieu)

4- « Rimbaud à Paul Demeny » (*Lettre du Voyant*, 15 mai 1871)

5- « Qu'entend-on par autonomie chez un jeune enfant ? » (Miriam Rasse et Judith Falk, *Le journal des Professionnels de l'Enfance*, juillet et août 2005)