



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Camille Bouly et Anne-Sophie Lunet

soutenu publiquement en juin 2012 :

Portage et communication :

Que pourrions-nous observer lorsqu'un enfant présentant un handicap est porté en porte-bébé physiologique sur le développement de sa communication, sur ses interactions précoces ?

MEMOIRE dirigé par :

Laurence Wagnon, orthophoniste, CAMSP, Tourcoing

Marie-Pierre Lemoine, orthophoniste, SESSAD, Lille

Lille – 2012

ERRATUM : mémoire n°47

Portage et communication :

Que pourrions-nous observer lorsqu'un enfant présentant un handicap est porté en porte-bébé physiologique sur le développement de sa communication, sur ses interactions précoces ?

Références bibliographiques :

-Casler L. (janvier 1965). « The effects of supplementary verbal stimulation on a group of institutionalized enfants » in *Journal of child psychology and psychiatry*, Volume 6, Issue 1: p19-27.

-Geber M. (1998). *L'enfant africain dans un monde en changement. Etude ethno-psychologique dans huit pays sud - africains*. Paris:PUF.

-Hunziker U.A et Barr R.G. (1986), "Increased Carrying Reduces Infant Crying : a randomized Controlled Trial", *Pediatrics*, vol 77, n°5 :641-48.

-Marc V (1989), « L'enfant autistique au seuil de l'imaginaire », *Etudes psychothérapeutiques*, n°75 : p37-40.

-Piaget, J. (1926). *The language and thought of the child*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.

Wallon H. (1934), *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*. Paris : PUF.

Contenu du mémoire :

-P19 : Stern (1981)

-P49 : faute d'orthographe : « correct »

-P59 : faute d'orthographe : « Chaque enfant a un référent médical et thérapeutique qui est l'interlocuteur privilégié des parents. »

-P69 : mot manquant « permettre »

-P85 : « ses frères et sa sœur »

-P95 : tableau « -Mme D. et Mme T. ne sont pas formées, mais Mme D. informe et propose aux parents de participer à l'atelier. »

-P99 : tableau :

Ophélie	A été portée pendant environ deux semaines à Noël 2009.	Obtenir une position adéquate pour Ophélie qui souffrait d'une luxation des hanches.	Réassurance Côté pratique	Echanges verbaux et non verbaux. Découverte de l'environnement. Attention conjointe.
----------------	---	--	----------------------------------	--

-Annexe p 135 : compréhension de phrases acquise

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui nous ont apporté de l'aide et permis la réalisation de ce mémoire.

Nous remercions Mme Wagnon, pour ses enseignements, ses conseils, son écoute, sa disponibilité et pour avoir encadré ce mémoire et nous avoir accueillies en stage tout au long de l'année.

Nous remercions Mme Lemoine pour son soutien, son écoute, les informations qu'elle nous a transmises, sa disponibilité et pour avoir encadré ce mémoire.

Nous remercions Mme Noël, Mme Dorme, Mme Motte et Mme Thiébaud pour nous avoir consacré du temps, pour leur aide, leurs informations concernant le portage.

Nous remercions les parents des enfants pris en charge au CAMSP de Tourcoing pour nous avoir consacré du temps, pour leur patience, leur accueil et les informations qu'ils nous ont apportées.

Nous remercions l'ensemble des professionnels du CAMSP pour leur accueil, leur disponibilité.

Nous remercions Guillaume Guerid, fondateur de l'association « porter son bébé tout un art », Céline Guérand-Frénaïs, présidente de L'AFPB, Ingrid Van Den Peereboom, fondatrice de l'association « Peau à peau Belgique », pour leur aide et leurs conseils.

Nous remercions nos maîtres de stage pour nous avoir accueillies en stage tout au long de l'année, pour leur disponibilité, pour les informations et les enseignements qu'elles nous ont transmis.

Résumé :

Dès sa naissance et même déjà lors de la grossesse, un enfant est porté physiquement et psychiquement.

Le porte-bébé physiologique est une manière de porter physiquement son enfant. Il apporte une installation adéquate à l'enfant et lui permet de se sentir soutenu, enveloppé en sécurité. Il constitue alors un soin maternant accompagnant le développement global de l'enfant.

Dans ce mémoire, nous nous sommes intéressées au portage physiologique et à ce qu'il pouvait apporter aux enfants porteurs de handicap, de 0 à 3 ans, au niveau de leur communication et de leurs interactions précoces. Pour cela nous avons observé des enfants suivis au CAMSP de Tourcoing, un temps portés et un temps non portés, et interviewé des professionnels formés ou sensibilisés au portage. Nous nous sommes basées sur des grilles d'observations et des entretiens semi dirigés pour analyser nos résultats.

Notre travail entre dans le cadre de la prise en charge précoce d'enfants porteurs de handicap. Chez ces enfants, les interactions précoces et la communication peuvent être perturbées. L'accompagnement parental est un point important du suivi orthophonique. Le portage physiologique pourrait alors être proposé en tant qu'outil facilitant les échanges verbaux et non verbaux, la communication de ces enfants avec leur entourage, dans le cadre d'un projet pluridisciplinaire. Il apporte une proximité corporelle permettant aux parents de percevoir les capacités et les besoins de leur enfant et favorise les interactions dans des moments de bien-être mutuel. La communication, ancrée dans des situations de plaisir, peut être facilitée.

Mots-clés :

Orthophonie

Jeune enfant (de 0 à 3 ans)

Communication

Interactions précoces

Handicap

Portage

Abstract :

During the birth and all along the pregnancy, a child is physically and mentally carried.

Physiological baby carrier is a way of physically carrying the child. It gives an appropriate installation to him and it permits him to feel support and safety wrapped. Therefore, it constitutes a mothering care which accompanies the global development of the child.

In this dissertation, we focus on the physiological baby support and what it could bring to the zero to three-years-old disabled children, about their communication and their precocious interactions. For that, children, who were both carried a time and were not carried another time, have been observed at the CAMSP of Tourcoing. Professionals were also interviewed. In order to analyze the results, we used observation charts and semi structured interview.

Our work is part of the early intervention of children with handicap. With these children, the communication and early interactions can be disturbed. Parental guidance is an important point from speech therapy intervention. So physiological babywearing could be suggested as a way to making verbal and non verbal exchanges easier,

It gives a physical proximity which permits to the parents to see the capabilities and the needs of their child and interactions in moments of mutual well-being. Communication, fixed in situation of pleasure, might be easier.

Keywords :

Speech therapy

Early interaction

Communication

Handicap

Babywearing

Young child (from 0 to 3 years)

Table des matières

Introduction.....	9
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	11
1. Les interactions précoces parents/bébés.....	12
1.1. Pour un enfant tout-venant.....	12
1.1.1. Quelques définitions:.....	12
1.1.2. Deux partenaires actifs.....	13
1.1.2.1. Les compétences du nourrisson.....	13
1.1.2.2. Les partenaires de l'interaction.....	14
1.1.3. Les quatre stades de l'interaction.....	15
1.1.4. Les six principes de l'interaction.....	16
1.1.5. Les trois niveaux d'interaction.....	17
1.1.5.1. Interactions comportementales :.....	17
1.1.5.2. Interactions affectives :.....	19
1.1.5.3. Interactions fantasmatiques :.....	22
1.2. Pour un enfant porteur de handicap.....	22
2. Le développement de la communication et du langage.....	25
2.1. Chez l'enfant tout-venant.....	25
2.1.1. Période pré-linguistique:.....	25
2.1.2. La période linguistique :.....	29
2.2. Chez l'enfant avec handicap :.....	31
2.2.1. Surdité :.....	31
2.2.2. L'autisme :.....	31
2.2.3. La d�ficiency mentale:.....	32
2.2.4. Infirmité motrice cérébrale :.....	32
2.2.5. D�ficiency visuelle.....	32
3. Le portage.....	33
3.1. Le portage à travers les siècles et à travers les cultures :.....	34
3.2. Les différents porte-bébés:.....	38
3.2.1. Types de porte-bébés :.....	38
3.2.2. Différentes familles de porte-bébés.....	39
3.2.3. Modes de portage :.....	40
3.3. Avantages et besoins.....	41
3.3.1. Pour l'enfant tout-venant :.....	42
3.3.1.1. Aspects physiologiques :.....	42
3.3.1.2. Aspects sensorimoteurs :.....	42
3.3.1.2.1. <i>Le toucher</i> :.....	42
3.3.1.2.2. <i>Système vestibulaire et développement moteur</i> :.....	44
3.3.1.2.3. <i>Vision</i> :.....	44
3.3.1.2.4. Aspect psycho-affectif :.....	45
3.3.1.2.5. <i>Portage et pleurs</i> :.....	45
3.3.1.2.6. <i>Portage et sommeil</i> :.....	46
3.3.1.2.7. Portage et ouverture au monde :.....	46
3.3.1.2.8. Portage et attachement :.....	47
3.3.2. Pour l'enfant avec déficit :.....	48
3.3.2.1. Portage et difficultés physiques :.....	48
3.3.2.2. La prématurité :.....	49
3.3.2.3. Enfants porteurs de trisomie 21 :.....	50
3.3.2.4. Enfants sourds :.....	51

3.3.2.5. Enfants autistes :.....	51
3.3.2.6. Enfants adoptés ou placés:.....	51
3.3.2.7. Déficience visuelle chez l'enfant:.....	52
3.3.2.8. Enfants IMC:.....	52
3.3.2.9. Enfants avec reflux :.....	52
3.3.3. Pour les parents :.....	52
4 Portage, interactions et communication.....	54
5. Conclusion de la partie théorique :.....	56
6. Buts et hypothèses:.....	57
Sujets, matériel et méthode.....	58
1.Présentation de la population : critères d'inclusion et d'exclusion.....	59
1.1.Présentation du CAMSP :.....	59
1.2.Présentation des professionnels et des enfants rencontrés :.....	60
1.3. Le groupe « babillage dans un salon de massage autour du portage » :...	61
1.4.Le groupe « portage » :.....	61
2.Méthode :.....	62
2.1.Recueil et construction des données :.....	62
2.2.La grille d'observation :.....	62
2.3.Les entretiens semi-dirigés :.....	63
2.3.1.Entretiens adressés aux parents :.....	64
2.3.2.Entretiens adressés aux professionnels du CAMSP :.....	64
2.4.Méthode d'analyse des données :.....	65
Résultats.....	66
1.Observations des enfants :.....	67
1.1.Compte-rendu de chaque enfant :.....	67
1.1.1.Marie :.....	67
1.1.1.1.Anamnèse :.....	67
1.1.1.2.Séance 1 : le 30/06/11.....	68
1.1.2.Nahil :.....	69
1.1.2.1.Anamnèse :.....	69
1.1.2.2.Questionnaire du 29/09/2011 :.....	69
1.1.2.3.Séance 1 : le 29/09/2011 :.....	70
1.1.3.Alice :.....	71
1.1.3.1.Anamnèse :.....	71
1.1.3.2.Questionnaire du 13/10/11 :.....	71
1.1.3.3.Séance 1 : le 13/10/11.....	72
1.1.3.4.Séance 2 : le 15/12/11.....	73
1.1.4.Louise:.....	74
1.1.4.1.Anamnèse:.....	74
1.1.4.2.Questionnaire du 27/09/11 :.....	74
1.1.4.3. Séance 1 : 27/09/11.....	75
1.1.4.4.Séance 2 : 29/11/11 :.....	76
1.1.5.Marine :.....	77
1.1.5.1.Anamnèse :.....	77
1.1.5.2.Questionnaire du 09/02/12 :.....	77
1.1.5.3.Questionnaire du 06/03/12 :.....	78
1.1.5.4.Séance 1 : le 09/02/12.....	78
1.1.5.5.Séance 2 : le 06/03/12 :.....	79
1.1.6.Ophélie :.....	80
1.1.6.1.Anamnèse :.....	80
1.1.6.2.Questionnaire du 29/09/11 :.....	80

1.1.6.3.Séance 1 : le 29/09/11.....	81
1.1.6.4.Séance 2 : le 06/12/11.....	83
1.1.6.5.Séance 3 : le 02/02/12.....	84
1.1.7.Sonia :.....	85
1.1.7.1.Anamnèse:.....	85
1.1.7.2.Questionnaire du 24/11/11:.....	85
1.1.7.3.Séance 1 : le 24/11/11.....	86
1.1.7.4.Séance 2 : le26/01/12.....	87
1.1.7.5.Séance 3: le 23/02/12.....	87
1.1.8.Tom.....	89
1.1.8.1. Anamnèse:.....	89
1.1.8.2.Questionnaire du 12/12/11 :.....	89
1.1.8.3.Séance 1 : le 12/12/11.....	90
1.1.8.4.Séance 2 : le 06/02/12.....	90
1.2.Intérêts du portage pour les enfants :.....	93
2.Objectifs des professionnels du CAMSP :.....	94
2.1.Objectifs du portage :.....	94
2.2.Objectifs du groupe « Portage » :.....	96
Discussion.....	97
1.Rappel des résultats :.....	98
2.Confrontations des résultats avec la théorie et les hypothèses :.....	100
2.1.Confrontation des résultats avec la théorie :.....	100
2.2.Validation ou invalidation des hypothèses :.....	101
3.Evolution de notre démarche :.....	102
3.1.La population :.....	102
3.2.Outils d'observation :.....	103
3.2.1.Grille d'observation :.....	103
3.2.2.Entretiens :.....	104
4.Critiques :.....	104
4.1.Biais d'échantillonnage.....	104
4.2.Biais d'exécution et de recueil des données :.....	105
4.2.1.La situation d'observation :.....	105
4.2.2.Le temps d'observation :.....	106
4.2.3.Les entretiens :.....	106
4.3.Biais d'analyse :.....	107
5.Intérêt orthophonique du mémoire:.....	108
Conclusion.....	110
Bibliographie.....	112
Liste des annexes.....	117
Liste des annexes :.....	118
Annexe n°1 : familles de porte-bébé.....	118
Annexe n°2 : modes de portage.....	118
Annexe n°3 : entretien adressé aux professionnels du CAMSP.....	118
Annexe n°4 : entretien adressé à l'orthophoniste.....	118
Annexe n°5 : entretien adressé aux parents d'enfant non porté.....	118
Annexe n°6 : entretien adressé aux parents d'enfant porté.....	118
Annexe n°7 : grille d'observation de Marie.....	118
Annexe n°8 : grille d'observation de Nahil.....	118
Annexe n°9 : grilles d'observation d'Alice.....	118
Annexe n°10 : grilles d'observation de Louise.....	118

Annexe n°11 : grilles d'observation de Marine.....	118
Annexe n°12 : grilles d'observation d'Ophélie.....	118
Annexe n°13 : grilles d'observation de Sonia.....	118
Annexe n°14 : grilles d'observation de Tom.....	118

Introduction

Le développement global du jeune enfant, et en particulier celui de son langage et de sa communication dépendent de deux facteurs essentiels : le contexte environnemental et les capacités intrinsèques de l'enfant. Lorsqu'un enfant naît avec un handicap, les interactions précoces risquent d'être perturbées par un vécu difficile durant la grossesse, l'accouchement ou en raison du handicap même de l'enfant. Le langage et la communication peuvent en être affectés.

En tant qu'orthophoniste, intervenir auprès d'un très jeune enfant porteur d'un handicap conduit à prendre en compte l'enfant dans le développement de sa communication et de son langage mais également la dimension relationnelle qui le lie à ses parents et à son entourage proche dans le développement des interactions précoces. Il s'agit alors de veiller au développement satisfaisant de l'enfant tout en accompagnant ses parents afin de leur faire percevoir le potentiel de leur enfant ainsi que leurs compétences parentales. L'accompagnement parental est donc un point clé de la prise en charge précoce qui nous permet d'articuler le travail thérapeutique autour de leur savoir faire avec leur enfant.

Durant sa petite enfance, que ce soit pour les déplacements, l'allaitement, les câlins..., un enfant a souvent l'occasion d'être porté par son entourage, à bras ou en porte-bébé. Il s'agit d'un moment privilégié au cours duquel les interactions précoces et la communication de l'enfant avec son porteur sont favorisées. Ceci nous amène à proposer le portage dans le cadre de l'éducation précoce d'un enfant porteur de handicap.

Dans une première partie, nous présenterons les interactions précoces mère-enfant et leur importance dans le développement de l'enfant, tout-venant ou porteur de handicap. Puis nous rappellerons les étapes du développement langagier et communicationnel de l'enfant et les difficultés qui peuvent être rencontrées lorsque l'enfant est porteur de handicap. Enfin nous tâcherons de définir le portage dans sa globalité et l'intérêt que celui-ci peut avoir dans la prise en charge précoce d'un enfant porteur de handicap et dans l'accompagnement parental.

Dans une deuxième partie, nous développerons la méthodologie de notre travail en présentant les enfants observés, de 0 à 3 ans porteurs de handicap et accueillis au CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), nos outils d'observation ainsi que nos résultats.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Les interactions précoces parents/bébés

1.1. Pour un enfant tout-venant

1.1.1. Quelques définitions:

Le terme d'interaction a été introduit en premier par Bowlby dans un article « La nature du lien de l'enfant à sa mère » en 1958 : l'échange avec la mère n'est pas simplement fondé sur la gratification orale et sa réduction de tension. Il existe de nombreux modes de réponses primaires qui sont des réponses instinctives comme la succion, le grasping, les pleurs, le sourire.

De plus, selon Winnicott (1957), « un bébé ne peut exister seul, il fait essentiellement partie d'une relation ». Ainsi, la communication émotionnelle et affective existe d'emblée chez le nouveau-né et les interactions entre ce dernier et sa mère sont immédiates. Les premiers jours qui suivent la naissance représentent une période sensible où la mère est particulièrement apte à établir un lien d'attachement avec son bébé. Cette communication est primordiale et déterminante pour l'ensemble de la vie psychique de l'enfant.

Lewis et al., en 1989 (cité par Cartron et Winnykamen, 1995 p20) définissent les interactions comme des « comportements ou un ensemble de comportements qui sont observables et donc quantifiables chez deux partenaires dont les actions de l'un déterminent les actions de l'autre. Les relations sont inférées à partir des interactions mais sont difficiles à définir ».

Cartron, Winnykamen (1995, p21) parlent d'interaction sociale et la définissent comme étant une « situation où les individus en présence ont une action réciproque l'un sur l'autre à propos d'un référent ou d'une réalisation partagée et par un canal accessible aux différents individus en présence. Cela implique que l'action de A ait un effet sur celle de B qui en retour agit sur celle de A ». L'interaction sociale est donc un système régi par des règles, orienté vers un but et dans lequel les deux partenaires participent activement.

1.1.2. Deux partenaires actifs

De nos jours, le concept de relation mère-nourrisson a évolué grâce aux connaissances sur le fonctionnement de chaque partenaire et leur rôle respectif dans la dynamique interactive.

L'interaction parent-nourrisson est donc constituée de l'ensemble des processus bidirectionnels, où le nourrisson est soumis aux influences des parents mais il est également à l'origine de modifications chez eux.

Mazet et Stoleru (2003, p106) développent le modèle de la spirale interactionnelle entre la mère et le bébé. Il s'agit de l'accordage entre une mère et son bébé en ce qui concerne la personnalité, l'état psychologique et les disponibilités actuelles, la relation et la réactivité des deux partenaires qui sont actifs.

Ainsi chaque partenaire a un rôle respectif et la réciprocité, l'harmonie et la mutualité des interactions sont fonction de différents facteurs. Cette spirale représente la dynamique des interactions dans le temps et dont l'aboutissement est l'attachement. Il n'y a pas un partenaire unique, organisateur de la relation mais deux partenaires qui s'influencent l'un l'autre.

1.1.2.1. Les compétences du nourrisson

Ces compétences varient selon l'état de vigilance du nourrisson. Le bébé et la mère exercent un contrôle, une influence sur ces états de vigilance.

L'enfant possède des compétences sensorielles telles que visuelles, auditives, olfactives et gustatives, des compétences motrices essentiellement réflexes comme les réflexes de succion, de grasping..., des compétences sociales comme le sourire, le regard, les pleurs... Le nouveau-né bouge au rythme de la voix humaine et réagit aux stimuli extérieurs puis deviendra capable d'imiter autrui.

En outre, il ne faut pas négliger les capacités d'apprentissage du bébé : il peut très vite reconnaître une situation, l'anticiper et donc l'exploiter. Cette capacité d'apprentissage n'est possible que grâce à un environnement adéquat et se développe à travers les interactions. Pour apprendre, il faut suffisamment de sécurité et de soutien pour que le bébé mette à profit ses disponibilités.

1.1.2.2. Les partenaires de l'interaction

Les parents, durant la grossesse et l'accouchement sont sujets à un ensemble de remaniements psychiques qui va leur permettre la mise en place des comportements adaptés pour assurer les soins affectifs, psychiques et matériels dont leur bébé a besoin.

Selon Winnicott (1957), la mère sait s'occuper de son bébé de façon naturelle : elle est le partenaire privilégié du bébé et ces deux partenaires constituent une seule unité entrelacée au début. Il s'agit de la symbiose. Cette mère possède des compétences maternelles qui vont lui permettre de répondre aux besoins de son enfant et d'être une mère « suffisamment bonne ». En utilisant son visage, sa voix, son corps, ses mains, elle constitue le premier contact, la première expérience du bébé avec le monde extérieur. En 1956, Winnicott s'est intéressé à ce qui rendait un bébé plus ou moins réceptif. Il se penche sur une période de sensibilité aiguë appelée « état psychiatrique de préoccupations maternelles primaires ». Cet état, dont les mères ne se souviennent que très rarement, correspond aux identifications conscientes et inconscientes vis-à-vis de leur bébé.

Il est important de satisfaire les besoins du nourrisson de manière adaptée, dans une certaine continuité temporelle pour permettre alors à celui-ci de ressentir une « brève expérience d'omnipotence » et ce n'est que dans cet état de préoccupations maternelles que cela peut se faire selon Winnicott.

Un bon environnement est donc nécessaire au bon développement de l'enfant et à sa maturation.

En outre, une étude entreprise par Tronick et al. (1978) a prouvé la dépendance primordiale de l'enfant vis-à-vis de l'enveloppe de la mère et de sa réponse prévisible. Lors de cette situation, la mère jouait pendant trois minutes avec son bébé puis partait brutalement. Elle revenait pendant trois minutes avec, cette fois, un visage impassible : le bébé tentait alors, de façon répétée, d'obtenir une réponse de la mère. Puis l'enfant prenait une expression sombre, se détournait de la mère pour enfin se replier sur lui-même.

Selon Winnicott (1957), le père est nécessaire à la maison pour aider la mère à se sentir bien dans son corps et dans son esprit. Un enfant est très sensible aux relations entre ses parents. L'union du père et de la mère fournit une base solide autour de laquelle l'enfant va pouvoir se construire.

Le père enrichit beaucoup le monde de l'enfant : c'est l'autre qui permet à l'enfant de passer d'une relation duelle avec la mère à une relation triangulaire.

D'autres partenaires tels que les grands-parents, la fratrie, la famille élargie peuvent jouer également un rôle important dans les interactions précoces de façon directe ou non.

1.1.3. Les quatre stades de l'interaction

Les capacités cognitives, affectives et motrices poussent le bébé à être plus indépendant et plus ouvert aux acquisitions, tout en étant dépendant de la base solide constituée par les parents.

Brazelton et Cramer (1990, p144-147), décrivent quatre stades de l'interaction précoce :

- Le contrôle homéostatique qui correspond au contrôle que le bébé doit avoir sur son système d'input et d'output : être capable de se fermer autant que de recevoir les stimuli. Il doit aussi contrôler ses propres états et systèmes physiologiques : attention, activité motrice, état de conscience, réactions autonomes. Le travail des parents est alors d'apprendre à maintenir l'attention du bébé et de réguler l'input.

- Le prolongement de l'attention à travers lequel l'enfant apprend à utiliser les signaux des adultes pour maintenir son éveil. Il utilise également ses capacités en progrès rapide tels que les sourires, les vocalises, les expressions du visage, les signaux moteurs pour indiquer sa réceptivité et pour obtenir une réponse de sa mère. La mère est alors très sensible aux réactions de son bébé.

- L'expérience des limites qui se produit lors d'un dialogue prolongé entre les parents et l'enfant. Ceux-ci apprennent peu à peu à se découvrir, à connaître le comportement de l'autre, à s'accorder réciproquement. Dans leur état prolongé d'accord mutuel, la mère et le bébé peuvent jouer à des jeux sériels : sourires, vocalises, caresses en réponse.

Selon Stern (1981), c'est par ces jeux que le bébé explore ses contrôles internes et est capable de s'accorder à l'autre ; la mère, quant à elle, est confortée dans la capacité à comprendre son enfant et à encourager son développement.

- L'émergence de l'autonomie qui est définie par les capacités du bébé à émettre des signaux et les parents à les encourager : vers 4-5 mois pendant le repas, l'enfant s'arrête pour examiner son environnement par exemple. L'enfant vérifie au début que ses parents sont toujours attentifs. Ce contrôle de leur attention lui permet, peu à peu de se séparer et de devenir indépendant.

1.1.4. Les six principes de l'interaction

Brazelton et Cramer (1990, p151-157) développent six caractéristiques qui rendent possible le développement précoce de l'attachement. Le bébé commence à intérioriser les contrôles qui sont nécessaires pour expérimenter l'émotion, mais il apprend aussi ce qu'il faut faire pour provoquer des réponses émotionnelles chez les autres.

- La synchronie : en apprenant le langage du bébé, ses états, son attention, son activité motrice, l'adulte s'adapte et synchronise ses propres états d'attention avec ceux du bébé. Une fois engagé dans la communication synchrone, le bébé peut découvrir que le parent est un être fiable et sensible, il va alors commencer à participer au dialogue.

- La symétrie : le bébé est capable d'attention, a une personnalité, des préférences pour certains signaux reçus et pour certaines réponses influençant l'interaction. Mais il est tout de même dépendant de l'adulte et façonné par celui-ci qui initie le plus souvent la communication.

- La contingence : c'est la capacité de la mère à adapter ses réponses en fonction de celles du bébé et à développer un répertoire selon que les réponses sont efficaces ou non. La contingence exige de la disponibilité de la part de la mère et permet l'accordage affectif.

- L'entraînement : ce stade est possible quand la synchronie est établie. L'enfant et l'adulte se mettent à anticiper leurs réponses dans de longues séquences. Il s'établit alors un rythme.

- Le jeu : les jeux décrits par Stern (1981) dans les dyades mère-enfant de 3 ou 4 mois sont fondés sur l'entraînement.

Ces jeux comme les sourires, les vocalises réciproques... se déroulent en séquences de trois ou quatre échanges : dans chaque séquence il y a un ensemble de règles établies et reconnues par chacun des participants. Le bébé se découvre lui-même et la mère apprend à entretenir l'attention du bébé.

- L'autonomie et la flexibilité : la synchronie, l'entraînement, les réponses contingentes des parents renforcent les différentes capacités du bébé qui réalise qu'il peut contrôler les interactions. L'autonomie se développe quand le bébé est assuré d'avoir une réponse prévisible de la part du parent. Une interaction précoce saine est visible lorsque les deux partenaires ont la capacité de s'adapter, d'être flexible.

1.1.5. Les trois niveaux d'interaction

En s'adressant à ses parents par les sons, les sourires..., le nourrisson influence la qualité et la quantité des soins qu'il reçoit d'eux.

On distingue trois niveaux d'interaction : comportementales, affectives et fantasmatiques.

1.1.5.1. Interactions comportementales :

Elles sont caractérisées par l'agencement du comportement du nourrisson avec celui de sa mère. Ce dialogue tonique évolue pour chaque couple : chacun des partenaires, par ses postures, son tonus musculaire, participe aux moments de détente corporelle, de raidissements...

Selon Bruner et al.(1978), les expressions faciales et les comportements sont des unités expressives fondamentales. Ces interactions comportementales vont s'exprimer par différents canaux.

- Les interactions corporelles et cutanées englobent les échanges où l'enfant est tenu par la mère et sa façon d'y répondre. On parlera alors d'ajustement corporel qui est une composante du holding, concept introduit par Winnicott. Cela correspond à la mère qui, en portant son enfant et en le protégeant des diverses agressions, a un rôle de socle pour la construction de l'enfant. En effet, les bébés sont très sensibles à la manière dont ils sont portés : ils peuvent pleurer avec une personne et être contents avec une autre.

Winnicott développe aussi le « handling » qui est la manière dont l'enfant est soigné et manipulé par sa mère. De ces manipulations découle également la construction de l'enfant : il met en correspondance son corps et son esprit ce qui favorise son développement psychologique et physique. Cela permet aussi les premiers ajustements posturaux de l'enfant à ses partenaires d'interactions par son tonus, sa motricité.

L'« object presenting » est la manière de présenter l'objet à l'enfant.

Les contacts peau à peau sont également très importants. Il s'agit de caresses, de chatouillements, de baisers, de massages.

Une étude sur le développement des comportements de tendresse, citée par M. Maury (2005), a mis en évidence qu'un enfant de 7-8 mois répond aux bras tendus de l'adulte en tendant lui-même les bras, et à la fin de la première année il initie cet échange.

Dans ces interactions, on inclut également le sourire qui est gratifiant à l'égard de la mère ou d'un autre partenaire.

- Les interactions visuelles, notamment durant l'allaitement, correspondent à des jeux de regards mutuels. Ce mode de communication privilégié contribue à faire disparaître le caractère étranger de l'enfant pour la mère et inversement le rôle de miroir du visage maternel permet au nourrisson l'acquisition d'affects divers et de l'image de soi.

- Les interactions vocales par les sons, constituent le premier langage du nourrisson. Pour Sander et Julia (1966) c'est une sorte de « cordon ombilical acoustique » car elles déclenchent des affects et poussent la mère à agir afin de mettre un terme à la détresse supposée. Le bébé déclenche l'interaction et suscite ainsi la proximité avec sa mère.

Quant à cette dernière, elle s'adapte au nourrisson en utilisant le « motherese » qui est « le parler bébé ». Les travaux de Stern (1981) sur la prosodie maternelle ont démontré une évolution de celle-ci au fil des mois : simplification syntaxique, répétition des mots, lenteur, augmentation de la hauteur du timbre. On a également constaté que le nouveau-né paraissait entraîné dans sa motricité par le langage maternel et en synchronie avec la parole de la mère. Il est donc sensible aux caractéristiques physiques du langage alors que le contenu du discours est encore incompréhensible pour lui.

1.1.5.2. Interactions affectives :

Elles concernent l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Les affects et les émotions se transmettent à travers les paroles, les mimiques, les comportements et les expressions.

Grâce à sa capacité d'empathie la mère perçoit ce que ressent le bébé et propose une interprétation. Elle fait également part de son ressenti à son enfant en lui parlant. Le nourrisson fait alors l'expérience de sa vie émotionnelle avant l'apparition du langage.

Le bébé, à son tour, perçoit l'état affectif de sa mère.

Dans les situations favorables on observe ce que Stern (1981) a décrit sous la notion d'« accordage affectif » qui est « l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé, sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne » (1981 p185). La mère répond par un affect équivalent à un affect quelconque exprimé par le bébé : intérêt, dégoût, détresse, surprise...

Selon Bowlby (1992, p 20), le bébé serait programmé, dès sa naissance, pour rechercher les contacts interpersonnels. Les relations avec autrui sont pour lui nécessaires : « A la naissance, l'enfant est loin d'être une tabula rasa [...] il est équipé d'un certain nombre de systèmes comportementaux prêts à être activés [...]. Parmi ces systèmes, il y en a déjà quelques-uns qui fournissent les pierres de l'édifice du développement ultérieur de l'attachement »

Le processus d'attachement consiste alors pour le bébé à rechercher la proximité et le maintien de celle-ci quand il l'obtient, avec une figure d'attachement privilégiée, la mère le plus souvent. En fonction de l'attitude de celle-ci, l'enfant élabore, dès la première année de sa vie, des stratégies adaptatives qui consistent à activer de façon plus ou moins importante son système d'attachement. Il construit en même temps des représentations de lui-même et des autres qui influencent sa perception et son comportement durant son existence.

En outre, Bowlby rejette la théorie de Freud (1905) qui dit que l'attachement est lié simplement au nourrissage et à la sexualité.

Il y aurait une autre composante fondamentale qui est le besoin d'explorer son environnement, de jouer, de participer à des activités avec autrui, de contact tactile.

Selon Ainsworth, collaboratrice de Bowlby, durant le premier trimestre, le nourrisson développe des conduites différenciées selon si c'est sa mère ou quelqu'un d'autre qui se trouve en face de lui. Durant le quatrième trimestre, il utilise sa mère comme « base de sécurité », « base d'exploration » de l'environnement. A ce moment, il y a donc deux désirs contradictoires de la part de l'enfant : d'une part s'éloigner de la mère pour explorer, d'autre part maintenir un contact avec celle-ci.

M.Ainsworth (1969-1971), a mis au point une expérience nommée la « Situation Etrange ». Il s'agit d'activer, auprès d'un enfant âgé d'un an, des comportements d'attachement, en provoquant un stress par le départ et le retour de son parent. La situation se compose de huit épisodes (départ-retour) de trois minutes chacun, dont certains se déroulent en présence d'un inconnu. A la suite de cette expérience, on observe trois types d'attachement :

- enfant d'attachement sécure : en présence de la mère il explore activement alors qu'en l'absence de sa mère il manifeste un manque en allant souvent vers la porte par exemple. Lors des retrouvailles le bébé avance vers sa mère.

- enfant d'attachement insécure : cet enfant ne manifeste pas ou peu de détresse en situation étrange. Il explore aussi bien pendant les séparations que pendant les retrouvailles.

- enfant d'attachement non sécurisé ambivalent/résistant : il est préoccupé par sa mère pendant toute la situation étrange, mêlant dans les épisodes de retrouvailles une résistance et des expressions de détresse, ou une émotivité accentuée.

Cette expérience permet à Ainsworth de dégager également trois profils de mères : mères sensibles, aléatoires et rigides.

Quelques années plus tard, Mary Main et al. (1986) ont ajouté une quatrième catégorie : les enfants d'attachement désorganisés ou désorientés qui ne réagissaient pas de manière prévisible à la situation étrange.

Les enfants d'attachement désorganisé ne montrent aucune stratégie d'attachement cohérente pour accéder à leur mère en situation de détresse. Ils ne parviennent pas à utiliser leur mère pour réguler leurs émotions et comportements. Lors des retrouvailles, ils ont peur et sont déconcertés à l'approche de leur mère (Main & Solomon, 1990). Ce type d'attachement se retrouve quand les parents sont effrayés ou quand ils ont des comportements effrayants avec leur enfant. On a pu observer que les enfants perturbés par exemple ceux victimes de négligence ou de violence, appartenaient souvent à cette catégorie. L'enfant se retrouve alors dans une situation paradoxale, puisque ce qui doit être sécurisant va causer la crainte.

Il y a donc deux nécessités primaires pour un lien d'attachement sécure : la fiabilité de la figure d'attachement et la prévisibilité de ses réactions.

Spitz (1968) développe le concept de l'angoisse du huitième mois qui est un changement dans le comportement de l'enfant envers autrui. Si un inconnu s'approche de lui, cela déclenche un comportement typique qui est le refus de contact avec plus ou moins d'angoisse. L'enfant a alors peur d'avoir perdu sa mère, ce qui signifie qu'il a identifié sa mère en tant que personne : c'est une relation objectale qui s'est établie entre les deux partenaires. La mère va répondre à l'angoisse de l'enfant et c'est de la qualité de ce premier attachement, suffisamment sécure, que dépend par la suite la possibilité pour l'enfant de pouvoir s'attacher à d'autres figures et d'aller vers les autres. C'est le moment où l'enfant va structurer son « moi » et la façon dont cette instance psychique est organisée sera déterminée par la manière dont les stimuli extérieurs et intérieurs auront été maîtrisés.

Pour Mélanie Klein (1932), lorsque l'enfant est capable de reconnaître sa mère en tant qu'objet total, comme un individu à part entière, il est capable de mieux gérer sa frustration et d'avoir une relation plus confiante avec le monde extérieur.

Selon Zazzo R. (p226, 1979) : « La théorie de l'attachement peut se formuler ainsi : la construction de premiers liens entre l'enfant et la mère, ou celle qui en tient lieu, répond à un besoin biologique fondamental ; il s'agit d'un besoin primaire, c'est-à-dire qui n'est dérivé d'aucun autre. »

Pour conclure, l'attachement représente une base nécessaire pour que l'enfant puisse de façon relativement autonome faire face à des situations nouvelles, en particulier en ce qui concerne le développement social, et se donne les moyens d'entrer en contact avec ses pairs.

1.1.5.3. Interactions fantasmatiques :

L'interaction fantasmatique (Lebovici S, 1983) est l'étude de la manière dont les fantasmes de chacun trouvent leurs expressions dans l'interaction et interagissent entre eux. On considère donc que les partenaires de la dyade ont des vies mentales et que ce n'est pas uniquement leurs comportements observables qui traduisent leurs états affectifs.

Du côté de la mère qui soigne son bébé, on parle des effets de l'enfant imaginaire qui se développe avec le désir d'enfant et la grossesse. L'enfant fantasmatique naît des fantasmes maternels concernant l'enfant à venir puis l'enfant né. Il fait appel au passé des parents et aux conflits conscients et inconscients. Face à l'enfant réel, la mère a toujours en tête l'enfant imaginaire : tout ceci va influencer les bases de la relation et les soins qu'elle lui porte.

Du côté de l'enfant, la vie fantasmatique tient compte de ses capacités à transformer ses hallucinations de l'objet qui fait défaut en représentations. C'est en mémorisant les nombreux messages véhiculés par la mère dans ses interactions que le bébé va orienter sa vie fantasmatique, ses valeurs, la définition du plaisir et du danger. Le bébé peut alors anticiper les réactions de sa mère et a la sensation d'exister de façon continue. La symbiose mère-enfant soutient le développement précoce de l'enfant et favorise son individualité. Le père quant à lui, joue le rôle de tierce personne qui permet à l'enfant de s'ouvrir au monde extérieur.

Ces interactions fantasmatiques permettent ainsi de mieux comprendre les interactions précoces du bébé et de ses partenaires notamment par le travail thérapeutique des consultations parents-enfant.

1.2. Pour un enfant porteur de handicap

Certains patterns interactifs peuvent indiquer des problèmes développementaux potentiels comme des signes d'insensibilité, d'intrusion, de manque d'affect positif chez la mère, de manque de sensibilité, d'initiative, d'affect positif chez l'enfant.

A cette évaluation des interactions observables qu'elles soient comportementales et affectives, nous devons ajouter une évaluation des interactions fantasmatiques : place de l'enfant imaginaire, statut de l'enfant dans le couple, histoire parentale. Cette tridimensionnalité est nécessaire à la compréhension d'un dysfonctionnement ou d'une pathologie.

Chez un nourrisson en bonne santé, les interactions vont permettre et faciliter un bon éveil et un développement harmonieux. Ces interactions sont caractérisées par : une disponibilité affective de l'adulte, une souplesse de ses réponses, une stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps.

Lorsque ces conditions ne sont pas respectées, les interactions sont perturbées dans leurs différents niveaux d'expression. On retrouve alors des perturbations de trois ordres.

- Des perturbations qualitatives qui correspondent :

- Soit à un défaut de stimulations, parfois dû à une dépression maternelle ou à des bébés passifs et peu expressifs... Cette situation peut engendrer une négligence du nourrisson, un défaut d'attachement voire une carence affective.

- Soit à un excès de stimulation avec un manque de régulation des échanges, une mère qui ne tient pas compte des signaux de l'enfant, un enfant qui est envahi. Ceci peut créer une inhibition des manifestations affectives de l'enfant.

- Des perturbations de la réciprocité : la dynamique interactive et les échanges sont entravés. Ces perturbations peuvent être observées au niveau du regard (évitement), de la parole (pleurs non pris en compte par la mère), des contacts physiques (discordance, raidissements, absence d'ajustements posturaux.)

- Des perturbations qui peuvent être dues à une fixation ou une régression des modalités interactives : la mère et le nourrisson peuvent rester fixés à un certain stade ou revenir à des comportements archaïques. Inversement, certaines mères peuvent exiger de leur nourrisson une autonomisation trop précoce. Les effets de ces interactions sont négatifs quant au développement psychique de l'enfant.

Comme nous l'avons dit précédemment, les premières relations parents-enfant remontent avant le désir d'enfant, et surtout au vécu de la grossesse : les parents attribuent déjà à ce bébé qui va naître des qualités et des défauts.

La naissance ou un diagnostic anténatal de handicap les confronte à une réalité qui n'est pas toujours conforme à leur désir. Des obstacles peuvent perturber le dialogue.

Les parents découvriront que ces difficultés sont parfois en eux-mêmes, comme une inhibition, un désir de trop bien faire, une méconnaissance du jeune enfant... ou sont dues au handicap de l'enfant : cécité, surdité, déficience intellectuelle, infirmité motrice cérébrale...

Cela engendre un accord difficile entre les partenaires : les parents ne comprennent pas les schémas du bébé et l'interaction peut devenir de plus en plus angoissée et confuse.

De plus, l'acquisition de l'autonomie est souvent plus difficile pour un enfant handicapé ou prématuré.

On peut alors se retrouver face à des systèmes d'interactions inflexibles de la part de parents ou de l'enfant ce qui dérange la stabilité globale de la relation. Par exemple dans une relation excessivement symbiotique, le travail d'autonomie et de détachement pourrait ne pas se développer à une allure adaptée.

2. Le développement de la communication et du langage

2.1. Chez l'enfant tout-venant

Le développement du langage chez l'enfant s'inscrit dans le cadre plus large de son développement global : motricité, jeu, sociabilité... L'apprentissage d'une langue maternelle se poursuit tout au long de la vie mais la majeure partie des apprentissages a lieu entre 0 et 3 ans. Il dépend des capacités innées de l'enfant mais également du contexte environnemental. Les stimulations sensorielles, affectives, sociales, pédagogiques sont donc nécessaires pour le développement langagier.

L'évolution du langage est en moyenne très régulière d'un enfant à l'autre. Deux périodes principales se succèdent : la période pré-linguistique et la période linguistique. Il existe des repères chronologiques pour les différentes compétences linguistiques se développant dans l'enfance. Cependant même s'il existe une régularité dans le développement du langage, ces repères chronologiques ne concernent que 50% des enfants environ. Les autres enfants sont plus précoces ou plus tardifs et ces différences interindividuelles ne peuvent pas être considérées comme pathologiques.

2.1.1. Période pré-linguistique:

Dès sa naissance, le nourrisson apprend à reconnaître les phonèmes de sa langue ainsi que les premiers mots familiers avant de pouvoir les prononcer. La période pré-linguistique dure environ jusque vers 12-18 mois et constitue une phase « d'initiation au langage oral ».

Le nourrisson commence à se manifester par des vocalisations réflexes, comme les soupirs, les gémissements, les cris, les pleurs, les bâillements... qui se différencient pour exprimer divers besoins, affects : douleur, faim, satisfaction... Le bébé exprime ses besoins de base centrés sur l'alimentation par des cris qui sont interprétés par la mère. Celle-ci y répond par des gestes et des paroles.

Elle apprend peu à peu à comprendre ce que traduisent les pleurs, regards, sourires, postures de son enfant.

Le bébé quant à lui maîtrise peu à peu l'effet de ses attitudes et apprend à communiquer avec l'intention de produire un effet quelconque. C'est l'apparition de la communication intentionnelle qui s'oppose aux réflexes du bébé à sa naissance.

L'apprentissage des différents phonèmes de la langue maternelle est lié à la capacité du bébé de percevoir les contrastes sonores pertinents pour la parole. Dès la naissance, le bébé montre un intérêt privilégié pour la voix humaine. A la naissance, contrairement à l'enfant plus âgé ou à l'adulte, il est même sensible aux contrastes phonétiques de toutes les langues. Vers 6 mois, les bébés au contact de leur langue maternelle perdent cette capacité de discrimination pour les phonèmes non pertinents pour l'apprentissage du langage parlé dans leur entourage.

Au début, le bébé produit un babillage rudimentaire : à partir du deuxième mois, il joue avec sa voix en produisant des sons très contrastés au niveau de la fréquence ou de l'intensité. Ce sont les lallations ou le jasis. Il s'agit d'un jeu moteur, source de plaisir pour l'enfant qui traduit un état de bien être. L'enfant produit ainsi des mouvements de la sphère oro-faciale et va peu à peu améliorer le contrôle de son appareil phonatoire. Le babil évolue, se conforme petit à petit aux modèles phonétiques produits par son entourage. L'adulte, par les imitations, les répétitions, les renforcements, les corrections..., modèle le répertoire phonétique du bébé : l'oreille et les organes de phonation de celui-ci vont être habitués et entraînés aux phonèmes entendus. Le bébé va alors peu à peu se limiter au système phonétique de sa langue maternelle.

Dès 3 mois, apparaît le tour de rôle. La mère et son bébé peuvent dialoguer (Trevarthen, 1977). C'est souvent la mère qui initie et l'enfant qui répond.

Vers 6 mois, le bébé peut produire des syllabes bien articulées. Il va pouvoir contrôler ses productions et les interrompre comme il le souhaite. Puis apparaît le babillage canonique. Le bébé peut alors produire des syllabes simples de type consonne-voyelle et émettre des suites répétitives de ces syllabes, comme des suites de [ba] par exemple, vers 8-10 mois. Le bébé à cet âge produit plutôt des consonnes occlusives, nasales et des voyelles ouvertes.

Ces différentes productions vocales sont accompagnées de conduites de communication non verbale : par le regard, puis par le sourire, et enfin vers 8-9 mois par l'attention conjointe, l'enfant cherche à attirer l'attention d'autrui sur un objet qu'il pointe et regarde. Le pointage de l'enfant est au début proto-impératif : il souhaite obtenir une aide de la part d'un adulte. Il devient ensuite proto-déclaratif : l'enfant désigne un objet pour attirer l'attention sur celui-ci.

Ce pré-langage ou proto-langage ne peut progresser que s'il y a des stimulations extérieures lui fournissant les modèles qui lui permettront de construire son langage en réponse au babil : réactions de l'entourage, soins, mots apportés par l'entourage, monde sonore... Tout ceci constitue le bain de langage sans lequel le langage du bébé ne pourra évoluer.

Avec un enfant, l'adulte simplifie son langage afin de se mettre à sa portée et d'assurer ainsi la communication. Il introduit également des éléments un peu plus compliqués pour permettre la progression de l'enfant. L'adulte emploie des énoncés simples, se réfère à la situation en cours. Il met en mots, commente ce qui se passe. Il utilise des moyens de communication non verbaux tels que les gestes, les mimiques, une intonation chantante, une accentuation de certains mots, un débit ralenti..., afin de favoriser l'expressivité du discours et donc la compréhension de l'enfant. On parle de « mamananais ». L'adulte ajuste son langage en fonction des progrès et de l'âge de l'enfant.

Dans les échanges adulte-enfant, l'adulte donne les modèles de la langue à l'enfant et il l'écoute, essaye de le comprendre, reformule son discours. Il renvoie ainsi un modèle conforme à la langue maternelle. Ce feed-back correctif aide l'enfant à construire son langage.

L'enfant apprend peu à peu aussi les règles d'interlocution : il apprend à s'interrompre pour laisser parler son interlocuteur, à écouter, à prêter attention à ce que dit l'autre, à adapter sa réponse en fonction de ce que celui-ci vient de dire.... Ces règles sociales s'apprennent naturellement et progressivement.

Pour comprendre les mots de sa langue maternelle, le bébé doit d'abord les reconnaître dans une suite de paroles qui ne contient pas de frontières entre les mots.

Il va s'appuyer sur trois caractéristiques du langage oral pour développer sa compréhension :

- Les contraintes phonotactiques : certaines suites de phonèmes ne peuvent pas se trouver en milieu, début ou fin de mot. Il y a donc alors forcément une frontière entre deux mots. Par exemple les 3 phonèmes [r], [t] et [p] ne peuvent se succéder dans le même mot en français.

- Les régularités distributionnelles : pour le bébé, plus les séquences de phonèmes de sons sont utilisées fréquemment, plus elles ont de chance de constituer un mot par rapport à une séquence utilisée peu souvent dans le quotidien avec l'enfant.

- La prosodie : le bébé utilise l'intonation et le rythme contenus dans la parole pour développer sa compréhension, se familiariser avec les mots : en effet, toutes les syllabes et tous les mots ne sont pas produits sur la même intonation. Il existe des regroupements prosodiques. La compréhension des frontières entre les mots est donc favorisée par l'intonation. De plus l'intonation est porteuse de sens : elle permet l'expression des émotions et la différenciation des phrases selon leur mode : interrogatif, déclaratif, exclamatif, impératif...

Le bébé dispose de ces informations au plus tard vers l'âge de 11 mois.

Pour s'approprier le langage maternel, l'enfant possède différentes stratégies :

- Une stratégie d'écoute : il porte attention au langage qui lui est adressé ou qu'il entend autour de lui. Cependant, tous les enfants entendant ne sont pas égaux au niveau de cette stratégie d'écoute. L'enfant doit avoir des capacités de discrimination.

- Une stratégie de compréhension: l'intonation est une des premières aides pour la compréhension de l'enfant. Certains mots sont plus accentués que d'autres ou placés de façon à ce qu'ils retiennent plus l'attention. De plus, l'enfant même s'il ne comprend pas un énoncé dans son ensemble, peut s'accrocher à certains mots qu'il connaît ou qu'on accompagne d'un geste de désignation par exemple. La redondance du discours de l'adulte aide également l'enfant.

- Une stratégie d'imitation: l'enfant imite les intonations et les mots qu'il entend. L'adulte lui donne des modèles et il peut répéter approximativement la fin de la phrase, le ou les derniers mots : c'est l'écholalie.

Elle est constructive car l'enfant mémorise ainsi la forme des mots. Ceci lui permettra, petit à petit, d'affiner ses productions.

Il prend l'habitude de les employer. L'adulte renforce à son tour et précise ces mots par un feed-back correctif.

- Une stratégie de production : avant que l'enfant puisse produire des phrases, il a perçu, écouté, compris, retenu une forme et un sens. Au début l'enfant tâtonne par des approximations phonétiques, morphologiques, sémantiques... Puis peu à peu son langage évolue.

2.1.2. La période linguistique :

Selon Marc Delahaie (2004, p 21-23), la période linguistique débute avec l'apparition des premiers mots et des énoncés rudimentaires qui permettent à l'enfant de se libérer du geste ou de la mimique, qui étaient jusque là indispensables à la communication.

Petit à petit, l'enfant va abandonner les énoncés rudimentaires, pour acquérir vers 3 ans, un langage qui ressemblera de plus en plus à celui de l'adulte.

Les premiers mots de l'enfant ont un sens qu'il généralise à plusieurs objets ou situations ayant des traits communs : c'est la surgénéralisation. C'est également le stade du mot phrase, ou holophrase, vers 15 mois: un mot correspond à une phrase qui dépend du contexte. Les interlocuteurs ont besoin de ce contexte pour comprendre l'enfant. Ceci régresse au fur et à mesure que le vocabulaire de l'enfant augmente.

L'acquisition des mots chez l'enfant est en premier lieu lente: à 1 an, un enfant connaît en moyenne cinq à dix mots. Les premiers mots sont presque toujours « papa » et « maman ». Ils permettent à l'enfant de parler de personnes, de choses, de demander. L'acquisition lexicale devient ensuite beaucoup plus rapide: à deux ans, le vocabulaire d'un enfant peut atteindre deux cents mots. La plupart du temps ces mots comportent deux syllabes car l'enfant a tendance à simplifier son langage.

Vers 18 mois, apparaît la négation. Entre 20 et 26 mois, l'enfant commence à produire des énoncés en associant deux mots de sens différent. Cela correspond au protolangage. C'est également à cet âge que l'enfant peut se nommer par le « moi ».

A 3 ans, l'enfant possède environ 300 mots et peut utiliser le « je ».

Dans la troisième année, il peut formuler à peu près tout ce qu'il veut et il produit des phrases construites grammaticalement. Il comprend l'essentiel des échanges de la vie quotidienne.

Vers deux ans et demi, l'enfant a une compréhension à dominante lexicale. Ce n'est que plus tard qu'il pourra prendre en compte les aspects morphosyntaxiques (vers trois ans et demi) et les aspects pragmatiques (vers 6 -7 ans).

LANGAGE	SOCIABILITE
0-2 mois : manifestations réflexes	6 semaines : sourire réflexe
2 mois : jasis	3 mois : tour de rôle
6 mois : babillage	5 mois : Sourire-réponse
8-10 mois : syllabes répétitives de type [bababa]	6 mois : tend les bras pour qu'on le prenne, recommence un comportement quand l'adulte l'imité, rit aux éclats
9-10 mois : premier mot	7-8 mois : pointage, attention conjointe
15 mois : mot- phrase	8 mois : joue à prendre et à donner, fait « coucou », « au-revoir »
18 mois : « non »	12 mois : engage des interactions
20-24 mois : association de deux mots	2 ans : début du jeu de faire-semblant
2 ans : environ 200 mots, apparition du « moi »	
3 ans : phrases canoniques, apparition du « je »	

Tableau 1 : Développement du langage et de la sociabilité chez l'enfant tout-venant

Le discours de l'enfant entre 0 et 3 ans est simplifié syntaxiquement. Il l'est également au niveau phonétique : les phonèmes sont produits de manière encore imprécise. On observe des omissions de sons ou syllabes, des substitutions ou encore des assimilations. Le répertoire phonétique est acquis lentement et continue de se développer après la première année : les phonèmes sont en moyenne tous acquis vers 4 ans pour 75 % des enfants et des simplifications peuvent subsister jusque vers 6-7 ans.

2.2. Chez l'enfant avec handicap :

Chez un enfant, les troubles du langage peuvent constituer le premier signe d'une pathologie et précèdent les difficultés d'apprentissage scolaire. Une atteinte auditive, visuelle, motrice, une déficience mentale ou des difficultés de communication peuvent retarder le développement du langage.

2.2.1. Surdité :

Un enfant avec une déficience auditive est handicapé pour l'apprentissage du langage. Plus la perte d'audition est importante et précoce, plus cet apprentissage sera compromis pour l'enfant sourd.

Les surdités sévères, entre 70 et 90 DB de perte auditive, ou profondes (plus de 90 DB de perte) ont un impact important sur l'acquisition de langage. Elles sont donc dépistées souvent avant 2 ans. Si elles ne le sont pas, ces types de surdités peuvent avoir pour conséquence une mutité secondaire.

Les surdités moyennes (entre 40 et 70 DB de perte) sont dépistées souvent avant 3 ans. Dans ce type de surdité, la parole n'est perçue qu'à forte intensité. L'enfant s'aide de la lecture labiale pour compenser sa surdité mais sans prise en charge il peut développer un retard de parole et de langage.

Les surdités légères (perte de 20 à 40 DB) sont souvent diagnostiquées plus tardivement, vers 5-6 ans. Les enfants avec ce type de surdité ont des difficultés à comprendre la parole chuchotée et les sons lointains. Ils peuvent développer des troubles d'articulation et d'apprentissage.

2.2.2. L'autisme :

L'autisme entrave trois axes primordiaux du développement. On observe fréquemment : un trouble des relations sociales, un trouble de la communication verbale et non verbale et des activités restreintes, répétitives et stéréotypées. Le langage peut être totalement absent ou se développer de façon déviante : les enfants peuvent par exemple parler par écholalie.

2.2.3. La déficience mentale:

L'impact de la déficience mentale sur le langage dépend du niveau de déficience. Lors d'une déficience mentale légère, l'enfant peut acquérir la syntaxe du langage oral et le langage écrit, cependant son développement langagier est souvent lent. Ce retard d'acquisition de la parole et du langage peut alors constituer un signe d'appel de la déficience.

2.2.4. Infirmité motrice cérébrale :

Les troubles du langage sont fréquents chez des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale. Il s'agit de troubles articulatoires, de type dysarthriques ou de troubles du langage et de la parole.

2.2.5. Déficience visuelle

La répercussion de la déficience visuelle sur le langage de l'enfant va dépendre de différents facteurs : de l'âge d'apparition et de l'histoire de la cécité, de l'environnement de l'enfant, de la nature de la déficience visuelle...

Une déficience visuelle chez un enfant va limiter ses expériences perceptives, ce qui va avoir des répercussions sur son développement cognitif : il peut avoir plus de difficultés à intégrer les différents concepts et le développement de son langage et de sa communication peut être ralenti.

Selon Richaume-Crinquette A. (1990), chez les enfants déficients visuels il existe une difficulté à atteindre le stade du babillage. Le développement du lexique et des premières phrases est plus lent. La compréhension du langage peut être également plus difficile pour un enfant avec une cécité puisqu'il ne peut pas s'appuyer sur des références visuelles : l'enfant ne voit pas les gestes, les expressions du visage accompagnant la parole, les images, les objets, il ne peut pas suivre leurs mouvements...

3. Le portage

A la naissance de leur enfant, les parents doivent le soigner, ce que Winnicott appelle le handling, et le porter physiquement et psychiquement : c'est le holding.

Le portage répond au besoin du bébé de se sentir soutenu, enveloppé et en sécurité émotionnelle.

Le portage psychique existe dès l'idée du désir d'enfant. Il se poursuit ensuite pendant la grossesse et après l'accouchement. Il correspond à la façon dont les parents portent psychiquement leur enfant dans leur imaginaire. Il s'agit de prêter une vie psychique à l'enfant, de penser celui-ci, de comprendre ses besoins, ses représentations psychiques, ses angoisses, ses sentiments. Les parents se mettent à la place de leur enfant pour comprendre son état et l'aider à grandir psychiquement.

Le portage physique correspond au fait de porter son bébé physiquement, que ce soit dans l'utérus, dans les bras ou avec un porte-bébé. Selon Motte V. et Dorme S., psychomotriciennes au CAMSP de Tourcoing (2008), c'est un corps à corps qui constitue un soin maternant important dans la vie du tout-petit. En effet, le soutien au niveau de la nuque et des fesses lui apporte une sécurité de base, l'enroulement et le regroupement permettent une contenance du bébé (Anzieu D. 1985). Ainsi on obtient une position où l'enfant est assez stable pour pouvoir prolonger l'état de calme, pour orienter son regard, être prêt à la relation, pour ressentir et ajuster son tonus à celui de la mère.

C'est dans l'échange corporel que les bases de la relation et de la communication s'installent. Les premiers échanges peau à peau, bien avant les sourires, forment un dialogue préverbal entre la mère et l'enfant grâce aux modifications toniques et posturales des deux partenaires. Ce dialogue tonique (De Ajuriaguerra, 1970) fait intervenir tous les sens, les émotions, le tonus et la posture et permet à l'enfant et au porteur d'interagir. Chacun va s'ajuster aux signaux de l'autre et va porter une signification à ceux-ci.

Le porte-bébé physiologique est une façon spécifique de porter son enfant. C'est un système actif qui accompagne le développement du bébé et qui permet de le porter contre soi dans la durée avec un minimum de contraintes pour le porteur et un maximum de confort pour l'enfant.

Il n'existe aucune barrière, aucune armature, entre l'adulte et l'enfant, ce qui recrée une « seconde peau », ressemblant à l'enveloppe utérine. Le porte-bébé ne soutient pas le bébé comme les bras : il diminue l'impact des chocs et les postures rencontrées lors de l'utilisation d'un porte-bébé sont adaptées à la physiologie du porteur et du porté. Le choix du porte-bébé dépend du temps de portage mais aussi du stade de croissance de l'enfant afin de lui permettre un développement harmonieux dans le respect de la physiologie.

Dans les années 1970, un portage physiologique issu d'un mélange de cultures a commencé à se développer en Europe, en Allemagne ainsi qu'aux Etats-Unis. Les écharpes de portage apparaissent, ainsi que leurs dérivés, les Slings, et permettent une sorte d'emballage de l'enfant. Il s'agit d'une longue pièce de tissu enveloppée autour du porteur et du bébé qui répartit bien le poids de l'enfant et permet un portage de longue durée.

3.1. Le portage à travers les siècles et à travers les cultures :

Les biologistes comme les psychanalystes décrivent trois catégories d'animaux. Selon le docteur Hassenstein (1970), il s'agit de catégories biologiques de petits. Le psychanalyste Frenz Renggli (2001), parle lui de formes de développement de la relation mère-enfant. On retrouve :

-les nidifuges qui naissent les yeux et conduits auditifs ouverts. Le petit a besoin de la proximité de ses parents jusqu'à la puberté et crie s'il se sent abandonné. Il peut suivre sa mère dès la naissance étant donné que son développement moteur est achevé. Le lait qu'il tète est très riche, il n'a donc pas besoin d'autant de tétées que le petit porté. Dans cette catégorie on retrouve les chèvres, les moutons, les chevaux...

-les nidicoles dont les petits naissent très immatures, sans fourrure, les yeux et les conduits auditifs fermés. Ils restent dans un nid à la naissance. Tout comme les nidifuges, ils absorbent une nourriture très énergétique qui leur permet d'attendre entre les repas. Ces petits peuvent rester très calmes en l'absence de leurs parents. Il s'agit par exemple des chats, des oiseaux...

-les portés qui comme les nidifuges, naissent les yeux et conduits auditifs ouverts et sont immatures : ils ne peuvent se déplacer seuls, réclament un contact et une présence des parents et crient s'ils se sentent abandonnés. On retrouve chez ces animaux un réflexe inné d'agrippement. Le lait qu'ils tètent est rassasiant pour de courtes durées.

Il existe deux sous-catégories de portés : les portés passifs qui sont transportés dans une poche qu'ils quittent à la puberté et qui ne s'agrippent pas. Ils sont allaités en continu. On retrouve par exemple dans cette catégorie les kangourous.

La deuxième catégorie de portés correspond aux portés actifs (êtres humains, primates). Le petit s'agrippe au corps de sa mère qui le porte pendant la première période de sa vie. Il peut demander à téter en renvoyant des signes comme les cris, sa posture... et reste près de sa mère jusqu'à la puberté.

Le bébé humain fait partie de la catégorie des portés actifs. Cependant, on note des différences avec les autres primates : le bébé humain naît dans un état plus immature. En effet, il naît comme le singe à neuf mois, mais son cerveau n'atteint que 25 % de sa taille adulte à la naissance alors que chez les autres primates le cerveau atteint 80% de sa taille adulte (C.S Didierjean-Jouveau, 2005). Cette immaturité à la naissance peut s'expliquer par l'acquisition de la station bipède entraînant un bassin plus étroit chez la femme et par l'accroissement de la taille du cerveau chez l'humain qui s'est effectué en parallèle. Pour que l'enfant naisse mature, que son cerveau ait terminé son développement à la naissance, le petit aurait dû rester encore plusieurs mois dans le ventre de sa mère. Cependant, comme le bassin des femmes ne s'est pas élargi en proportion de l'augmentation de la taille du cerveau, l'accouchement aurait été impossible. Le bébé naît alors dans un état d'inachèvement et de prématurité. Le développement de ses systèmes nerveux, digestif, immunitaire se poursuit ex-utero, principalement durant la première année de vie, et nécessite d'importants apports alimentaires pour le bébé. On parle de « grossesse hors utérus ».

Le corps de la mère est le lieu le plus adapté pour le bébé lors de cette période de « grossesse hors utérus ». Il est le lieu de survie du bébé et répond de façon adéquate à ses besoins vitaux (besoins de contact, d'alimentation, de régulation de sa température, de stimulations...). On remarque d'ailleurs qu'il existe sur le corps de la mère des points d'appui parfaitement adaptés au portage du bébé.

Il s'agit des zones arrondies du corps : le portage sur la hanche offre un soutien du bébé à la base et favorise l'enroulement du dos et une position accroupie. Le portage devant, sur la cage thoracique permet l'allaitement et l'agrippement de l'enfant. Enfin, le portage dans le dos, au niveau de la colonne dorsale, offre également un appui à l'enfant qui peut s'agripper et accroupir ses jambes. Le bébé de son côté va adopter naturellement une position qui s'adapte au corps de sa mère : une position accroupie qui engendre un enroulement de la colonne vertébrale. De plus, il a un réflexe archaïque qui lui permet de s'accrocher au corps de sa mère : le réflexe d'agrippement.

Cependant, contrairement aux primates, les humains ont perdu leurs poils ce qui ne permet plus au bébé de se maintenir seul sur le corps de la mère, malgré son réflexe d'agrippement. Il a besoin d'aide pour s'y maintenir ; c'est pourquoi celle-ci doit porter l'enfant à bras ou utiliser un porte-bébé pour garder son enfant contre elle. D'après Timothy Taylor, archéologue anglais, on constate que les premiers porte-bébés remontent à l'époque des hommes préhistoriques et étaient un morceau de peau animale noué pour former une poche. Cela permettait ainsi une plus grande liberté d'action pour les porteurs et une protection des bébés contre les prédateurs.

A travers les études, on observe que le portage se pratique partout dans le monde et ce depuis toujours. Autrefois, 75% des bébés étaient portés, soit par la mère qui allaitait, soit par la fratrie, la famille proche ou encore par un adulte ne faisant pas partie de la famille (comme au Gabon par exemple). Le bébé était ainsi intégré dans la vie quotidienne, villageoise et familiale.

Presque partout dans le monde, la mère, après avoir accouché, se reposait durant 40 jours afin de découvrir son nouveau-né et son nouveau rôle : les bébés étaient beaucoup portés, allaités et découvraient le monde autour d'eux. Le lien mère-enfant était alors très valorisé.

Depuis l'Antiquité, il existe différents modes de portage selon les régions, l'environnement, le climat, les activités des porteurs, le stade de développement de l'enfant, son mode d'alimentation, son rythme de sommeil... L'enfant peut être dans les bras, dans un tissu, dans un berceau rigide...

Dans le monde, on retrouvait essentiellement deux grands types de portage :

Le berceau rigide pour les enfants de moins de 6 mois, lié à la pratique de l'emballotement et utilisé chez les Indiens par exemple.

Le morceau de tissu comme en Afrique, en Amérique du Sud, en Asie.

Le temps de portage varie également. D'après les chercheurs qui ont étudié différentes ethnies africaines, le portage dans un porte-bébé en tissu ne représente pas la moitié du temps passé avec l'enfant et la durée de portage diminue au fur et à mesure que l'enfant grandit : à la naissance, un bébé est porté environ 5 à 8 heures par jour alors qu'un enfant d'un an ne l'est plus qu'environ 1 à 2 heures.

Après le Moyen Age, l'allaitement se modifie et se fait principalement par les nourrices. Le bébé qui était encore bercé et porté aux XVIème et XVIIème siècles commence à dormir dans un berceau. Le petit de l'Homme classé dans la catégorie des portés actifs se trouve désormais dans la catégorie des nidicoles alors que ses besoins sont toujours les mêmes : il a besoin du corps de sa mère.

A la fin du XVIIIème siècle, le portage connaît un renouveau car l'on favorise l'allaitement maternel et l'on reconnaît le rôle primordial de la mère pour les soins apportés au bébé. Ce courant favorisant le maternage n'a pas persisté et au XIXème siècle apparaît la notion d'hygiénisme qui modifie les pratiques de puériculture : on déconseille le bercement et on veut former les mères à leur rôle en leur expliquant comment s'occuper de leur enfant. Parallèlement à ce courant, les mères commencent à travailler et consacrent moins de temps à leur enfant. Ces conseils vont à l'encontre du maternage, celui-ci étant considéré comme pouvant être négatif pour l'enfant qui serait trop gâté et qui ne pourrait pas développer son autonomie. Notre culture a suivi ces conseils pendant la majeure partie du XXe siècle. On constate alors que le portage se perd au profit des poussettes et du landau anglais.

Dans les années 1970, il y a un regain d'intérêt pour le bébé qui est considéré comme un sujet à part entière (cf travaux de la pédiatre et psychanalyste Françoise Dolto).

On étudie davantage les comportements de l'enfant (Echelle du comportement néonatal du pédiatre T.B.Brazelton) et on prône le retour à l'allaitement.

Les landaus deviennent alors plus rares au profit des poussettes légères et des porte-bébés. C'est d'ailleurs à cette époque qu'apparaissent en Allemagne les premières écharpes porte-bébés, les écharpes Didymos.

Aujourd'hui, on remarque la coexistence de poussettes, landaus, porte-bébés pré-formés et porte-bébés plus traditionnels comme les écharpes de portage, les hamacs.... Deux tiers des enfants sont encore portés dans le monde. Initialement, le porte-bébé était considéré comme un effet de mode mais désormais il est envisagé comme un accessoire intéressant pour accompagner le développement de l'enfant. De ce fait, on trouve de nombreux magazines, magasins, associations, sites internet permettant de se renseigner sur le portage, devenu accessible à tout parent souhaitant l'appliquer au quotidien. Il est toutefois conseillé de participer à un atelier de portage avant de le pratiquer.

3.2. Les différents porte-bébés:

3.2.1. Types de porte-bébés :

Il existe 2 grands types de porte-bébés :

- Le portage dans un tissu souple sans armature (écharpes ou porte-bébés asiatiques): il préserve le dos du bébé et celui du porteur et rappelle la façon dont les bébés étaient contenus dans l'utérus. Dans l'écharpe, l'enfant peut être porté sur le dos, sur le ventre ou sur la hanche. Ce type de portage respecte la physiologie du bébé : celui-ci est en appui sur ses fesses et ses cuisses, son dos est arrondi, soutenu par le tissu. Ses cuisses sont relevées et écartées et la position naturelle de ses hanches est respectée. L'enfant est détendu et sa tête vient se poser sur le buste ou le dos du porteur ; il est enveloppé et contre le corps de sa mère. Ce portage est confortable pour le porteur car le poids du bébé est bien réparti.

- Les porte-bébés rigides (avec armature): Ces porte-bébés, rapides d'installation, offrent un soutien, une présence et un bercement à l'enfant mais sont moins respectueux de la physiologie de celui-ci : la colonne vertébrale est moins arrondie, la triangulation œil/main/bouche n'est pas possible pour l'enfant car ses mains sont le long de son corps et ne sont pas ramenées vers lui, comme c'est le cas dans un tissu souple.

Le bébé n'est pas bien maintenu contre le corps du porteur et n'a pas la possibilité de s'accrocher. Les deux partenaires n'évoluent donc pas en contact étroit. Ces porte-bébés s'adaptent également moins à la morphologie du porteur, ce qui peut engendrer des compensations, des mauvaises postures et donc des douleurs. De plus, le réglage est plus compliqué et est différent selon le poids et la taille de l'enfant. Lorsque le porteur ne prend pas le temps de régler le porte-bébé adéquatement, il peut donc être inconfortable.

3.2.2. Différentes familles de porte-bébés

-Les hamacs : le Porte-Callin, créé en 1950 par la Leche League France, le Tikamak, le Sling, le Prémaxx, le Tonga...

Le Sling est créé avec le même tissu qu'une écharpe de portage, le sergé croisé, mais ce tissu est réglable grâce à des anneaux. Il est simple à installer et permet comme l'écharpe, un soutien zone par zone. Le bébé peut être installé dans ce porte-bébé dès la naissance et pour de longues périodes.

- Les préformés classiques : le Kangourou, le Babybjörn, le Chicco, le Wilkinet.

- Les préformés 1ère génération : comme le Snuggli.

- Les préformés 2ème génération : l'Ergobaby, le Patapoum, le Manduca, le Beco.

- Les asiatiques : le Taiï ou Mei Taiï, le Laotien, le Chinado.

- Les porte-bébés avec armature : comme le sac à dos Lafuma.

- Les écharpes : elles peuvent être tissées, avec plusieurs fils, ou tricotées, avec un seul fil. Les écharpes tricotées sont adaptées pour des bébés peu lourds, dans les premiers mois de vie. Elles sont plus longues que les autres car plusieurs épaisseurs de tissu sont nécessaires pour apporter un bon maintien à l'enfant.

Les écharpes tissées supportent, elles, un poids plus lourd et sont utilisables avec des enfants jusqu'à 5 ans.

Plusieurs critères sont à prendre en compte pour choisir une écharpe de qualité : la largeur (70 cm), la longueur et l'épaisseur du tissu, le label encre, la matière (Lycra, coton, chanvre), le tissage, la souplesse et l'élasticité. Elles ne doivent pas être trop longues, afin d'être facilement manipulables.

[Annexe 1, pages 3-4]

3.2.3. Modes de portage :

Le portage se pratique sur les zones arrondies du corps : le ventre, la poitrine, le côté, le dos. La structure osseuse de l'adulte offre des points d'appui au bébé pour qu'il puisse s'agripper.

Le portage de l'enfant peut être soit asymétrique soit symétrique. Dans le portage asymétrique, possible par exemple avec des Hamacs, le porte-bébé remplace le bras. Le portage asymétrique est souvent plus rapide à mettre en place, contrairement au portage symétrique.

Il existe différents types de nœuds pour installer l'enfant: [Annexe 2, pages 5-6]

- Les hamacs : on retrouve la hanche simple, la hanche réglable ou le Sling. La hanche simple est un nœud facile à mettre en place, pratique mais qui ne permet pas un portage de longue durée. Il permet l'apprentissage du portage, mais pourra rapidement être remplacé par un nœud permettant de porter plus longtemps, comme la hanche réglable.

- Les kangourous

- Les nœuds croisés : simples ou enveloppés, le double hamac.

Ces nœuds permettent de porter l'enfant devant, sur le dos ou sur le côté.

-Devant, sur le ventre : il correspond bien à l'aspect utérin du portage mais serait moins adapté à un enfant plus grand qui a besoin de voir le monde. Le portage ventral permet de contempler l'enfant. Il rassure et indique si tout va bien ou si l'enfant a besoin que nous modifions notre attitude par rapport à lui : notre posture, la sienne, le rythme de nos mouvements... Ce portage ne se retrouve pas dans toutes les cultures : il est typiquement occidental.

-Sur le côté, latéral : le bébé pose son bassin sur les os du bassin, l'os iliaque du porteur, arrondit son dos et s'accroupit. L'arrondi de notre cage thoracique constitue également un appui pour l'enfant. Ce dernier peut voir devant et derrière, participer aux activités et s'équilibrer par rapport au porteur. C'est le portage qui favorise le plus la communication de l'enfant avec le porteur et qui est le plus utilisé dans le monde.

-Sur le dos : c'est l'arrondi de la colonne vertébrale de l'adulte qui offre un appui à l'enfant. L'adulte peut réaliser ses activités et l'enfant y participer.

Dans notre culture, ce portage s'utilise surtout avec un enfant plus grand mais est pourtant adapté à tous les âges. Cependant, l'enfant ne voit qu'une partie du monde extérieur, quand il a la tête tournée d'un côté ou de l'autre, et pourrait donc avoir plus de mal à se le représenter en trois dimensions. C'est pourquoi il est important de porter l'enfant haut afin de lui offrir une vision à 360°.

Différentes positions seraient déconseillées car elles seraient peu adaptées à l'enfant et à son développement :

-La position couchée, en berceau, est proscrite actuellement sur une longue durée car l'enfant serait mal oxygéné. Selon des études en cours, dans cette position le nerf parasymphatique aurait tendance à être plus excité que dans les autres positions et il existerait un lien entre la stimulation de ce nerf et la mort subite du nourrisson. Cependant, cette façon de porter peut être adoptée pour un temps court, comme pour le temps de l'allaitement et pour établir une relation porteur/porté.

-Le portage face au monde est assez courant mais serait peu respectueux de la physiologie de l'enfant et du porteur. Il est donc souvent déconseillé sauf en cas de portage thérapeutique. Le dos de l'enfant est tassé, non enroulé et ses jambes pendent. Le bébé n'est pas soutenu au niveau de sa base et se trouverait donc en état de stress et de vigilance. Le porteur aurait tendance à mal se tenir, à compenser avec de mauvaises postures, le poids du bébé étant moins bien réparti que lorsque l'enfant est porté face à lui. De plus, l'enfant serait sur-stimulé et ne pourrait plus se blottir contre son porteur qui représente sa base de sécurité, pour se protéger des « agressions extérieures ».

3.3. Avantages et besoins

Comme nous l'avons vu précédemment, le bébé naît dans un état de prématurité : pratiquement tous les mammifères naissent au moment où leur cerveau atteint 80 % de sa taille adulte alors qu'à la naissance le cerveau humain n'a que le quart de sa taille adulte. Le développement des systèmes nerveux, digestif, immunitaire se poursuit ex utero. Cette immaturité explique le besoin de contact physique qu'ont les bébés le jour et la nuit.

Ce besoin peut-être comblé par le co-dodo, lorsqu'un enfant dort avec ses parents, et le portage. Le bébé porté retrouve les sensations connues in-utéro comme le rythme cardiaque, la voix, le bercement des mouvements, les gargouillis du corps, le contact de la peau...Ceci rappelle la notion de « continuum » expliquée par Jean Liedloff (1977). En effet, selon cette auteure, être porté apporte un bonheur absolu au bébé. Celui-ci a sa place dans les bras de sa mère, il connaît instinctivement cette place comme étant la sienne. Le portage correspond à une continuité de la grossesse, il répond à ses besoins fondamentaux du moment et contribue à son développement. Il permet une adaptation en douceur à son nouvel environnement.

3.3.1. Pour l'enfant tout-venant :

3.3.1.1. Aspects physiologiques :

Le corps de la mère est adapté pour réchauffer, porter, nourrir l'enfant en continu.

- Régulation de la température : avant deux mois, le bébé ne peut pas réguler sa température corporelle. Porté, il se trouve à une température idéale. Moins il y a d'épaisseur entre le bébé et le porteur, moins celui-ci va dépenser d'énergie pour réguler la température de son enfant.

- Coliques, digestion, reflux : le système digestif est influencé par l'état psychologique. Porté, le bébé est moins stressé, il digère donc mieux. De plus, la position verticale, les massages lors d'un portage ventral, le bercement de l'enfant favorisent sa digestion, les rots, limitent les reflux et les coliques.

3.3.1.2. Aspects sensorimoteurs :

Le portage favorise la stimulation de différents sens : le toucher, l'odorat, la vue, le goût, l'ouïe, les sens kinesthésique et vestibulaire.

3.3.1.2.1. Le toucher :

C'est le sens le plus développé à la naissance et le premier mode de communication et de relation entre la mère et son enfant.

Les bébés dépendent du toucher pour s'instruire, découvrir le monde : ils ont besoin de contacts tactiles pour la maturation de leur système nerveux.

Les bébés, comme tous les mammifères cherchent à maintenir le contact avec leur mère. Ils ont des réflexes archaïques pour s'accrocher au corps de celle-ci, même s'ils ont besoin d'aide pour s'y maintenir : ils ont un réflexe d'agrippement avec leurs mains, pieds et adoptent une posture assise-accroupie qui s'adapte au corps de la mère. Dans sa théorie, Bowlby insiste sur le fait que l'enfant naît avec le besoin fondamental de contact et que l'attachement s'établit si la mère satisfait ce besoin par des caresses, des soins, des bercements qui assurent la fonction de protection.

Dans le siècle dernier, plusieurs études ont d'ailleurs été menées pour définir quelle était l'importance du toucher pour ces nourrissons. Par exemple, le psychologue américain Harlow (1963) a mené une expérience sur des singes qui a démontré l'importance du contact physique pour un développement satisfaisant du petit. Il a présenté deux substituts maternels aux petits, l'un en chiffon, dégageant de la chaleur, et l'autre en fil de fer procurant le lait. Les singes passaient davantage de temps avec le substitut maternel en chiffon puisqu'il apportait de la chaleur et de la douceur bien que celui-ci n'apportait pas de nourriture. Ceci montre qu'on ne peut donc pas réduire la fonction maternelle à sa seule dimension alimentaire.

Un autre exemple concernant les bébés humains conforte l'idée que le toucher est un besoin vital pour l'enfant : en 1938, à l'hôpital Bellevue de New York un régime de soins incluant le portage, le maternage et la prise dans les bras plusieurs fois par jour a été introduit. Le taux de mortalité infantile passa alors de 30-35% à 10 %. Cette expérience montre que l'être humain vit plus difficilement sans les fonctions assurées par la peau.

Pour le sens tactile comme pour chaque sens ou chaque fonction, il existe des périodes critiques pendant lesquelles il faut stimuler la peau afin que l'organisme puisse se développer harmonieusement : les périodes péri et post-natales sont primordiales. Le portage intensif facilite cette stimulation en permettant un contact physique étroit presque permanent.

3.3.1.2.2. Système vestibulaire et développement moteur :

Le portage favorise la croissance globale de l'enfant, le développement cérébral et musculaire. En effet, les mouvements du porteur, stimulent le système nerveux du bébé et notamment son système vestibulaire, ce qui participe au développement de son équilibre. L'enfant développe son sens du rythme et sa motricité grâce aux battements cardiaques, aux bercements et aux vibrations qu'il perçoit quand le porteur parle, chante ou rit. De plus, comme le tissu de l'écharpe n'entrave pas ses mouvements, il peut bouger à son gré. Tout cela amène l'enfant à une perception corporelle plus précoce et à marcher plus tôt que les enfants non portés.

La pédopsychiatre Marcelle Geber a étudié entre 1950 et 1960 des nourrissons Baganda, vivant en Ouganda dans leur vie quotidienne. Elle a pu montrer une avance de ces enfants africains par rapport aux enfants européens ou américains du même âge, notamment au niveau de leur motricité. La position dans le dos de la mère entraînerait une précocité du développement des muscles commandant la tenue de la tête, la station assise, la motricité fine, la locomotion. Par exemple, ces enfants marcheraient à 9 mois au lieu de 12 pour les enfants européens, courraient à 12 mois au lieu de 24.

Le portage permet également le bon développement du squelette du bébé, de ses hanches et de sa colonne vertébrale. En effet, la colonne vertébrale du nouveau-né a la forme d'une cyphose, son dos est arrondi, puis elle se redresse progressivement. Si le nourrisson est couché à plat, sa colonne vertébrale est déroulée et étirée, il n'est donc pas à l'aise car cette position ne correspond pas à son stade de développement. Au contraire, la colonne vertébrale d'un enfant porté se forme dans le respect du développement de l'enfant puisque le portage respecte l'arrondi du dos de l'enfant à la naissance en apportant un soutien.

3.3.1.2.3. Vision :

Un nouveau-né ne voit qu'à une distance de 20 centimètres, ce qui équivaut à la distance entre la tête du porteur et celle du bébé. Cela est idéal pour que le nourrisson puisse voir le visage de son porteur dès les premiers jours, alors que sa vue n'est pas totalement développée.

Au départ, le bébé est complètement enveloppé : la vision n'a qu'une importance partielle puisque ses besoins sont satisfaits par le contact proche avec ses parents. Puis, sa curiosité s'accroît et concerne d'abord son entourage proche puis éloigné.

Le bébé porté est à la hauteur d'un adulte et découvre donc le monde comme celui-ci. Son cerveau reçoit alors de nombreuses stimulations, ce qui favorise son développement.

De plus, la stimulation des sens de l'ouïe et de l'odorat contribue également au développement optimal du cerveau : le bébé porté entend sa mère lui parler et sent son odeur.

3.3.1.2.4. Aspect psycho-affectif :

Le portage apporte une sécurité à l'enfant qui se sent protégé par le porteur. Le porte-bébé est un endroit où l'enfant est sécurisé car il est sous la surveillance d'un adulte et retrouve des perceptions connues : toucher, agrippement, frottement, recherche du sein, odeur, voix. Il est à l'abri des agressions extérieures comme le bruit, le froid, les étrangers..., car il peut à tout moment se blottir contre le porteur. Tout ceci le rend plus calme et relaxé et son besoin d'attention est satisfait.

3.3.1.2.5. Portage et pleurs :

Le bébé humain semble programmé pour communiquer en criant. Par les cris, les bébés expriment la douleur, la faim, l'ennui ou l'inconfort et servent ainsi à attirer l'attention de leur mère ou d'une personne de l'entourage. Selon Henri Wallon (1934), ces expressions vocales sont vectrices d'émotion et c'est le mode de relation dominant de l'enfant avec son entourage. La mère, quant à elle, peut interpréter les différents cris de son enfant dès sa troisième semaine de vie. Si l'on sépare l'enfant de son « habitat naturel », le corps maternel, il a cette réponse de protestation : le cri de détresse à la séparation.

Celui-ci a pour objectif de l'aider à retrouver le corps de sa mère. Il s'agit donc d'une réponse de survie à la privation. Les enfants portés n'ont pas besoin de protester pour retrouver leur habitat naturel et pleurent donc moins.

De plus, lorsqu'un enfant est porté, l'adulte peut répondre sans délai à ses besoins. Il est plus sensible aux signaux émis par l'enfant et peut y répondre plus rapidement, souvent avant même qu'il aille jusqu'aux pleurs. C'est le contact étroit qui permet au parent de se familiariser plus vite avec les signes que son enfant renvoie et ainsi de mieux le comprendre. De cette façon l'enfant peut se développer sans s'inquiéter de l'assouvissement de ses besoins.

Selon Jean Liedloff (1977 p 209), le portage prévient aussi les pleurs car il permet à l'enfant d'évacuer ses tensions. En temps normal, avant de pouvoir marcher, le bébé accumule l'énergie mais ne peut pas la décharger autrement que par les pleurs. A l'inverse, s'il est porté par une personne en mouvement, les tensions du porteur et du porté sont évacuées.

Selon certains anthropologues, dans les régions où les enfants sont traditionnellement portés, ceux-ci ont tendance à moins pleurer. Dans son article, Willi Maurer (2001), décrit la relation entre une femme et son bébé qu'elle porte en permanence : celui-ci « ne pleurerait jamais, il communiquait ses besoins par des mimiques et des gestes qu'elle pouvait immédiatement interpréter ».

L'étude de Urs Hunziker et Ronald Barr (1986), réalisée au Canada sur des enfants portés, montre une diminution de moitié des pleurs chez ces enfants portés une heure et demie de plus que les autres.

3.3.1.2.6. Portage et sommeil :

Le portage favorise l'endormissement de l'enfant et la prise de conscience du rythme veille/sommeil. Grâce au sentiment global de sécurité apporté par l'enveloppement du tissu et la proximité du parent, aux changements de position de son porteur qui le bercent et qui lui indiquent que celui-ci est toujours contre lui, l'enfant peut s'endormir et se réveiller quand il le souhaite dans un environnement sécurisant, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison.

3.3.1.2.7. Portage et ouverture au monde :

Le portage permet aux parents de répondre aux besoins de contact, de chaleur de l'enfant, tout en l'ouvrant au monde. L'enfant est présent dans les situations de la vie quotidienne et son intégration dans la vie familiale est facilitée.

Il découvre son environnement en toute sécurité, s'ouvre plus facilement aux étrangers, au monde car il ne se sent pas menacé par l'extérieur : il apprend la vie mais peut aussi choisir de se réfugier contre sa mère. Par exemple, les indiens navahos utilisaient les porte-bébés et pratiquaient l'emballotement. On a alors observé que les bébés se calmaient dès qu'ils étaient dans le porte-bébé et que les mères les manipulaient facilement en les redressant pour qu'ils regardent lorsqu'elles travaillaient dans les champs ou en les posant par terre pour qu'ils dorment dans le porte-bébé. Les bébés navahos devenaient des observateurs et participaient à la vie des adultes grâce au porte-bébé.

Selon Jean Liedloff (1977 p 13-14), un bébé a besoin de participer à la vie active d'une personne, d'être éveillé aux expériences qu'il rencontrera plus tard. L'occupation principale de l'enfant porté consiste à être témoin des comportements, des rencontres et de l'environnement du porteur. En effet, selon Jean Piaget (1926), le développement de l'enfant est une construction active qui s'établit grâce à une interaction permanente entre le sujet et le monde extérieur. Ceci le prépare à prendre sa place parmi les siens et permet une équilibration progressive et continue du développement. Si au contraire toute l'attention de l'adulte est centrée sur lui, le bébé pourra ressentir une frustration. Il émettra alors des signaux afin de participer davantage à une activité centrée sur l'adulte et non pas pour recevoir plus d'attention.

3.3.1.2.8. Portage et attachement :

Le portage favoriserait l'attachement parent/bébé et l'autonomie de l'enfant. Selon Jean Liedloff (1977 p 117-118), la confiance de l'enfant porté augmente plus rapidement que chez les enfants non portés. Quand le bébé porté a reçu assez de protection et de stimuli, il peut s'aventurer dans le monde en quittant le corps de sa mère. Il est suffisamment sûr pour cela.

Il va ensuite pouvoir vivre la suite des expériences appropriées : il commence à se déplacer et revient souvent vers sa figure d'attachement pour s'assurer qu'elle est toujours présente et disponible. Rassuré de la retrouver il peut explorer de plus en plus et revient moins souvent vers elle. Le besoin de contact physique diminue à mesure que les expériences augmentent.

L'enfant n'y aura recours que pendant des moments de stress qu'il ne pourra gérer seul et ces moments deviennent plus rares à mesure que l'enfant grandit.

3.3.2. Pour l'enfant avec déficit :

Lors du suivi orthophonique d'un enfant porteur de handicap et de sa famille, il s'agira d'accompagner les parents dans la compréhension des signes de leur bébé, de valoriser les parents et l'enfant à leurs yeux, de les soutenir et les informer.

Le portage peut être bénéfique pour pallier les difficultés de certains handicaps ou situations particulières: la prématurité, un accouchement difficile, les troubles de l'alimentation, l'absence de pré-langage, l'hypo ou hypertonicité, l'autisme, la surdité, la déficience visuelle, la dysplasie...En effet, le lien parent/enfant peut être fragilisé par une grossesse ou une naissance difficile, une période d'hospitalisation, l'annonce du handicap...Le portage peut favoriser ce lien, participer à l'apaisement de l'enfant et peut être adapté à ses difficultés motrices.

Les choix d'un porte-bébé et d'un mode de portage peuvent être effectués en fonction du handicap que l'enfant porté présente et de la morphologie du porteur. En effet, certains types de porte-bébé ou certains modes de portage sont plus adaptés que d'autres pour le confort du porteur et du porté et favoriseront plus que d'autres le développement moteur, communicationnel ou affectif d'un enfant porteur de handicap ou ayant eu un début difficile dans la vie.

Nous retrouvons donc des modes de portage différents et adaptés à la pathologie physique de l'enfant mais également des indications de portage pouvant intéresser l'orthophonie.

3.3.2.1. Portage et difficultés physiques :

- L'enfant ayant subi une chirurgie cardiaque: un portage devant, avec les mains rentrées sous le menton lui apporte une protection au niveau de la face avant de son corps qui est plus vulnérable.

- L'enfant avec un pied bot : si le pied de l'enfant est laissé libre, on peut utiliser n'importe quel type de portage. Si au contraire, le pied de l'enfant est emplâtré, un portage devant ou dans le dos sera plus adapté. Le tissu doit alors être tiré jusqu'au genou du bébé afin qu'il puisse porter le poids du plâtre.

- L'enfant avec une fracture de la clavicule à la naissance : l'enfant doit être porté devant en kangourou, ou en Sling et doit être bien centré.

- L'enfant avec une plagiocéphalie: le portage apporte une symétrie à l'enfant par rapport au corps du porteur. On peut par exemple proposer une hanche simple, réglable ou un Sling.

Un portage devant ou sur le dos peut également être adopté, mais dans ce cas il faut être vigilant à ce que l'enfant ne pose pas sa tête toujours sur le même côté afin de ne pas renforcer sa plagiocéphalie.

- La dysplasie congénitale de la hanche ou hanche luxable: le portage thérapeutique peut être une façon de remédier à la dysplasie chez l'enfant. En effet, dans l'articulation de la hanche normale, l'os de la cuisse, le fémur, s'emboîte dans le bassin au niveau de la cavité cotyloïde. Chez l'enfant cette cavité est constituée de cartilage qui se durcit pour se transformer en os progressivement. Le cartilage peut mal se développer si des postures ne respectant pas l'emboîtement correct de l'articulation sont répétées. A l'inverse, des postures adaptées au développement de l'enfant permettront un développement satisfaisant de son squelette. Dans la dysplasie, il y a une laxité anormale de l'articulation qui engendre une luxation des hanches. Le traitement consiste alors à maintenir les membres inférieurs en flexion et abduction, hanches ouvertes, cuisses écartées pendant les premiers mois de la vie. Ceci correspond à la position d'un enfant porté. Deux types de portage thérapeutique sont conseillés dans la dysplasie : le portage symétrique sur la hanche ou le portage ventral sur le côté.

3.3.2.2. La prématurité :

En néonatalogie, le contact peau à peau et le portage sont de plus en plus présents dans les soins apportés aux enfants prématurés. Ceci permet de favoriser l'établissement du lien parent/enfant.

C'est en 1978 en Colombie que le pédiatre, Edgar Rey Sanaria créa la méthode mère kangourou (MMK) pour pallier l'insuffisance de moyens techniques d'une maternité de Bogota. Cette méthode était d'abord destinée aux soins de l'enfant prématuré ou de petit poids à la naissance afin de libérer de la place dans les incubateurs pour les enfants les plus malades. Suite à la mise en place de la MMK, la mortalité et le nombre d'abandon ont beaucoup chuté.

La méthode est aujourd'hui utilisée dans les pays développés pour stimuler l'allaitement maternel et permettre l'installation d'une bonne relation mère-enfant. La MMK humanise les soins donnés aux prématurés et complète la technologie sans la remplacer.

La MMK peut être considérée comme un traitement de la séparation douloureuse de l'enfant prématuré avec ses parents. Elle consiste à placer l'enfant contre la peau de la mère ou du père de façon prolongée. Ce dernier est rapidement introduit dans le protocole de soin du bébé.

Grâce à la MMK, le parent est une source de chaleur et d'alimentation pour le bébé qui évite l'hypothermie et l'hypoglycémie. Elle favorise la sortie précoce de l'hôpital. Le stress des parents et du bébé diminue, ainsi que la douleur de l'enfant : la fréquence cardiaque qui augmente quand un bébé a mal, se normalise plus vite que s'il est dans un incubateur. De plus, la position kangourou donne une sensation de sécurité à l'enfant.

D'autre part, le portage favorise la flexion, l'agrippement et l'enroulement des bébés portés. Dans le cas d'un enfant prématuré, le portage sur le côté est le plus adapté car c'est le portage qui développe le plus l'agrippement de l'enfant à son porteur.

3.3.2.3. Enfants porteurs de trisomie 21 :

Le portage accompagne la stimulation de l'oralité : en effet, le porté étant à hauteur de l'adulte, la stimulation de la sphère oro-faciale, hypotonique chez les enfants trisomiques, est favorisée. Elle peut prendre la forme de jeu entre l'adulte et l'enfant qui effectuent un travail praxique.

Le portage peut également aider l'enfant porteur d'une trisomie à tonifier sa musculature puisque le portage est actif, que l'enfant y participe en s'agrippant.

Le portage sur le côté est préconisé car il favorise l'agrippement et incite l'enfant à communiquer, sans le mettre en situation de stress.

3.3.2.4. Enfants sourds :

Un portage sur le côté, favorisant la lecture labiale, ou un portage haut sur le dos qui permettra à l'enfant de bien voir pour compenser sa déficience auditive, seront adaptés. Le portage ventral permet à l'enfant de ressentir les vibrations de la cage thoracique de son porteur.

3.3.2.5. Enfants autistes :

Pour la psychanalyste Varenka Marc (1989), le holding permet aux parents « de percevoir ce qui est beau chez leur enfant ». Ces enfants ont besoin d'être soutenus, enveloppés, protégés pour favoriser leur développement global.

3.3.2.6. Enfants adoptés ou placés:

Le portage d'un enfant au moment de son adoption permet de créer du lien entre ses parents adoptifs et lui. Séparé de sa mère, cet enfant peut souffrir de carences affectives lorsqu'avant l'âge de trois ans il n'a pu établir de premiers liens d'attachement avec elle ou toute autre personne de son entourage.

Il a besoin de ressentir la chaleur et l'intimité avec les parents adoptant pour découvrir un état de bien être, se construire et apaiser ses blessures. On peut citer ici Spitz qui a développé le concept d'hospitalisme après la seconde guerre mondiale voyant le nombre d'enfants abandonnés augmenter. Il observe alors que les bébés entrent dans un état dépressif lors de la séparation d'avec leur mère : ces enfants subissent une privation affective totale. Ses travaux indiquèrent que les récompenses concrètes en nourriture ne sont pas suffisantes pour garantir un bon développement affectif et que les bébés ont donc un besoin biologique profond d'une relation affective sécurisante. Cette relation est la base du développement physique, social et intellectuel de l'enfant. Le portage aiderait donc à se sentir en confiance et favoriserait le contact visuel, essentiel dans la construction de la relation duelle.

On conseillera plutôt le portage côté dans un Sling ou en hanche réglable qui permettra de jouer sur la distance entre le porteur et l'enfant porté. Il donnera à l'enfant le choix de regarder ou non l'adulte et stimulera son langage, notamment s'il doit apprendre une nouvelle langue.

Etant le portage le plus utilisé dans le monde, il pourra peut-être permettre à l'enfant de retrouver des sensations qu'il a déjà connues auparavant.

Pour les enfants placés chez une assistante familiale ou maternelle, le portage sur le côté ou dans le dos seront plutôt conseillés car ils sont moins proximaux que le portage devant et pourraient être les plus adaptés.

3.3.2.7. Déficience visuelle chez l'enfant:

Le contact visuel important pour le lien parents/enfant ne peut s'établir. La stimulation des autres sens de l'enfant par le portage favorise alors la découverte réciproque des deux partenaires, ce qui facilite l'attachement. En outre, le portage peut aider l'enfant à s'ouvrir : le bébé découvre le monde par l'intermédiaire du porteur.

Un portage devant lui permet d'être bien centré par rapport à ses oreilles.

3.3.2.8. Enfants IMC:

Certains enfants IMC ont tendance à placer leur corps en extension ou en asymétrie. L'enveloppement dans une écharpe pourrait permettre un certain contrôle de cette hyperextension grâce à la position d'enroulement adoptée par le porté.

3.3.2.9. Enfants avec reflux :

Le portage sur le côté favorise l'enroulement donc la musculation ventrale. Il est donc adapté pour ces enfants car ceux-ci se maintiennent alors mieux, de façon plus verticale, ce qui libère les tensions au niveau de leur tube digestif.

3.3.3. Pour les parents :

Le portage a également des avantages pour les porteurs.

Ces derniers apprécient le fait d'être libre de leurs mouvements et de leur action, d'être plus disponibles pour les aînés...

Le porte-bébé est moins coûteux et permet un transport plus aisé qu'en poussette ou landau, comme par exemple dans les escaliers, la foule, les transports en commun... Il préserve aussi le dos du porteur.

D'autre part, le porte-bébé renforce le lien parents/enfant en augmentant les échanges verbaux et non verbaux au quotidien, en permettant une meilleure connaissance de l'enfant et une découverte mutuelle. La confiance des parents en leurs capacités parentales est donc favorisée car ils peuvent répondre plus rapidement aux besoins de leur enfant. Par exemple, le porte-bébé facilite l'allaitement du bébé puisque celui-ci est contre le corps de sa mère, bien positionné, et que sa demande est plus vite perçue.

Le porte-bébé peut être utilisé comme moyen de prévention contre la dépression post-partum afin de développer la relation parents/enfant.

Enfin, l'adulte peut porter même s'il présente un handicap : difficulté motrice, polyarthrite, syndrome du canal carpien... On conseillera alors différents nœuds et modes de portage en fonction de ce handicap.

4 Portage, interactions et communication

Porter son enfant permet de l'immerger dans un bain de langage : il devient un interlocuteur à part entière. Le portage contribue alors à l'élaboration du langage et à la socialisation (Wagnon L., 2009) : en effet, le bébé porté bien haut peut voir et entendre les modulations du langage. Sur le côté, il est assez près pour voir le placement de la langue dans la bouche et percevoir les intonations spécifiques à sa langue maternelle. Cela participe donc à l'apprentissage du langage et des phonèmes et lui permet de mieux comprendre le sens de ce qui est dit. Il observe les relations humaines, les conversations et apprend ainsi la communication grâce à son entourage (Cortet C. et al., 2009).

De plus, on ne s'adresse pas à un bébé de la même façon s'il est en poussette ou porté. En effet, souvent les interlocuteurs approchent très près leur visage du bébé en poussette et modifient beaucoup leur langage. Le bébé est alors passif et peut difficilement s'éloigner ou refuser le contact. Au contraire, lorsque l'enfant est porté, l'entourage adopte plutôt une distance de discussion normale, propre aux habitudes culturelles (Cortet C. et al, 2009, p 34-35). A la même hauteur que l'enfant, le porteur lui sourit, pointe les objets du doigt et en retour l'enfant pourra l'imiter en lui souriant, gazouillant... En effet, c'est par l'observation et l'imitation qu'il apprend.

L'orthophoniste Marlène Wietrzykowski citée par Van Den Peereboom I. (2006) explique son expérience du portage de son enfant : elle lui parlait beaucoup, suivait son regard et lui racontait ce qui semblait l'intéresser. Selon elle, il est important de raconter, chanter, décrire en situation ; ce langage adressé à l'enfant lui permet de construire son propre langage. Le dialogue est réduit lorsque l'enfant est en poussette car l'interlocuteur ne peut pas voir ce qu'il regarde et donc lui parler de ce qui l'intéresse. Elle cite un ouvrage de Rachel Cohen et Ragnhild Soderbergh (1999) et parle des jeux de langage.

Lors du jeu « regarde et nomme », l'enfant et l'adulte sont ensemble, l'adulte voit que l'enfant s'intéresse à un objet. L'adulte se tourne alors vers l'enfant, pointe son doigt vers l'objet, ce qui montre que l'événement ou l'objet est à observer, et le nomme en utilisant une prosodie et des mimiques prononcées.

Les deux partenaires partageront ainsi la découverte de leur environnement et des rituels s'installeront autour d'objets favoris avec des commentaires redondants, débutés soit par l'enfant soit par l'adulte. Progressivement, l'enfant devient de plus en plus actif, en babillant et gesticulant. Il apprend à pointer lui-même et essaye petit à petit de nommer. Cet échange qui permet à l'enfant d'apprendre le vocabulaire de sa langue maternelle est favorisé lorsque l'enfant est porté.

Porté sur le côté ou sur le ventre, l'enfant est à bonne distance pour échanger visuellement, tactilement avec le porteur. Le contact physique permet aux deux partenaires de s'approprier grâce aux expériences sensorielles (Van Den Peereboom I., 2006). Selon Yarrow (1975), cité par Montagu A. (1979 p 81), « la mère, en tant que stimulus social, fournit à son enfant des stimulations sensorielles, tactiles, visuelles et auditives, à tout instant : lorsqu'elle le porte, le serre contre elle, joue avec lui, lorsqu'elle lui parle, ou simplement lorsqu'elle est visuellement présente ». Ces échanges sensoriels favorisent le développement de l'enfant. En effet, dans son étude de 1965, Casler, cité par Corraze (1988), a comparé 8 enfants, élevés en institution qui recevaient des stimulations tactiles pendant 20 minutes par jour, à 8 autres qui en étaient privés. Il a montré qu'après 10 semaines, les enfants du premier groupe avaient un développement plus avancé, principalement dans les domaines du langage, de l'intelligence, de la sociabilité (Corraze, 1988).

Cependant, le portage ne signifie pas relation exclusive et absence totale de séparation. En effet, l'enfant n'est pas porté par une seule personne et dans une situation unique. Les partenaires partagent diverses activités comme la lessive, le repas, la lecture... et l'enfant peut être porté par le père, la fratrie, les grands-parents... Cette diversité des expériences vécues par l'enfant contribue à l'enrichissement de son bagage lexical et à l'élaboration de sa syntaxe. L'enfant participe aux événements, est en contact étroit avec une personne qui assure sa sécurité. Il acquiert la confiance en lui-même et dans les adultes qui s'occupent de lui. Il accède ainsi naturellement à une autonomie non forcée : il se détachera spontanément et ces adultes seront prêts à le laisser s'autonomiser.

5. Conclusion de la partie théorique :

Nous venons de voir que les interactions précoces et la communication d'un enfant porteur de handicap peuvent être perturbées dans leur développement.

Le portage d'un enfant tout-venant ou porteur de handicap peut favoriser ses échanges avec son entourage, son ouverture au monde et lui offrir une sécurité psycho-affective. Du côté du porteur, il peut aider à comprendre les besoins de l'enfant.

Dans le suivi orthophonique d'une enfant porteur de handicap, l'accompagnement parental est un point important à prendre en compte : il s'agira de valoriser les parents dans leur savoir-faire avec leur enfant, de les informer, les soutenir, de les aider à comprendre les signes de leur enfant. Le portage peut ainsi être proposé comme un outil permettant de favoriser les échanges parents/enfant et la communication de celui-ci avec son entourage.

6. Buts et hypothèses:

Dans notre mémoire, il s'agira de mettre en évidence ou non l'intérêt du portage chez un enfant porteur de handicap de 0 à 3 ans pour le développement de sa communication, de ses interactions précoces.

Hypothèse 1 : le portage physiologique, devant, sur le côté ou dans le dos, améliore les interactions précoces et la communication pour un enfant porteur de handicap.

Hypothèse 2 : Le développement de la communication et des interactions précoces est différent si l'enfant porteur de handicap est porté ou non : quand un enfant est porté on s'adresse plus facilement à lui en tant que sujet à part entière qu'à un enfant en cosy ou en poussette.

Sujets, matériel et méthode

1. Présentation de la population : critères d'inclusion et d'exclusion.

1.1. Présentation du CAMSP :

Le CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) de Tourcoing est un centre de ressource et de consultation. Il accueille des enfants de 0 à 6 ans à la demande des parents et/ou des professionnels. Les enfants peuvent être suivis en raison d'un retard psychomoteur, d'un déficit moteur/sensoriel/mental, d'un trouble de la communication ou du langage, de difficultés de comportement, d'un trouble de l'interaction et de l'échange, d'une inquiétude de l'entourage.

Le centre est composé de différents professionnels qui travaillent ensemble pour une prise en charge pluridisciplinaire de chaque enfant : un pédiatre, un pédopsychiatre, un médecin de rééducation fonctionnelle, une coordinatrice, deux orthophonistes, trois kinésithérapeutes, quatre psychomotriciennes, deux psychologues, deux ergothérapeutes, une assistante sociale, une institutrice spécialisée, deux éducatrices spécialisées, deux secrétaires.

Ces professionnels ont une mission de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement des troubles précoces du développement. Chaque enfant a un référent médical et thérapeutique qui est l'interlocuteur privilégié des parents.

Les prises en charge sont individuelles mais peuvent être aussi de groupe. Ainsi il existe différents ateliers réunissant des parents et leurs enfants pour des échanges entre parents, enfants et professionnels :

- le groupe « massage » pour parents et enfants ;
- le groupe « portage » décrit ci-après ;
- le groupe « contes » pour enfants ;
- le groupe « et si on jouait ensemble » pour les parents d'enfants trisomiques ;
- le « groupe de parole » pour les parents ;
- le groupe « jeux et motricité » pour les enfants ;
- le groupe « fratrie » pour les frères et sœurs des enfants pris en charge au CAMSP ;
- le groupe « parents/bébés » pour les parents et les enfants ;
- le groupe « ludothèque » pour les parents et les enfants ;

- le groupe « co-thérapie » pour les professionnels (kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) ;
 - le groupe « babillage dans un salon de massage autour du portage », décrit ci-après ;
 - le groupe « jouer, parler, échanger » pour les enfants.
- Nous avons pu assister au groupe « babillage dans un salon de massage autour du portage », se déroulant un jeudi sur deux.

1.2. Présentation des professionnels et des enfants

rencontrés :

Pour la partie pratique de notre mémoire nous avons rencontré des familles d'enfants pris en charge au CAMSP de Tourcoing.

Notre étude concerne des enfants porteurs de handicap et suivis au CAMSP. Ces enfants, filles ou garçons, ont de 0 à 3 ans. Le niveau socio-culturel est indifférent puisque nous ne comparons pas réellement ces enfants entre eux, mais étudions plutôt l'intérêt du portage pour chacun d'eux. Ces enfants sont portés, de façon régulière ou non, ou non portés. Ils peuvent avoir été portés pendant un moment de leur vie et ne plus l'être aujourd'hui.

Les enfants ne faisant pas partie de notre étude sont les enfants de plus de 3 ans, non porteurs de handicap et non pris en charge au CAMSP de Tourcoing.

Une deuxième partie de notre étude a consisté à rencontrer différents professionnels du CAMSP, concernés par le portage.

-Madame W., orthophoniste, monitrice de portage formée par l'association Peau à Peau en 2008, par l'association « Porter son enfant tout un art » en 2010 et dans l'attente du certificat par l'AFPB (Association Française de Portage des Bébé).

-Madame N., kinésithérapeute, monitrice de portage formée par l'association Peau à Peau ;

-Madame D., psychomotricienne ;

-Madame M., psychomotricienne, monitrice de portage formée par l'association Peau à Peau ;

-Madame T., psychomotricienne.

Nous avons pu ainsi connaître les objectifs des professionnels en ce qui concerne le portage et son importance pour le développement des enfants suivis au CAMSP.

1.3. Le groupe « babillage dans un salon de massage autour du portage » :

Ce groupe se déroule en présence de deux professionnels du CAMSP : Mme W., orthophoniste et Mme N., kinésithérapeute. Il a lieu le jeudi pendant une heure et demie et permet d'accueillir un maximum de quatre enfants suivis au CAMSP, avec leurs parents. Il s'agit d'un temps d'éveil pour les enfants. Le groupe a pour objectif de développer la communication, les pré-requis au langage, la motricité, l'interaction et la relation avec les parents tout en favorisant l'ouverture aux autres et l'autonomie de l'enfant. L'enfant participe à des activités, développe ses capacités, ce qui le valorise aux yeux de ses parents. Pour les parents, il s'agit d'un temps où ils peuvent poser leurs questions, parler de leur expérience, de leur vécu avec d'autres parents et les professionnels. Ils sont soutenus, écoutés, accompagnés.

Différentes activités sont proposées aux enfants et à leurs parents, l'objectif étant leur bien-être. Il peut s'agir d'activités permettant de développer :

- La sensorialité : avec par exemple des jeux d'eau, de lumières, d'éveil sonore, des vibrations, des massages...
- Le langage : avec des comptines, des livres...
- La motricité et le système vestibulaire par des parcours de motricité, des draps dans lesquels les enfants sont bercés,
- L'oralité.

1.4. Le groupe « portage » :

Le groupe « portage » concerne principalement la population du CAMSP et de néonatalogie, mais aussi la fratrie des enfants porteurs de handicap. Il s'agit d'un temps de parole, d'apprentissage, de conseils, d'accompagnement des parents, autour du portage.

Le groupe a été créé par Mme N., kinésithérapeute, Mme W., orthophoniste et Mme M., psychomotricienne.

Ces trois professionnelles se relaient pour l'animer. Il a lieu une fois par mois et deux intervenantes accueillent environ cinq à six enfants et leurs parents durant une heure et demie. Chaque famille peut participer une à deux fois à ce groupe.

2. Méthode :

2.1. Recueil et construction des données :

Nous avons choisi de baser notre démarche sur une grille d'observation et des entretiens semi-dirigés adressés aux parents et aux professionnels concernés par le portage, afin d'effectuer une analyse qualitative et non quantitative.

2.2. La grille d'observation :

Pour élaborer notre grille, nous nous sommes inspirées de l'outil d'évaluation « Dialogoris 0/4 ans orthophoniste » de P. Antheunis et al. (p60-74, 2006) où l'on trouve notamment les tableaux synoptiques, et de la « Grille d'évaluation de la communication de la personne polyhandicapée » de D. Crunelle (2009). Nous nous sommes également appuyées sur les différentes étapes de développement de l'enfant afin de définir différents critères d'observations pointant les interactions verbales et non verbales, les capacités de communication des différents partenaires de l'échange.

Notre grille se décompose en plusieurs tableaux reprenant les éléments d'interactions et de communication de l'enfant mais aussi des parents.

Tout d'abord, la partie concernant l'enfant se décompose ainsi :

- les **compétences socles** : accroche du regard, poursuite visuelle, attention conjointe, attention et orientation au bruit, capacité à utiliser les gestes, pointage, échange et tour de rôle, imitation motrice et élan à l'interaction ;

- la **communication non verbale** : capacité à utiliser les mimiques, reconnaissance des mimiques des autres ;

- les **capacités verbales** : productions verbales, imitation verbale ;

- les **capacités cognitives** : intérêt pour les personnes/choses/objets, jeu symbolique, permanence de l'objet ;

- les **compétences motrices** : maintien de la tête, station assise, oculo-motricité, mode de déplacement, motricité fine ;

- le **langage** : expression (babil, onomatopées, mots, phrases...), compréhension (prénom, mots, phrases), moyens compensatoires utilisés par l'enfant, moyens qui aident l'enfant à comprendre et à communiquer.

Puis, nous décrivons ce que nous remarquons du côté des parents :

- regard ;
- mimiques ;
- mamanais ;
- câlins ;
- utilisation de gestes ;
- imitation de l'enfant ;
- discussion ;
- encouragements, enrichissements des productions de l'enfant ;
- attention conjointe ;
- jeu.

Ces tableaux sont remplis de manière qualitative par des signes +, +/- ou – selon des observations à un moment T et en fonction des normes de développement des enfants.

Nous y avons ajouté une colonne commentaires afin de donner des exemples plus concrets à nos observations et de préciser si l'enfant est porté ou non au moment où nous observons une compétence.

Vous trouverez en annexe les différentes grilles d'observation.

2.3. Les entretiens semi-dirigés :

Nous avons élaboré une trame fixe pour les entretiens qui nous guidait sans toutefois les diriger. Ces entretiens étaient adressés aux parents mais aussi aux professionnels du CAMSP concernés par le portage. En effet, il nous semblait important de comparer les objectifs et attentes des professionnels aux avis, constats des parents.

2.3.1. Entretien adressés aux parents :

La trame de ces entretiens diffère quelque peu si elle est adressée aux parents d'enfant porté ou aux parents d'enfant non porté. Nous avons complété ces entretiens au fur et à mesure de nos visites.

Pour les parents non porteurs, les questions concernaient la façon de transporter leur enfant, le temps qu'il était porté à bras, les activités préférées de l'enfant et celles qu'ils partageaient avec lui, leur avis sur le portage.

Pour les parents porteurs, l'entretien ciblait davantage le portage : le temps où l'enfant est porté, les avantages et les inconvénients du portage, la façon dont ils l'ont découvert, leurs constats afin de confirmer ou infirmer ce qui leur a été dit. Nous retrouvons également les questions adressées aux non-porteurs.

Vous trouverez en annexe 5 et 6 (p 9-10) les trames de ces entretiens.

2.3.2. Entretien adressés aux professionnels du CAMSP :

Nous avons interviewé les professionnels formés ou sensibilisés au portage, au sein du CAMSP.

Au cours des entretiens, nous leur avons demandé comment leur était venue l'idée d'introduire le portage dans ce Centre, quels étaient leurs objectifs pour les enfants et pour le groupe « portage », à quels types de patients ils proposaient le portage...

Ces entretiens nous ont également permis d'enrichir nos connaissances sur cette pratique.[Annexes 3 et 4, pages 7-8]

Nous nous sommes donc adressées à l'orthophoniste Mme W., à la psychomotricienne Mme M. et à la kinésithérapeute Mme N., qui participent au groupe « portage », ainsi qu'à Mme D.

Mme W. et Mme N. interviennent également lors du groupe « babillage dans un salon de massage autour du portage », où elles sensibilisent aussi les parents au portage.

2.4. Méthode d'analyse des données :

Notre méthode d'analyse est descriptive et correspond à nos observations à un moment T.

Nous avons pu rencontrer huit familles.

Il s'agissait d'observer chaque enfant pendant une heure, soit une demi-heure porté et une demi-heure non porté, et durant sa vie quotidienne. Chacun devait être vu trois fois dans l'année, à deux mois d'intervalle afin de connaître son développement.

Lorsque nous rencontrons les parents pour la première fois, nous ne leur décrivions pas le but précis de notre mémoire afin de les influencer le moins possible.

Nous avons conseillé le portage en écharpe sur la hanche avec un nœud simple ou réglable car c'est le plus fréquent et le plus simple à mettre en place. Cependant nous avons observé deux enfants en Taiï, placés devant soit parce que la mère avait l'habitude de porter ainsi soit parce que cela nous semblait plus approprié. [Annexes 1 et 2]

Nous avons filmé l'enfant (caméra tenue) et rempli la grille en deux temps : quand il était porté et quand il ne l'était pas. Par la suite, nous avons décidé de préciser uniquement dans la colonne « commentaires » lorsque nous notions des changements au moment du portage.

Nous avons complété ces observations par celles établies lors du groupe babillage, du visionnage des vidéos ainsi que par les informations apportées par les parents.

Pour chaque enfant, nous avons commencé l'analyse en retranscrivant les points clés d'anamnèse, puis les informations données par les parents et enfin nos observations pour chaque rencontre. Nous avons décrit les activités de l'enfant ainsi que ses compétences lorsqu'il était porté et lorsqu'il ne l'était pas. Cela nous a permis de comparer les interactions durant ces deux situations.

Au fil de nos rencontres nous avons noté les évolutions et nos conclusions quant au portage et l'intérêt que celui-ci aurait pour le développement des interactions précoces et de la communication de l'enfant.

Résultats

1. Observations des enfants :

1.1. Compte-rendu de chaque enfant :

1.1.1. Marie :

1.1.1.1. Anamnèse :

Marie est la 3^{ème} enfant de la famille.

Elle est prise en charge au CAMSP depuis le mois de février 2011 pour un retard important des acquisitions. Elle est suivie en kinésithérapie deux à trois fois par semaine, en psychomotricité une à deux fois par semaine, et en orthophonie une fois tous les quinze jours.

Elle a participé au groupe « babillage dans un salon de massage autour du portage » au début de l'année 2011.

Marie n'est pas portée au quotidien.

1.1.1.2. Séance 1 : le 30/06/11

1^{ère} rencontre : à 2 ans 3 mois.

Personnes présentes : Marie, sa mère, étudiantes CB et A-S L

Activités lors du temps d'observation : jeux de manipulation, livre.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-Marie joue peu toute seule, elle reste avec sa mère qui vaque à ses occupations. Elle la regarde, accrochée à ses jambes ou allongée par terre. Elle ouvre et ferme les tiroirs, lance les objets.</p> <p>2-La mère de Marie l'installe avec des jouets. Marie choisit un livre, le regarde, sourit, rit et babille. Elle retourne vers sa mère, nous regarde, mais va peu vers les autres.</p> <p>3-La mère de Marie l'encourage à se déplacer seule (« allez, viens »), puis la câline. Elles échangent ensuite autour d'un livre. La mère lui pose des questions à propos du livre. Marie prend un autre livre, pointe une image.</p> <p>4-La mère de Marie lui apporte un jeu de manipulation, elle lui montre comment réussir le jeu et prend sa main pour l'aider.</p>	<p>→Communication non verbale</p> <p>→Capacités verbales et non verbales : babillage, sourires, regard</p> <p>→Compétences sociales : attention conjointe, pointage.</p> <p>→Encouragement verbaux de la mère, discussions.</p> <p>→Echanges non verbaux (regard, contact tactile)</p> <p>→Attention conjointe</p>
Portage	<p>Marie est portée dans le dos avec un Taï. Sa mère peut vaquer à ses occupations. Marie apprécie la situation, rit et pose sa tête sur les épaules de sa mère. Elle s'agrippe à son cou. Elle est calme et paraît se sentir en sécurité. Elle s'ouvre plus facilement à l'extérieur : par exemple, elle interagit en utilisant le geste conventionnel « coucou ».</p> <p>La mère semble apprécier également cette situation. Elle sourit, rit, câline Marie. Elle reprend davantage les productions verbales de sa fille.</p>	<p>→Echanges non verbaux</p> <p>→Compétences sociales : utilisation de gestes dirigés vers l'extérieur</p> <p>→Echanges verbaux</p>

Marie est une enfant dans l'interaction. Elle a une appétence à la communication. Cependant, elle a un important besoin de proximité avec sa mère, avec laquelle elle échange plus non verbalement (par des contacts tactiles, visuels), que verbalement. Il est encore difficile pour elle d'aller vers l'extérieur.

Le portage pourrait lui apporter la proximité avec sa mère dont elle a besoin, pendant que celle-ci pourrait vaquer à ses occupations, en étant rassurée.

Il favoriserait également les échanges mère/fille, verbaux et non verbaux, et pourrait ainsi permettre l'ouverture de Marie vers l'extérieur : en effet, elle pourrait peut-être communiquer plus facilement avec d'autres personnes, en étant rassurée par la présence maternelle. [Annexe 7, pages 11-12]

1.1.2. Nahil :

1.1.2.1. Anamnèse :

Nahil est le premier enfant du couple.

Il présente une trisomie 21 diagnostiquée à la maternité associée à une cardiopathie. Il est né prématurément et a été hospitalisé en néonatalité. Durant cette période, Nahil a bénéficié d'un Peau à Peau très prolongé qui a favorisé le traitement d'une hypothermie.

La prise en charge au CAMSP a débuté le 13 mai 2011. Il est suivi en kinésithérapie deux fois par semaine.

Nahil a participé au groupe « Bébé-parents » et au groupe « Portage » du CAMSP. Il participe également au groupe « Si on jouait ensemble » réunissant des enfants porteurs de trisomie.

1.1.2.2. Questionnaire du 29/09/2011 :

Nahil a été porté en écharpe devant pendant un mois par sa mère et son père.

Seulement à la maison et de façon non permanente.

Suite aux conseils du CAMSP.

Aujourd'hui Nahil est porté à bras.

Avantages :

Le portage était destiné à apaiser Nahil, afin de l'aider à s'endormir.

Avis des parents :

Le portage physiologique calme, berce, endort l'enfant.

Il permet d'échanger beaucoup de regards.

Il permet aussi de vaquer à ses occupations, tout en portant l'enfant.

Les parents sont intéressés par le portage pendant un court moment pour une question pratique : nous leur avons donc proposé le nœud en hanche simple, rapide à installer.

Au bout d'un mois, il n'était pas utile de continuer le portage car Nahil est devenu un bébé calme qui arrivait à s'apaiser seul.

Activités préférées :

Nahil est souvent dans son aire de jeu, sa mère joue avec lui.

Ils se promènent l'après-midi en poussette.

1.1.2.3. Séance 1 : le 29/09/2011 :

1^{ère} rencontre: à 8 mois

Personnes présentes : les parents, Nahil, étudiantes CB et A-S L.

Activités lors de l'observation : le parc, le repas.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1- Le père prend Nahil dans ses bras et lui montre les fleurs qu'il nomme. Nahil ne semble pas prêter attention sauf quand son père lui tend une fleur et qu'il la prend dans la paume de sa main.</p> <p>2-Le repas : Nahil regarde peu sa mère. Il tète sa cuillère, émet quelques cris et pleurs. Sa mère le regarde, lui sourit, commente ce qu'il fait.</p> <p>3-Nahil dans les bras de son père. Ce dernier le caresse dans le dos, le câline. Il partage avec son fils ce qu'il voit et ce qu'il fait : tous les deux regardent les poissons.</p>	<p>→Discussion de la part du père →Echanges verbaux et non verbaux →Encouragements et enrichissements des productions de Nahil →Utilisation de mimiques différenciées et du mamanaï de la part de la mère et du père</p> <p>→Compétences sociales attention conjointe, accroche du regard</p>
Portage	<p>Proposition d'un temps de portage en hanche simple. Nous n'avons pas réussi à installer Nahil car il s'agrippait peu. Nous aurions voulu proposer un portage devant avec un autre nœud afin que le corps de Nahil soit davantage soutenu mais nous n'avons pu revoir cet enfant compte-tenu d'annulations de rendez-vous.</p>	

En conclusion, Nahil a des difficultés pour entrer en interaction avec son entourage. Ses parents interagissent beaucoup avec lui mais son handicap entraîne un retard moteur et communicationnel.

Nous n'avons pu observer Nahil en porte-bébé physiologique mais nous avons pu constater que lorsqu'il était porté à bras l'attention conjointe était facilitée ainsi que l'accroche du regard.

Etant souvent porté à bras, il aurait été intéressant de proposer aux parents un type de portage.

En effet, outre le côté pratique du porte-bébé physiologique, cela aurait permis à Nahil d'être davantage stimulé, de faciliter les échanges verbaux et non verbaux entre les différents partenaires. De plus, Nahil étant un enfant hypotonique, le portage lui permettrait d'avoir une position adaptée à son handicap et grâce à celle-ci d'entrer plus facilement en interaction avec son entourage. [Annexe 8, pages 13-14]

1.1.3. Alice :

1.1.3.1. Anamnèse :

Alice est la dernière enfant d'une fratrie de quatre.

Elle est née prématurément.

Elle est suivie au CAMSP, en kinésithérapie et en psychomotricité depuis septembre 2011.

Elle a participé à l'atelier « portage » et à l'atelier « babillage dans un salon de massage autour du portage » en 2011.

1.1.3.2. Questionnaire du 13/10/11 :

A la maternité, on a conseillé le Peau à Peau aux parents.

Ils l'ont appliqué pendant la durée de l'hospitalisation d'Alice qui a duré trois semaines.

La mère d'Alice explique que cela a comblé le manque de contact dû à la prématurité et à la couveuse.

La mère d'Alice a participé à l'atelier « Portage » du CAMSP : il a été proposé afin de calmer Alice qui pleurait beaucoup.

Alice a été portée devant, en écharpe, uniquement par la mère.

Aujourd'hui, elle se déplace en poussette ou est portée à bras.

Elle va dans les bras des autres personnes après un petit temps d'adaptation.

Avantages :

La mère souhaitait pouvoir continuer ses activités tout en calmant Alice.

Ceci n'a pas été très efficace et les parents ont arrêté de la porter.

Avis :

Lorsque nous la rencontrons, sa mère est intéressée pour essayer un portage simple à mettre en place.

Activités préférées :

Alice aime regarder les clips à la télévision et danser.

Elle est très entourée par ses frères et sœur avec qui elle joue le plus souvent.

1.1.3.3. Séance 1 : le 13/10/11

1ère rencontre : à 17 mois

Personnes présentes : les parents, Alice, étudiantes CB et A-S L.

Activités lors de l'observation : clips vidéo, livre.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1- Le père tend la main vers Alice pour qu'elle vienne vers lui, commente ce qu'elle fait et lui pose des questions pour l'encourager : « tu dances ? », « tu fais un bisou au chat ? ». Alice babille par moment. A la question « tu fais coucou au chat », Alice babille (« ouh ouh ») en direction du chat.</p> <p>2-Alice prend un livre, tourne les pages, le met à la bouche pour l'explorer. Elle reste longtemps sur cette activité seule puis tend le livre vers son père. Alice émet des demandes en pointant des images que le père nomme.</p> <p>3-Le départ : Alice se retourne à l'appel de son prénom et imite le geste symbolique « au revoir ».</p>	<p>→Compétence socle : tour de rôle →Langage : Compréhension de phrases courtes, babil, onomatopées →Encouragements et enrichissements des productions de la part du père</p> <p>→Compétences socles : attention conjointe, pointage →Echanges non verbaux</p> <p>→Compétences socles : élan à l'interaction ; attention et orientation aux bruits ; utilisation de geste →Compréhension de son prénom et de mots</p>
Portage	<p>Alice est portée en écharpe devant : on remarque beaucoup de caresses et de câlins de la part de la mère. Alice pose sa tête contre le buste de sa mère, bâille et se frotte les yeux. Elle bouge beaucoup et veut voir ce qui se passe derrière elle, ce qui l'entoure.</p>	<p>→Echanges non verbaux : regards, caresses →Utilisation de mimiques →Capacité cognitive : intérêt pour les choses qui l'entourent</p>

1.1.3.4. Séance 2 : le 15/12/11

2^{ème} rencontre : à 19 mois.

Personnes présentes : les parents, Alice, étudiante CB.

Activités lors l'observation : clip vidéo, comptines, ballon.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-Alice regarde les clips vidéo : elle se tourne vers ses parents pour danser. Ces derniers commentent ce qu'elle fait. Pour faire comprendre qu'elle veut un autre clip, elle danse sans musique, pointe l'ordinateur, ou encore babille. Le père pose des questions à Alice afin de préciser la demande de sa fille.</p> <p>2-La mère vient jouer avec Alice</p> <p>3-Alice demande à son père de chanter une comptine : elle fait le geste correspondant aux comptines « une poule sur un mur » et « pomme de reinette ». Son père chante et Alice continue de faire les gestes au bon moment.</p>	<p>→Compétences socles :pointage; élan à l'interaction</p> <p>→Productions verbales : babil</p> <p>→Encouragements et enrichissements des productions d'Alice de la part des parents.</p> <p>→Echanges de regards mais peu d'échanges verbaux</p> <p>→ Compétences socles : utilisation des gestes ; tours de rôle</p> <p>→Echanges non verbaux et verbaux avec son père</p>
Portage	<p>La mère d'Alice a essayé de la porter en hanche réglable : Alice refuse de se laisser faire et demande à être reposée par terre.</p>	<p>→Utilisation de gestes</p> <p>→Productions sonores</p>

En conclusion, Alice est une petite fille dans l'interaction qui a progressé au niveau moteur et au niveau de son langage.

Les jours où nous l'avons rencontrée, le portage ne convenait pas à Alice qui investit beaucoup son développement moteur. Elle a un réel besoin d'explorer par elle-même son environnement, sans avoir les mouvements entravés par le tissu.

Cependant lors du temps de portage on a pu remarquer un réel échange entre la mère et son enfant : l'écharpe favoriserait peut-être les échanges verbaux et non verbaux entre Alice et sa mère. Cela correspondrait alors à une continuité avec la méthode Peau à Peau proposée à la maternité.

[Annexe 9, pages 15 à 18]

1.1.4. Louise:

1.1.4.1. Anamnèse:

Louise est fille unique.

Elle est née par césarienne à 40 semaines d'aménorrhée pour une anomalie du rythme cardiaque fœtal. A la naissance une hypoglycémie néonatale sévère a entraîné une nécrose corticale. Il s'agit d'une enfant hypotonique, souffrant d'une cardiopathie et d'épilepsie.

Elle est suivie au CAMSP de Tourcoing depuis mai 2010 pour retard des acquisitions depuis la période néo-natale. Une prise en charge pluridisciplinaire est mise en place : Louise est suivie en kinésithérapie, psychomotricité, psychothérapie. Depuis janvier 2011, elle est également suivie en orthophonie. Au départ, elle était prise en charge pour des troubles de l'oralité avec des difficultés alimentaires. Maintenant, elle peut manger et boire seule et est suivie pour un retard langagier.

Elle a participé au groupe babillage de septembre 2011 à janvier 2012.

1.1.4.2. Questionnaire du 27/09/11 :

Louise est transportée en poussette ou se déplace en déambulateur.

Louise étant prise en charge au CAMSP de Tourcoing, l'atelier portage a été proposé à ses parents. Sa mère a donc essayé le portage jusqu'à ses six mois.

Celle-ci a dû arrêter de la porter car Louise ne supportait pas l'idée d'être confinée dans une écharpe. En effet, bien que Louise apprécie être portée à bras, elle ne pouvait pas bouger comme elle le souhaitait dans une écharpe.

Aujourd'hui, Louise est portée à bras lors du biberon et au moment de l'endormissement : cela permet de la rassurer et de l'apaiser. Elle va facilement dans les bras de quelqu'un d'autre.

Avis de la mère :

Elle explique qu'elle aimerait porter son futur enfant mais qu'avec Louise ce n'est pas possible, puisqu'elle a dû mal à accepter le portage.

Avantages :

Louise ne pouvait pas rester seule dans une pièce.

Elle avait besoin d'être rassurée, d'être près de sa mère.

Activités préférées:

Louise aime danser, écouter de la musique.

Sa mère précise qu'en ce moment elles apprécient cuisiner ensemble.

Louise participe en touchant les différents ingrédients, les textures...

1.1.4.3. Séance 1 : 27/09/11

1^{ère} rencontre : à 18 mois

Personnes présentes : Louise, sa mère, étudiantes CB, A-S L.

Activités lors du temps d'observation : télévision, alimentation, change, ballon.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-Louise est devant la télévision. Sa mère lui parle en vaquant à ses occupations. Louise tend ses céréales, joue avec, nous en propose, sourit. Elle pointe la télévision avec la main.</p> <p>2-Lors du change, on remarque de nombreuses interactions entre Louise et sa mère. Celle-ci lui parle, elles se regardent. Louise bouge les mains et sa mère commence alors la comptine des marionnettes.</p> <p>3-La mère de Louise lui demande d'aller chercher le ballon en faisant le geste « ballon ». Elle lui propose ensuite de ranger les jouets, Louise le fait. Sa mère l'encourage en disant « bravo », Louise s'applaudit alors, dès qu'elle remet un objet dans la boîte.</p> <p>4-Lorsqu'il y a de la musique, Louise danse en bougeant les bras et en sautillant sur ses fesses. Sa mère danse ensuite aussi. Louise rit. Louise tape deux cubes l'un contre l'autre comme pour accompagner la musique.</p>	<p>→Compétences socles : pointage, élan à l'interaction, regard. →Communication non verbale : sourires →Discussion de la part de la mère</p> <p>→Compétences socles : utilisation de gestes. →Echanges non verbaux →De la part de la mère : enrichissement des productions motrices de Louise par des productions verbales : moment d'échange autour du langage.</p> <p>→Compétences socles : attention conjointe, utilisation de gestes →Langage : compréhension de phrases en contexte →Utilisation de gestes de la part de la mère. Encouragements. →Reprise des productions de Louise par sa mère.</p>
Portage	<p>Nous avons proposé à la mère de Louise de porter sa fille un moment en écharpe mais elle préfère ne pas la porter ce jour là. Elle nous explique que Louise ne l'acceptera pas.</p>	

1.1.4.4. Séance 2 : 29/11/11 :

2^{ème} rencontre : à 20 mois

Personnes présentes : Louise, sa mère, étudiante A-S L

Activités lors du temps d'observation : peluche, jeu d'éveil musical, biberon, jeu avec les draps.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-La mère de Louise lui pose des questions : « qu'est-ce qu'elle fait Dora ? », « tu fais un câlin à Dora ? » Louise comprend, fait le câlin puis elle pointe Dora. La mère répond « oui c'est Dora ». Puis elle lui demande où est le nez de Dora. Louise pointe ses yeux. Sa mère lui montre alors les yeux, le nez, la bouche.</p> <p>2-Louise apporte un jeu d'éveil musical à sa mère. La mère de Louise répète le mot prononcé par le jeu en utilisant le signe correspondant au mot ou une onomatopée, pour faciliter la compréhension de Louise. Louise imite certains baby signes utilisés par sa mère. Sa mère lui demande ce que fait le lion. Louise imite le grognement du lion avec un geste correspondant. Sa mère commente (« ça c'est le lion, il fait ça le lion ? »). Louise demande la répétition de l'activité avec le geste « encore ».</p> <p>3-Louise demande son biberon en produisant le baby signe correspondant. Sa mère lui propose un gâteau avec le baby sign. Louise imite le geste.</p> <p>4-Louise tend les bras pour être prise dans les bras. Lors du moment de câlin, elle pose sa tête contre celle de sa mère.</p>	<p>→Compétences socles : pointage →Langage : compréhension de phrases →Discussions de la part de la mère. Encouragements. Enrichissements des productions.</p> <p>→Compétences socles : imitation motrice, utilisation de gestes, attention conjointe. →Capacités verbales : imitation verbale →Langage : production d'onomatopées. →Utilisation de gestes de la part de la mère, enrichissement.</p> <p>→Utilisation de gestes de la part de Louise et de sa mère.</p> <p>→Echanges non verbaux</p>
Portage	<p>Louise est portée en écharpe, en hanche simple. Elle fait un câlin à sa maman, demande le bébé. Sa mère lui donne. Le moment de portage ne dure pas, Louise s'agite et sa mère la repose.</p>	<p>→Echanges non verbaux</p>

En conclusion, Louise est une petite fille avec une grande appétence à la communication. Elle interagit avec sa mère et le reste de son entourage, en souriant, regardant, tendant les objets, babillant. Au niveau du langage, elle produit encore peu de mots ou d'onomatopées mais l'utilisation des baby signes par sa mère au quotidien est très positive.

Ils sont très investis par Louise. Ils l'aident à comprendre puisque le geste appuie le mot utilisé pour désigner les différents objets du quotidien. Elle exprime des demandes grâce à eux : le biberon, le gâteau, encore....

Nous n'avons pu observer beaucoup d'échanges au moment du portage puisque Louise n'a pas pu rester longtemps portée. Le portage a permis un corps à corps favorisant l'apaisement de Louise au début de sa vie. En revanche, elle a aujourd'hui un grand besoin de liberté dans ses mouvements et d'exploration qui rend le portage plus difficile à mettre en place..[Annexe 10, pages 19 à 22]

1.1.5. Marine :

1.1.5.1. Anamnèse :

Marine est la première enfant du couple.

Elle a une trisomie 21.

Elle vit dans un contexte bilingue : la mère est cambodgienne et commence à apprendre le français.

Sa prise en charge au CAMSP a débuté le 03/11/11 : elle est suivie en kinésithérapie deux fois par semaine.

Ses parents participent au groupe « portage » et au groupe « parents/enfants porteurs de trisomie 21 ».

1.1.5.2. Questionnaire du 09/02/12 :

Marine est transportée en poussette ou à bras la plupart du temps. Elle va facilement dans les bras d'autrui.

Elle est souvent dans son parc ou son couffin.

Les professionnels du CAMSP ont proposé le portage aux parents.

Avis des parents :

Ils pensent qu'elle est un peu petite et encore trop hypotonique pour cela mais souhaitent la porter.

Activités préférées :

Les parents expliquent qu'elle « parle beaucoup avec son entourage ».

1.1.5.3. Questionnaire du 06/03/12 :

Marine est portée en Sling, de temps en temps, environ 15 minutes.

Seulement par sa mère, le père préférant la porter à bras.

Avantages :

La mère peut vaquer à ses occupations tout en ayant Marine près d'elle.

Marine apprécie, elle est calme et s'endort.

Elle regarde davantage autour d'elle quand elle est portée et « moins en l'air ».

Pour la mère, c'est plus simple de la porter maintenant car elle tient mieux sa tête.

Elle fait remarquer qu'elle pourrait aller se balader ainsi.

1.1.5.4. Séance 1 : le 09/02/12

1^{ère} rencontre : à 3 mois et 20 jours.

Personnes présentes : les parents, Marine, étudiantes CB et A-S L.

Activités lors l'observation : biberon, Sophie la girafe.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-Sur les genoux de sa mère, Marine est maintenue avec une main dans son dos. La mère lui parle en utilisant une intonation adaptée (« dis papa, maman »), lui sourit. Marine sort beaucoup sa langue ; elle est calme et vocalise. La mère met un jouet dans le champ visuel de sa fille. Elle l'encourage à prendre la girafe et l'aide s'en saisir. Marine la porte à la bouche. La mère commente ce qu'elle fait (« c'est pas biberon »).</p> <p>2-Le père prend Marine sur ses genoux. Il lui parle avec une voix douce (« fais un bisou »). Marine pleure pour réclamer son biberon.</p> <p>3- Le temps du biberon, Marine est bercée. Elle tète correctement. La mère pose les mains de Marine sur le biberon, elle la regarde et la caresse. Marine ne finit pas son biberon. Elle régurgite et s'endort pendant le temps d'alimentation.</p>	<p>→Echanges verbaux et non verbaux →Compétences socles : début d'accroche de regard, élan à l'interaction. →Langage : vocalisations →Discussions de la part de la mère, commentaires, encouragements. Mamanais. Utilisation de mimiques différenciées.</p> <p>→Capacités verbales pour se faire comprendre →Discussions de la part du père. Mamanais.</p> <p>→Echanges non verbaux.</p>
Portage	Nous n'avons pu proposer un temps de portage car Marine s'est endormie après son biberon.	

1.1.5.5. Séance 2 : le 06/03/12 :

2^{ème} rencontre : à 4 mois et 17 jours.

Personnes présentes : les parents, Marine, étudiant CB.

Activités lors de l'observation : jouets musicaux, repas.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1- Marine est sur les genoux de son père. Il s'adresse à elle d'une voix douce et rassurante. Marine gazouille, produit des bruits de bouche. Le père donne un jouet musical à Marine : elle le saisit sans le regarder. Le père chante « une souris verte », imite les vocalises de sa fille.</p> <p>2- Marine mange désormais des aliments mixés à la cuillère. La mère commente le comportement de sa fille.</p> <p>Marine semble jouer avec sa bouche lors du temps d'alimentation. Elle suit la cuillère du regard, regarde sa mère à un moment. A la fin du repas, Marine sort davantage sa langue et régurgite un peu. Elle semble intéressée par la caméra, elle la regarde un instant.</p>	<p>→Compétences socles : attention conjointe autour du jeu. →Langage : vocalisations →Discussion de la part du père. Mamanais .Reprise des vocalises de Marine.</p> <p>→Discussions de la part de la mère, commentaires</p> <p>→Compétences socles : début d'accroche du regard, poursuite visuelle</p>
Portage	<p>1-Marine est portée en Sling par sa mère. Le père caresse Marine. La mère s'adresse à Marine :« regarde papa »,la caresse, l'embrasse. Elle présente des jouets à sa fille : Marine les prend, les regarde attentivement.</p> <p>2-Elles se promènent dans la maison : Marine regarde sa mère et autour d'elle, pose sa tête sur la poitrine de sa mère. La mère vaque à ses occupations : Marine est calme, vocalise un peu. Elle explore sa bouche, y met ses doigts. La mère prévient Marine qu'elle va aller dans les bras de son père : « à papa</p>	<p>→Echanges non verbaux entre Marine, sa mère et son père. →Compétences socles : accroche du regard, attention conjointe autour des jouets →Discussions de la part de la mère, mamanais.</p> <p>→Compétences socles : accroche du regard et poursuite visuelle. →Langage : vocalisations</p>

En conclusion, Marine est une petite fille dans l'interaction par son regard, ses vocalises. Ses parents échangent beaucoup avec elle, lui apportent un bain de langage.

Le portage pourrait permettre à Marine d'être encore plus en interaction avec son entourage. Marine, étant soutenue par le tissu, regarde plus sa mère, ce qui se passe autour d'elle. De plus, même s'il n'y a que la mère qui la porte, cette dernière inclut spontanément le père dans ce moment de partage : la relation triangulaire est conservée.

Marine est une enfant hypotone : le portage lui permet d'avoir une position active, d'être regroupée et d'être plus réceptive à ce qu'on lui dit. Elle sort beaucoup sa langue : le portage, permettant de mieux voir le visage de sa mère, pourrait permettre à Marine d'être davantage stimulée au niveau de la sphère buccale.

Enfin, lorsque Marine est portée, elle met les doigts dans sa bouche : le portage lui permet donc une proximité œil-main-bouche et l'exploration buccale. [Annexe 11, pages 23 à 26]

1.1.6. Ophélie :

1.1.6.1. Anamnèse :

Maladie autosomique dominante diagnostiquée avant la naissance : syndrome de Marfan.

Anomalies du squelette : doit porter un corset à temps partiel, la journée. En janvier 2011, un harnais a été mis en place pour traiter sa luxation des hanches.

L'alimentation, au départ difficile, s'est peu à peu améliorée. Une nutrition entérale a été mise en place en janvier 2011, sur sonde nasogastrique. L'alimentation par voie orale entraînait à cette époque des fausses routes, de la toux. Aujourd'hui, Ophélie mange des aliments mixés et par voie orale uniquement.

La prise en charge au CAMSP a débuté le 03/02/10 : elle était suivie en kinésithérapie deux, puis une fois par semaine au CAMSP et participait au groupe « Babillage dans un salon de massage autour du portage » le jeudi.

Aujourd'hui, Ophélie est suivie au centre de rééducation fonctionnel Marc Sautelet : sa prise en charge est pluridisciplinaire : kinésithérapie, ergothérapie ainsi qu'en orthophonie pour des troubles de l'oralité.

1.1.6.2. Questionnaire du 29/09/11 :

Ophélie a été portée en écharpe devant, pendant les vacances de Noël 2009, durant deux semaines.

Uniquement par sa mère.

Suite aux conseils de la kinésithérapeute du CAMSP de Tourcoing : Ophélie souffrait d'une luxation des hanches.

La mère souhaitait continuer à porter Ophélie mais a dû arrêter suite aux problèmes de hanches de sa fille : Ophélie a été mise en tractions. Sa mère n'a pas repris ensuite le portage et nous explique qu'elle ne pourra le faire parce qu'Ophélie doit porter un corset.

Avantages :

Portée, Ophélie s'endormait facilement. Sa mère pouvait donc la porter pendant un long moment.

Avis :

Durant le temps de portage, la mère nous dit qu'elle ne sent pas son poids. Elle ajoute qu'elle pourrait aller faire ses courses de cette façon si sa fille ne devait pas porter de corset.

Selon le père, Ophélie est désormais trop grande pour être portée.

1.1.6.3. Séance 1 : le 29/09/11

1ère rencontre : à 22 mois

Personnes présentes : la mère, Ophélie et les étudiantes CB et A-SL.

Activités lors de l'observation décrites plus longuement en annexes : jeux, livres et comptines.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-La mère joue avec elle en lui posant beaucoup de questions, Ophélie répond par oui/non ou en babillant.</p> <p>2-La mère demande à Ophélie d'aller chercher le CD de comptines qui est dans le placard : Ophélie comprend la consigne. Elle montre à sa mère qu'elle n'arrive pas à atteindre ce qu'elle veut en la regardant, en vocalisant et en pointant le meuble.</p> <p>3-Ophélie écoute de la musique. Elle se met à danser et fait le geste du moulin de façon imprécise. Sa mère accompagne ce geste par une question « tu fais le moulin ? » et fait elle-même le geste. Ophélie l'imité mais a des difficultés : sa mère prend ses bras pour l'aider.</p> <p>4-Ophélie va chercher un livre dans l'armoire fermée. La mère et sa fille le regardent. La mère encourage Ophélie à désigner les animaux du livre.</p>	<p>→Interactions verbales entre les deux partenaires. →Tours de parole. →Production de quelques mots (« ci » pour « merci », « maman »...) →Compétences socles: pointage, regard.</p> <p>→Compétences socles: imitation motrice réciproque et utilisation de gestes, attention conjointe, →Encouragements de la part de la mère.</p> <p>→Capacité cognitive : permanence de l'objet.</p>
Portage	<p>Ophélie est portée en écharpe avec un nouage en hanche réglable. Les deux partenaires sont plus proches l'une de l'autre que lorsqu'elle n'est pas portée et à la même hauteur. Elles se regardent et la mère caresse Ophélie. Elles explorent le jardin et les fleurs ensemble. Ophélie pointe ce qui l'entoure et bénéficie ensuite des commentaires de sa mère. Ophélie fait comprendre en gémissant et en montrant le sol qu'elle veut descendre. Ophélie varie son intonation pour se faire comprendre.</p>	<p>→Echanges verbaux et non verbaux. →Compétences socles : attention conjointe très présente, pointage. →Enrichissement des productions d'Ophélie par sa mère. →Capacités vocales</p>

1.1.6.4. Séance 2 : le 06/12/11

2^{ème} rencontre : 2 ans et quelques semaines.

Personnes présentes : la mère, le père, Ophélie et étudiant CB.

Activités lors de l'observation : puzzle, livres, comptines...

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-Ophélie réclame un câlin à son père en lui tendant les bras. Le père la rassure en lui posant des questions, en mettant des mots sur son comportement (« tu te caches ? ») et en variant son intonation.</p> <p>2- Ophélie désigne sur le puzzle (poisson, ballon, train...), dénomme les animaux, produit les onomatopées correspondantes. Elle émet des demandes lorsqu'elle ne sait pas ou en pointant. Elle répond aux questions de son père sans le regarder</p> <p>3-Ophélie choisit entre deux activités : le livre. Ophélie taquine sa mère en disant « ouais » plutôt que « oui ». La mère répète de façon correcte tout ce qu'Ophélie dit de façon déformée. Elle commente ce qui se passe autour d'elles et ce que fait Ophélie.</p>	<p>→Echanges verbaux; →Compétence socle: utilisation de gestes ; →Discussion de la part du père, mamanais</p> <p>→Compétence socle : pointage ; tour de parole. →Langage:compréhension des questions ;production de mots, d'onomatopées et de petites phrases ; →Encouragements de la part du père.</p> <p>→Compétences socles: tours de parole ; →Compréhension de l'humour par Ophélie. →Enrichissement des productions d'Ophélie de la part de la mère ;</p>
Portage	<p>Ophélie est portée en hanche réglable. La mère explique à Ophélie ce qu'est une écharpe, lui pose des questions pour savoir comment elle se sent et la rassure en disant « tu ne peux pas tomber avec maman ». Ophélie écoute, répond aux questions mais semble pressée de descendre : elle fait la moue et finit par dire « descendre » en pointant le sol. Ophélie regarde davantage sa mère. Les deux partenaires se déplacent, vont d'une pièce à l'autre et pointent les objets. Elles regardent ce qui les entoure et échangent verbalement sur ce qu'elles voient ou entendent : « elle est où la voiture de papa ? ».</p>	<p>→Echanges verbaux et non verbaux ; →Compétences socles : pointage ; tours de parole. →Discussion de la part de la mère.</p>

1.1.6.5. Séance 3 : le 02/02/12

3^{ème} rencontre : à 2 ans et 2 mois.

Personnes présentes : le père, Ophélie, étudiantes CB et A-SL.

Activités lors de l'observation : puzzles, poupée, ballon.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-Elle apprécie beaucoup les puzzles et parvient à les reconstituer seule. Le père demande à Ophélie de dénommer, de produire les onomatopées. Lorsqu'elle ne sait pas elle le dit tout en désignant l'image afin d'obtenir de l'aide. Elle émet également des demandes : elle demande la réitération de l'activité en disant « un autre ». Elle répète parfois les mots que son père dit. Ophélie donne et reprend les jouets.</p> <p>2-Ophélie commence à jouer à la poupée et fait semblant de téléphoner.</p>	<p>→Echanges verbaux →Compétences sociales : tours de rôle et de parole, pointage ; →Production d'onomatopées, de mots et courtes phrases ; →Imitation verbale. →Encouragements et discussion de la part du père.</p> <p>→Capacité cognitive : imitation différée</p>
Portage	Ce jour, il n'y a que le père qui est présent. Il n'a jamais porté Ophélie et ne souhaite pas essayer.	

En conclusion, Ophélie évolue dans un bain de langage. Elle présente une grande appétence à la communication et s'intéresse à ce qui l'entoure.

Ses parents discutent beaucoup avec elle en utilisant le mamanais et des mimiques différenciées.

Nous n'avons pas remarqué de différences notables au niveau des interactions verbales et non verbales qu'Ophélie soit portée ou non.

Néanmoins, le regard d'Ophélie est plus orienté vers sa mère lorsqu'elle est portée. L'attention conjointe et le pointage sont facilités. La mère peut répondre plus rapidement aux demandes de sa fille en voyant tout de suite ce qu'elle pointe.

Les difficultés motrices d'Ophélie limitent ses mouvements, elle ne marche pas encore : le fait d'être portée pourrait peut-être lui permettre d'explorer davantage son environnement tout en ayant les commentaires de son porteur et de partager des moments plus longs avec celui-ci que si elle était portée à bras.

Cependant, le portage ne semble pas pour autant nécessaire au développement harmonieux d'Ophélie : ses parents sont très présents et elle interagit de façon adaptée avec eux. De plus, Ophélie suit une rééducation motrice intensive afin de pouvoir acquérir la marche et ne peut donc être portée avec son corset. [Annexe 12, pages 27 à 32]

1.1.7. Sonia :

1.1.7.1. Anamnèse:

Sonia est la dernière enfant d'une fratrie de trois.

Elle souffre d'une encéphalopathie épileptique néonatale et est fréquemment hospitalisée pour des crises convulsives.

Elle a été suivie au CAMSP en kinésithérapie trois fois par semaine. Elle a des difficultés d'alimentation qui ont entraîné la pose d'une gastrostomie le 2 novembre 2011.

Sonia, depuis février 2012, se rend à Marc Sautelet (Centre de Rééducation Fonctionnel pour enfants et adolescents de 0 à 18 ans), trois fois par semaine, toute la journée.

1.1.7.2. Questionnaire du 24/11/11:

Sonia est portée en écharpe devant.

Seulement par sa mère.

Elle la porte pour aller chercher ses frères et sa sœur à l'école et lorsqu'elle prépare le repas.

Cela représente environ deux heures et demie par jour.

Sonia est portée depuis le mois de janvier (2 mois).

Suite aux conseils des professionnels du CAMSP.

Avantages :

Sonia aime être bercée, portée, cela l'apaise et répond à son besoin d'attention.

Elle pleure moins et s'endort facilement dès qu'elle se promène avec sa mère.

Elle réclame beaucoup le portage lorsqu'elle est dans son transat.

Avis de la mère :

Le portage est une façon plus pratique de se déplacer.

Elle installe Sonia plus vite de cette façon que lorsqu'elle a une poussette.

Etant donné que Sonia a un important besoin d'être portée et rassurée, sa mère trouve cela adapté et moins fatiguant que de la porter à bras.

De plus, Sonia peut regarder davantage autour d'elle que lorsqu'elle est en poussette.

Activités préférées :

Au quotidien Sonia est une petite fille qui est souvent dans son parc ou son transat.

Elle aime écouter de la musique, des petites histoires.

Lors de ces activités, elle est très attentive. Les stimuli auditifs l'apaisent.

1.1.7.3. Séance 1 : le 24/11/11

1^{ère} rencontre : à 18 mois.

Personnes présentes : Sonia, sa mère, étudiantes CB et A-S L.

Activités lors du temps d'observation : jeux d'éveil musical, transat, alimentation.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-Jeux d'éveil musical : Sonia est au départ sur les genoux de sa mère. Celle-ci lui maintient la tête d'une main. De son autre main, elle lui présente les différents jouets de façon à s'adapter à la vision de sa fille ; Elle lui parle, commente ce qu'elle fait. Elle caresse le visage de Sonia avec les jouets en tissu et la berce pour la calmer.</p> <p>2-Alimentation au biberon : Sonia n'a pas le réflexe de succion et mordille la tétine. Ceci rend le temps d'alimentation plus long. Le contact visuel entre la mère et Sonia est présent. La mère de Sonia commente ce que fait sa fille.</p>	<p>→De la part de la mère :encouragements, caresses, mimiques, discussion →Compétences socle :attention aux bruits</p> <p>→ Echanges non verbaux : regards →De la part de la mère :mamanais, mimiques différenciées,discussion</p>
Portage	<p>Sonia est portée en Sling devant. Sa mère lui soutient la tête avec sa main, elle lui caresse le dos, la berce, l'embrasse. Les deux partenaires échangent des regards. La mère explique à Sonia ce qu'elle fait en pratiquant spontanément le mamanais.</p>	<p>→Echanges non verbaux : regards →De la part de la mère : mamanais, caresses, bercements, discussion →Compétence socle :attention conjointe</p>

1.1.7.4. Séance 2 : le 26/01/12

2^{ème} rencontre : à 20 mois.

Personnes présentes : Sonia, sa mère, étudiantes CB et A-SL.

Activités lors du temps d'observation : jeux d'éveil avec sa mère.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-Sonia est installée sur les genoux de sa mère. Sa mère la berce et toutes les deux échangent des regards. La mère met des mots sur les productions sonores de Sonia en accentuant son intonation : « t'es pas contente comme ça », « c'est plus confortable ».</p> <p>2-Sonia est dans son transat, avec de la musique. La mère la berce et la regarde. Sonia tourne parfois la tête vers sa mère. Dès que les bercements cessent, Sonia pleure, afin que sa mère les reprenne. La mère montre à Sonia comment le tableau d'éveil fonctionne et l'encourage à appuyer elle-même sur le bouton. Comme Sonia n'y arrive pas, elle prend sa main pour le faire avec elle.</p>	<p>→De la part de la mère : bercements, enrichissements des productions de Sonia, mamanais →Echanges non verbaux : regards →Productions sonores</p> <p>→Compétence socle : début d'attention conjointe autour du jeu. →Encouragements de la part de la mère</p>
Portage	<p>Sonia est portée en Sling devant. Manifestation de son mécontentement pendant l'installation. Sa mère la berce et elle se calme. Sa mère lui tapote dans le dos et lui tient la tête ce qui favorise le contact oeil à oeil. Elle regarde le visage de Sonia et lui parle : « tu veux dormir ? », « tu veux faire dodo ? ». Sonia est très calme, prête à s'endormir.</p>	<p>→De la part de la mère : bercements, massages, discussion →Compétence socle : accroche du regard →Productions sonores</p>

1.1.7.5. Séance 3: le 23/02/12

3^{ème} rencontre : à 21 mois.

Personnes présentes : Sonia, sa mère, étudiante CB et A-SL.

Activités lors de l'observation : moments d'échanges divers.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-Sur les genoux de sa mère : Sonia est bercée. Les deux partenaires se regardent. Sa mère lui parle beaucoup, l'encourage : « tu fais ara ? » « Tu veux aller où ? ... ».</p> <p>Elle interprète les mimiques de sa fille et met des mots dessus : « tu vois t'es pas contente ». Sonia semble essayer d'imiter sa mère : elle dit « a » pour « ara » ou ouvre la bouche. Elle fait des mouvements de bouche.</p> <p>2-La mère joue autour du visage de Sonia en prenant ses mains et tout en lui parlant : « fais comme ça », « encore ? ».</p> <p>Sa mère voit que Sonia émet un bruit ressemblant à un souffle, elle l'imité en soufflant plusieurs fois sur son visage. Sonia avance un peu les lèvres comme si elle voulait en faire autant.</p>	<p>→Echanges non verbaux : regards, mimiques</p> <p>→De la part de la mère : encouragements, discussion,</p> <p>→Début d'imitation verbale de la part de Sonia</p> <p>→Vocalisations</p> <p>→De la part de la mère : imitation et enrichissement des productions de sa fille</p>
Portage	<p>Sonia est portée en Sling devant. La mère de Sonia lui tient la tête, la berce, lui caresse le dos, l'embrasse.</p> <p>Le mamanais est toujours utilisé</p> <p>Sonia regarde la caméra un instant.</p> <p>On note beaucoup d'échanges visuels entre la mère et sa fille.</p> <p>Sonia est calme, ne fait plus de mimiques de mécontentement. Elle a également moins de mouvements involontaires de la tête puisque sa mère maintient celle-ci.</p>	<p>→De la part de la mère : mamanais, bercements</p> <p>→Echanges non verbaux : regards</p> <p>→Capacité cognitive : intérêt pour ce qui l'entoure</p>

Sonia est portée de façon régulière par sa mère. C'est une petite fille qui a constamment besoin d'être rassurée, bercée. Sa mère est très présente, elle la berce souvent, même sans l'écharpe, mais celle-ci apporte le côté pratique au quotidien.

Le portage permet à Sonia qui a un trouble moteur, d'être enveloppée et maintenue, de mieux contrôler ses mouvements involontaires et apporte un maintien au niveau de la tête. Cette position adaptée à Sonia favorise l'attention conjointe, les échanges de regards et les jeux vocaux, les praxies autour de la bouche : la distance entre la bouche de sa mère et le regard de Sonia est plus courte. Sonia qui n'a, dans ce cas, plus à se préoccuper de ses mouvements involontaires, peut donc investir plus facilement les échanges verbaux et la communication avec son entourage.

Selon sa mère, Sonia dort en poussette, bercée par les mouvements.

Portée, elle est calme mais dort moins souvent. On peut donc supposer que pour Sonia cela favorise la découverte du monde environnant en étant à hauteur d'adulte, ainsi que les échanges avec l'extérieur.[Annexe 13, p 33 à 38]

1.1.8. Tom

1.1.8.1. Anamnèse:

Tom est le 3ème enfant de la famille.

Il présente une trisomie 21, dont le diagnostic a été anténatal. Il est né à terme, par césarienne.

Il est suivi au CAMSP depuis novembre 2009 . Il est pris en charge en kinésithérapie, en orthophonie et en psychomotricité pour un retard psychomoteur, un retard de coordination et de communication ainsi qu'un trouble de l'oralité.

Sa mère participe à des groupes massage, portage, parole.

1.1.8.2. Questionnaire du 12/12/11 :

La mère de Tom a assisté à trois séances de portage au CAMSP.

Ce sont les professionnels du CAMSP qui lui ont conseillé de porter pour faire suite à la méthode Peau à Peau.

Tom a été porté en Baby Tai, mais pas longtemps car sa mère souffrait au niveau du dos et préférait le prendre à bras.

Avantages :

L'objectif était de rassurer Tom, de l'aider à dormir : en effet, Tom avait des difficultés de sommeil étant plus jeune.

Avis de la mère :

Le portage permet de se déplacer, de vaquer à ses occupations tout en ayant l'enfant avec soi. Elle explique néanmoins qu'elle a préféré arrêter le portage.

Activités préférés :

Tom aime se déplacer, manipuler ce qu'il trouve.

Sa mère fait beaucoup de jeux de manipulations avec lui mais il peut aussi jouer seul ou avec ses frères. Selon sa mère, Tom aime les moments de câlins, il est sociable, va facilement dans les bras, surtout dans ceux de ses frères.

1.1.8.3. Séance 1 : le 12/12/11

1^{ère} rencontre : à 2 ans et 4 mois

Personnes présentes : Tom, sa mère, étudiantes CB, A-SL.

Activités lors du temps d'observation : jeux de manipulation, livre, télévision.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-La mère de Tom installe un tapis de jeu. Elle reprend son babillage [a][a]. Elle tend les bras vers Tom en disant « tu vas jouer », Tom tend les bras en retour. Elle l'installe sur le tapis, lui demande ce qu'il veut et lui apporte des jeux.</p> <p>2-Tom va vers la table du salon, sort des livres de la table, les lance. Sa mère lui tend un livre, il fait non de la tête et le repousse avec la main.</p> <p>3-La mère de Tom l'appelle, apporte un jeu d'encastrement sur le tapis. Il la rejoint en souriant et babillant. La mère de Tom lui tend un anneau, il le met avec son aide. Elle le félicite en frappant dans ses mains et en disant « bravo Tom ». Elle lui en tend un deuxième, il n'arrive pas à le mettre et le lance. Sa mère le reprend, lui redonne et l'aide à le mettre en lui expliquant qu'il faut qu'il prenne ses deux mains. Tom est calme et attentif.</p>	<p>→Compétences socles : regard, imitation motrice →Langage : babillage →Reprise des productions de Tom par sa mère, discussion, utilisation de gestes. Présence du mamans</p> <p>→Utilisation de gestes</p> <p>→Compétences socles : attention conjointe →Capacités verbales et non verbales : babillage, sourires →Encouragement verbaux et non verbaux de la part de la mère, explications.</p>
Portage	<p>Tom est porté en hanche réglable. Sa mère lui parle avec une voix très douce, le regarde et lui sourit. Elle l'embrasse, le caresse, le berce.</p> <p>Tom est calme, sort beaucoup sa langue, en raison d'une hypotonie bucco-faciale. Il pose sa tête contre la poitrine de sa mère. Il prend sa main, joue avec ses doigts.</p> <p>Il s'intéresse à ce qui est autour de lui, il observe, peut facilement tourner la tête. Il babille.</p>	<p>→Échanges non verbaux et verbaux. →Langage : babillage</p>

1.1.8.4. Séance 2 : le 06/02/12

2^{ème} rencontre : à 2 ans et 6 mois

Personnes présentes : la mère, le père, Tom et étudiant A-SL.

Activités lors de l'observation : jeux de manipulation, livre.

	Activités	Compétences
Non portage	<p>1-Tom joue avec sa mère à un jeu d'encastrement. Elle lui tend les anneaux et lui parle, lui pose des questions (« c'est lequel, on met lequel ?»). Elle le félicite (« et on dit bravo »), applaudit La mère de Tom lui propose ensuite un autre jeu d'encastrement, Tom manifeste son contentement par des babillages. Il sort beaucoup sa langue quand il est concentré.</p> <p>2-Tom et sa mère échangent autour d'un livre. La mère est derrière Tom, elle raconte l'histoire, nomme les animaux et les objets. Elle touche le livre qui présente différentes textures. Tom l'imité, puis lui rend le livre.</p> <p>3-La mère de Tom lui demande ce qu'il veut faire et lui propose des activités. Tom manifeste son mécontentement car il ne peut pas encore exprimer de demandes verbalement.</p> <p>4-Tom monte sur son tracteur. Il se déplace vers l'arrière. Sa mère le pousse vers l'avant. Tom revient ensuite. Un jeu moteur accompagné de langage s'installe.</p>	<p>→Compétences socles : attention conjointe →Langage : babillage →Discussion de la part de la mère, encouragements, renforcement positif.</p> <p>→Compétences socles : attention conjointe, imitation motrice. →Discussion de la part de la mère</p> <p>→Capacités verbales et non verbales pour se faire comprendre</p> <p>→Tour de rôle</p>
Portage	<p>1-Tom est porté dans un Taï, devant. Il est très calme tout au long du temps de portage. La mère berce Tom, le caresse dans le dos, le câline. Ils se sourient. Elle l'embrasse. Tom pose sa tête sur le buste de sa mère. Tom babille, sa mère reprend son babillage, met des mots sur ce qu'il ressent. Sa mère embrasse sa propre main et lui demande « tu fais des bisous ? ». Tom imite alors avec sa main. Elle lui parle (« pa-pa, tu dis papa ? Il est où papa ?»), produit des praxies avec sa bouche, des onomatopées ([p-p-p]) : Tom essaye de les imiter.</p> <p>2-Le père arrive, fait « coucou » à Tom et l'embrasse à distance. La mère encourage Tom pour qu'il imite son père. Tom observe autour de lui en tournant la tête d'un côté et de l'autre. La mère de Tom commence une comptine en lui faisant faire les gestes correspondants. Elle chante ensuite la comptine « les marionnettes » en faisant les gestes elle-même. Tom prend les mains de sa mère qui l'encourage à faire comme elle.</p>	<p>→Echanges non verbaux et verbaux →Compétences socles : imitation motrice et début d'imitation verbale, tour de rôle, attention conjointe. →Langage : babillage →Reprise du babillage par la mère, discussion, encouragements. Présence du mamanais</p> <p>→Echanges verbaux et non verbaux entre Tom, sa mère et son père →Utilisation de gestes de la part des parents</p>

En conclusion, Tom est un petit garçon dans la communication, qui se fait comprendre par son babillage, sa posture, ses mimiques. Il s'intéresse beaucoup à son environnement, explore ce qui l'entoure. Il évolue dans un bain de langage, que ce soit lors des moments portés ou des moments non portés.

Pour lui, le portage peut être positif pour la stimulation des praxies bucco-faciales (jeux buccaux...), pour favoriser l'émergence du langage (comptines...).

Il lui apporte une posture adaptée à son hypotonie, lui permet d'être actif, de s'agripper. Il évite également, grâce à l'enveloppement apporté par l'écharpe, que Tom se lance vers l'arrière ou l'avant.

Tom est un enfant qui aime les moments de câlins, de massages. La proximité permise par le portage favorise ces moments.

De plus, Tom s'intéresse beaucoup à son environnement. Le portage lui permet d'observer son entourage à hauteur d'adulte. On s'adresse à lui en même temps qu'à sa mère.[Annexe 14, pages 39 à 42]

1.2. Intérêts du portage pour les enfants :

Suite aux différentes rencontres avec les familles, nous avons pu relever des points communs concernant l'intérêt du portage pour les enfants observés.

Le portage semble **favoriser l'état de calme** de l'enfant : c'est le cas pour Tom, Sonia, Marine. Les bercements, câlins, massages sont présents et favorisés par la proximité corporelle. Ils apportent une sécurité et un bien être à l'enfant qui lui permettent parfois de s'ouvrir vers l'extérieur.

Certains enfants sont très intéressés par leur **environnement** qu'ils découvrent à hauteur d'adulte. Ils échangent avec leur porteur sur ce qui les entoure : nous l'avons observé principalement chez Ophélie et Tom. Les moments d'attention conjointe sont facilités.

Le portage a permis des moments **d'échanges verbaux et non verbaux** entre le porteur et l'enfant. C'est le cas pour Alice, Marine, Tom, Sonia et Ophélie. Il s'agit d'échanges de sourires, de regards, de discussions entre le porteur et l'enfant. Les jeux buccaux sont facilités par le rapprochement de la distance entre l'enfant et son porteur. Les échanges peuvent également concerner l'enfant et une autre personne que le porteur : Tom interagit avec son père pendant qu'il est porté par sa mère. La discussion n'est plus duelle : il s'agit ici d'une triade père-mère-enfant.

Nous avons aussi remarqué que la **position** de l'enfant dans le porte-bébé était adaptée à son handicap, principalement chez Tom et Sonia. L'enfant est maintenu, enveloppé, regroupé. Cela limite les mouvements involontaires. Il est également actif, ce qui est adapté pour un enfant hypotonique.

Cependant, lors de nos rencontres, le portage n'a pas été possible pour tous les enfants. C'est le cas par exemple des enfants qui souhaitent explorer leur environnement par eux-mêmes, qui investissent beaucoup la marche et qui ne supportent pas d'avoir leurs mouvements entravés par le tissu : nous avons pu observer ceci chez Louise et Alice qui souhaitaient descendre dès qu'elles étaient installées dans l'écharpe les jours où nous les avons vues.

2. Objectifs des professionnels du CAMSP :

2.1. Objectifs du portage :

A la suite des entretiens avec les professionnels, on note l'importance de bien positionner un enfant. Les objectifs de la psychomotricienne sont donc liés à ceux de l'orthophoniste : en effet, c'est une fois que l'enfant est bien positionné que le regard entre les deux partenaires pourra se mettre en place, que les interactions, le babillage et les imitations seront possibles.

Le bébé par sa position induit la position du porteur, que ce soit adéquat ou que ce soit une position d'extension. Un bébé mal positionné n'est pas disponible ou l'est moins. C'est un ajustement mutuel : quand un enfant se met dans une position, il s'agit de pouvoir la réajuster quand elle n'est pas adéquate. Il faut connaître comment porter. L'enfant a alors un modèle au niveau moteur et c'est sur ce point qu'intervient la kinésithérapeute.

Ainsi chaque professionnel a des objectifs thérapeutiques propres, un projet individuel pour les enfants.

Ci-après le tableau récapitulatif des réponses des professionnels à notre entretien.

	Connaissances sur le portage	Objectifs	Type de patients
Psychomotriciennes Mme D, Mme M, Mme T,	<p>-Mme M. est formée au portage par l'association Peau à Peau.</p> <p>-Mme D. et Mme T. ne sont pas formées, mais Mme D. informe et propose aux parents de participer à l'atelier.</p> <p>-Mme T. oriente les familles vers le groupe "portage".</p>	<p>-Adaptation de la posture, de l'installation de l'enfant. Développement de la motricité.</p> <p>-Aspects psychoaffectifs. Développement de la relation, retisser des liens d'attachement. Favoriser l'investissement mutuel dont découlera la communication.</p>	<p>-Enfants partant en extension: les parents peuvent ajuster leur posture.</p> <p>-Enfants nés prématurément: il est parfois difficile de reconnaître les besoins de l'enfant, de mettre en place le dialogue tonique. Le portage favorise cela.</p>
Kinésithérapeute Mme N	<p>-Formation Peau à Peau avec sa collègue en 2005.</p> <p>-Encadrement de formations auprès des professionnels d'une crèche, d'une PMI et du réseau AsMat (Assistance Maternelle), auprès des parents et des nourrices.</p>	<p>Tous les enfants pris en charge au CAMSP sont susceptibles d'être portés.</p> <p>-Enfant présentant un recrutement postérieur : le portage favorise la position d'enroulement, la jonction des deux mains, la jonction main-bouche.</p> <p>-Enfant avec troubles orthopédiques, dysplasie.</p> <p>-Enfant polyhandicapé : l'enfant est actif et le parent le ressent. C'est gratifiant.</p> <p>-Enfant hypotonique : « Ça fait exister ses jambes, son dos ». Stimulation au niveau sensoriel (côté dynamique du portage).</p> <p>-Enfants longuement alités : stimulations vestibulaires qui rappellent le milieu utérin.</p> <p>-En séance, pour les enfants très hypotones : le portage permet de se libérer les mains et de mobiliser davantage les membres de l'enfant, maintenu par le tissu.</p>	
Orthophoniste Mme W	<p>Formation au portage par l'association Peau à Peau en 2008.</p> <p>-Formée en 2010 par l'association Porter son enfant tout un art</p> <p>-Formée en 2011 par l'Association Française de Portage des Bébé (AFPB): Mme W. est monitrice en atelier : elle peut intervenir auprès des professionnels pour les informer sur le portage.</p>	<p>-Stimuler les interactions, la communication, le lien et l'attachement : ce sont des enfants avec handicap, cette situation est difficile pour les parents.</p> <p>-Le portage apporte l'attention particulière dont a besoin l'enfant, tout en permettant aux parents de s'occuper des autres enfants de la fratrie.</p>	<p>-Troubles de l'oralité : travail des praxies lorsque l'enfant est de face.</p> <p>-Problèmes de reflux: régulation des aspects digestifs.</p> <p>-Enfants sans langage : travailler l'ébauche d'une demande : l'enfant, à hauteur de l'adulte, montre ce qu'il veut par une ébauche de pointage puis verbalement. On s'adresse aussi à lui en tant que sujet, pas seulement à son parent.</p> <p>-Enfants non marcheurs avec handicap physique lourd : éviter l'isolation sociale, familiale. Participation aux activités des parents plus facile qu'en poussette ou en fauteuil roulant.</p>

Le portage serait donc un moyen facilitateur permettant une prise en charge globale de l'enfant autour d'un projet transdisciplinaire. Il permet d'établir des objectifs prioritaires et complémentaires. On peut alors souligner l'intérêt du groupe « Portage » qui a lieu une fois par mois au CAMSP et qui est animé par ces mêmes professionnelles.

2.2. Objectifs du groupe « Portage » :

Professionnelles	Objectifs pour le groupe « portage »
Mme M., Mme D. Psychomotriciennes	<ul style="list-style-type: none"> -Temps de parole, d'apprentissage, de conseils, d'accompagnement des parents dans leur vécu difficile. -Agir dans le cadre de la prévention, favoriser l'investissement de l'enfant par les parents. -Permettre une médiation, un moyen d'aborder des sujets sensibles : le développement psychomoteur, la manière de porter son enfant à bras et en écharpe. -Informersur l'importance de l'enroulement,de la flexion pour le bien être de l'enfant, son sentiment de sécurité. -Pour les professionnels : porter psychiquement les parents qui ont besoin de contenance : on pense avec eux leur enfant. -Etre un support à la relation, à la communication avec les parents : ils sont valorisés, écoutés, entourés. Ils sont prévenus que ce n'est pas évident de porter, pour éviter le sentiment d'échec. : le portage ne convient pas à tous les enfants et il faut alors proposer autre chose (massage, chants ...).
Mme W, orthophoniste	<ul style="list-style-type: none"> -Faire découvrir le portage et ses avantages pour le développement global de l'enfant.. -Aider à l'installation du portage pour un enfant aux besoins particuliers (difficultés motrices, enfant qui pleure beaucoup). -Proposer un espace ressource pour les bébés et leur parents dans un cadre préventif. -Favoriser les échanges d'expériences entre parents, aider les bébés et leurs parents à faire la transition entre la maternité, la néonatalogie et la maison (passage du peau à peau à l'écharpe de portage). -Ecouter les parents, les orienter vers d'autres groupes du CAMSP, vers une consultation médicale ou une prise en charge au CAMSP.

Pour conclure, le portage permettrait :

- d'accompagner les parents, de les aider à percevoir leur savoir- être et savoir-faire avec leur enfant ainsi que de mettre en avant les compétences de celui-ci ;
- de renforcer la relation parents-enfant dans un cadre préventif ;
- de favoriser la communication, le langage de l'enfant, l'ouverture au monde extérieur, les échanges verbaux et non verbaux avec son porteur et l'entourage ;
- de permettre une position adaptée au handicap de l'enfant, de développer sa motricité...
- de développer l'aspect psychoaffectif, le sentiment de sécurité, l'attachement, le bien-être physique et psychologique de l'enfant et du porteur...

Discussion

1. Rappel des résultats :

Nous avons choisi de comparer l'avis des parents aux objectifs des professionnels et à nos observations, en ce qui concerne l'intérêt du portage:

Les parents relèvent beaucoup **le côté pratique** apporté par le porte-bébé. Ils peuvent vaquer à leurs occupations pendant que l'enfant est porté : c'est le cas des porteurs de Nahil, Sonia, Alice et Tom. En effet, les bras du porteur sont libres. La mère de Sonia explique que c'est moins fatiguant que de porter l'enfant à bras et que l'écharpe est pratique à installer par rapport à une poussette.

Pour certains parents, l'objectif premier du portage était de **rassurer, de calmer leur enfant** : c'était le cas pour Nahil, Alice, Sonia, Louise et Tom. La mère de Sonia précise qu'elle remarque moins de pleurs de la part de sa fille lorsqu'elle est portée et que le portage répond à son besoin d'attention. Pour les porteurs de Tom, Nahil, Sonia et Ophélie le portage favorise également le sommeil de l'enfant.

Il permet des **échanges non verbaux** pour les porteurs de Nahil et Sonia: des contacts tactiles, des bercements, des échanges de regards. Pour la mère de Sonia, l'enfant peut découvrir son environnement plus facilement que s'il était en poussette.

Tout ceci fait suite à la méthode Peau à Peau proposée à la maternité et rappelle les objectifs des professionnels du CAMSP quant au portage : les professionnels comme les parents rapportent le côté pratique du porte-bébé, le fait que la proximité corporelle calme l'enfant, lui apporte une sécurité et favorise sa curiosité.

Les parents ont moins relevé l'intérêt du portage pour les échanges verbaux. Cependant, suite aux rencontres avec les familles nous avons tout de même observé de réels moments d'interactions au niveau verbal entre les enfants et leur porteur : les enfants discutent, échangent avec le porteur sur ce qu'ils voient, pointent. C'est le cas de Tom et Ophélie. La communication est réellement présente. Une position adaptée chez ces enfants favorisent les échanges, avec le porteur et l'entourage, qu'ils soient verbaux ou non : contact œil à œil, jeux buccaux...

Ci-après le tableau comparatif des résultats obtenus :

Enfant	Portage	Objectifs des professionnels du CAMSP	Avis des parents	Nos observations
Marie	Non			Réassurance, ouverture vers l'extérieur. Echanges verbaux et non verbaux
Alice	A été portée. Peau à peau à la maternité	Réassurance, limiter les pleurs. Favoriser les interactions entre Alice et sa mère ainsi que les échanges avec l'extérieur.	Réassurance, Echanges non verbaux Côté pratique	Echanges verbaux et non verbaux
Nahil	A été porté pendant un mois. Peau à peau à la maternité	Réassurance. Investir les interactions grâce à l'installation : obtenir une position active chez Nahil lui permettant d'être disponible.	Côté pratique Réassurance Echanges non verbaux	
Sonia	Portée depuis le mois de janvier 2011, tous les jours	Côté pratique : Sonia demandait beaucoup d'être à bras mais commençait à être lourde. Répondre à son besoin d'attention tout en permettant à sa mère de s'occuper des autres enfants. Apporter une position adaptée à Sonia : pas de maintien de tête. Interactions, travail des praxies, comptines autour du visage. Ouverture au monde autrement qu'en étant allongée.	Côté pratique Réassurance Favoriser l'observation de Sonia Echanges non verbaux	Réassurance, ouverture vers l'extérieur. Echanges verbaux et non verbaux Position adaptée au handicap favorisant la communication
Louise	Oui, jusqu'à ses 6 mois	Réassurance	Réassurance	
Marine	Envisagé	Favoriser la digestion Position adaptée : limiter mouvements incontrôlés (se jette en arrière). Position de regroupement Aider les parents en ce qui concerne la manière de tenir Marine. Stimulations pour tonifier la zone bucco-faciale	Souhait de porter mais les parents la trouvent un peu petite pour cela	Réassurance. Echanges non verbaux. Attention conjointe Position adaptée au handicap favorisant les échanges
Tom	A été porté pendant environ deux semaines. Peau à peau à la maternité	Réassurance, favoriser le sommeil. Obtenir une position active chez l'enfant lui permettant d'être disponible pour les échanges.	Côté pratique Réassurance	Réassurance, ouverture vers l'extérieur. Attention conjointe. Découverte de l'environnement. Echanges verbaux et non verbaux. Position adaptée au handicap favorisant la communication

Ophélie	A été portée pendant environ deux semaines à Noël 2009.	Obtenir une position adéquate pour Ophélie qui souffrait d'une luxation des hanches.	Réassurance Côté pratique	Echanges verbaux et non verbaux. Découverte de l'environnement. Attention conjointe.
----------------	---	--	------------------------------	--

2. Confrontations des résultats avec la théorie et les hypothèses :

Dans cette partie nous allons mettre en lien nos résultats avec les données théoriques et nos hypothèses de départ.

2.1. Confrontation des résultats avec la théorie :

Pour l'orthophoniste Mme W., l'un des objectifs du portage est de stimuler les interactions. Nous avons en effet pu observer des moments d'échanges verbaux et non verbaux favorisés par le portage pour certains enfants. Certains parents d'enfants ont également remarqué que le portage pouvait favoriser les échanges non verbaux (tactiles, visuels).

Le travail des praxies bucco-faciales est facilité par une distance entre l'enfant et son porteur plus courte que lorsque l'enfant n'est pas porté. Selon Cortet C. et al. (2009), cette distance favorise l'apprentissage du langage et des phonèmes.

Pour Jean Liedloff (1977 p 13-14), un enfant porté est présent, observe les comportements, l'environnement de son porteur. Pour l'orthophoniste Mme W., le portage favorise la participation de l'enfant aux activités familiales, évite l'isolement social. Nous avons effectivement remarqué que certains enfants portaient un intérêt à leur environnement qu'ils découvraient à hauteur d'adulte. Les moments d'attention conjointe sont l'occasion d'échanges verbaux concernant l'entourage.

Les parents relèvent le côté pratique du portage qui leur permet de vaquer à leurs occupations. C'est lors de ces moments que l'enfant porté, prend part activement à la vie de son porteur. De plus, l'enfant pouvant être porté plus longtemps qu'à bras, a accès à des situations et des stimulations variées.

Selon Winnicott (1957), le père permet à l'enfant de passer d'une relation duelle avec la mère à une relation triangulaire. Nous avons pu remarquer la mise en place de cette triade pour un des enfants qui, porté par sa mère, interagit également avec son père. Ceci enrichit alors les stimulations apportées à l'enfant.

Pour les psychomotriciennes Mme M., Mme. D et Mme T., le portage permet une installation adéquate pour l'enfant et ainsi la mise en place du dialogue tonique, développé par De Ajuriaguerra (1970). Chez un enfant porteur de handicap, ce dialogue préverbal peut être perturbé, d'où l'importance d'une installation apportant, selon Anzieu (1985), une sécurité de base et une contenance à l'enfant. Nous avons en effet observé que la position de l'enfant dans le porte-bébé était adaptée à son handicap. L'enfant est maintenu, enveloppé, regroupé : cela limite d'éventuels mouvements involontaires et constitue un préalable à la communication,

2.2. Validation ou invalidation des hypothèses :

- **Hypothèse 1 : le portage physiologique, devant, sur le côté ou dans le dos, améliore les interactions précoces et la communication pour un enfant porteur de handicap.**

Nous nous sommes en effet rendu compte que le portage peut induire des interactions verbales et non verbales, des moments de communication porteur/enfant. La majorité des enfants observés lors du temps de portage ont été installés sur le côté. Certains ont également été installés devant. Ces deux situations favorisent le contact visuel, les moments d'interactions verbales, l'observation de l'entourage.

Cependant, même si le portage favorise ces moments d'échanges, nous ne pouvons conclure que cela les améliore. En effet, pour conclure à une éventuelle amélioration des échanges, il faudrait une étude longitudinale comparant les interactions d'enfants non portés et celles d'enfants portés au quotidien.

- **Hypothèse 2 : Le développement de la communication et des interactions précoces est différent si l'enfant porteur de handicap est porté ou non : quand un enfant est porté on s'adresse plus facilement à lui en tant que sujet à part entière qu'à un enfant en cosy ou en poussette.**

Selon l'orthophoniste Marlène Wietrzykowski citée par Van Den Peereboom I. (2006), lorsqu'un enfant est porté, le dialogue avec celui-ci est plus présent que lorsqu'il est transporté en poussette.

Une des mères nous a rapporté cet avantage : pour elle, l'enfant peut regarder davantage autour de lui lorsqu'il est porté que lorsqu'il est en poussette. Cette situation favorise alors les échanges autour de ce qui intéresse l'enfant.

Cependant, nous n'avons pu valider cette hypothèse, n'ayant pas observé les enfants transportés en poussette. Pour confirmer cette hypothèse il serait intéressant de comparer les interactions parents/enfants lorsque celui est porté puis lorsqu'il est en poussette, ou effectuer une étude longitudinale comparant des enfants portés et des enfants transportés en poussette.

3. Evolution de notre démarche :

3.1. La population :

Au début de notre démarche, nous pensions observer des enfants tout-venant portés et des enfants tout-venant non portés, en situation de vie quotidienne. Nous souhaitions les comparer entre eux, afin de mesurer l'intérêt du portage pour la communication et les interactions de ces enfants. Cependant, les enfants tout-venant n'étant pas pris en charge en orthophonie, l'intérêt orthophonique de cette étude était contestable. De plus, l'influence du portage chez un enfant qui n'a pas de troubles des interactions précoces ou de la communication nous a paru difficile à mettre en évidence.

Nous voulions ensuite comparer une population d'enfants porteurs de handicap et une population d'enfants tout-venant, qu'ils soient portés ou non : encore une fois l'intérêt orthophonique de ce travail n'était pas évident.

Nous avons donc centré notre mémoire sur des enfants porteurs de handicaps.

Ces différentes modifications de notre démarche ont entraîné le changement de notre première hypothèse qui concernait la population d'enfants tout-venant.

Notre démarche a également évolué dans notre façon d'observer les enfants. Tout d'abord, nous voulions observer l'enfant un temps porté et un temps non porté, pendant une heure, et ce une fois dans l'année. Cependant, cela ne pouvait être valable car l'enfant aurait évolué entre le moment porté et celui non porté : nous n'aurions pu distinguer l'effet du portage de l'effet du développement de l'enfant.

Nous avons donc choisi de filmer les enfants en interaction avec leur mère, leur père ou les deux, une demi-heure portés et une demi-heure non portés. Cependant, nous avons été vite confrontés aux aléas de la vie quotidienne.

De plus, les enfants choisis étant pour la plupart non portés au quotidien, les moments où l'enfant est non porté sont souvent plus longs que ceux où l'enfant est porté. En effet, les enfants de notre étude ont pour beaucoup été portés plus jeunes, mais ne le sont plus maintenant. Le portage ne constitue alors plus une situation habituelle pour eux.

Une autre difficulté est apparue : trouver la population.

Au départ nous voulions rencontrer des familles dans les PMI, les crèches, les maternités et en néonatalogie afin d'avoir une population assez large. Nous voulions observer quinze enfants portés et quinze enfants non portés. Cependant, les critères d'inclusion et d'exclusion n'étaient pas assez ciblés.

Nous avons donc décidé de nous limiter à huit enfants porteurs de handicaps et tous pris en charge au CAMSP pour qu'il y ait moins de biais. Nous avons choisi moins d'enfants que ce que nous avions prévu au départ car nos objectifs étaient qualitatifs et non quantitatifs. Néanmoins, ayant moins d'enfants il nous a paru important de les rencontrer trois fois dans l'année afin d'approfondir nos observations quant à l'intérêt du portage.

3.2. Outils d'observation :

3.2.1. Grille d'observation :

Notre grille d'observation a été modifiée également : la première établie comportait les mêmes grandes parties que celles de la grille finale, mais à l'intérieur de chaque partie les compétences à observer étaient beaucoup plus nombreuses et précises. Elle s'est donc avérée trop complexe et peu adaptée. A cette époque nous souhaitions encore comparer des enfants porteurs de handicap et des enfants tout-venant, portés ou non. Nous avons donc rencontré Fanny, non suivie au CAMSP et portée au quotidien et Marie, suivie au CAMSP et non portée. Nous avons observé les deux enfants une demie-heure portés et une demi-heure non portés.

Fanny, ne faisant plus partie de nos critères d'inclusion, nous n'avons donc pas pu inclure dans le mémoire les résultats obtenus. Les résultats pour Marie ont été ajoutés dans la partie « résultats ».

Ces rencontres nous ont permis d'ajuster la grille qui ne pouvait être remplie correctement sur un temps aussi court : nous avons donc sélectionné les éléments qui nous paraissaient importants et observables pour arriver à la grille finale.

3.2.2. Entretiens :

Nos questionnaires ont également été modifiés : ils étaient au départ très détaillés. Les questions pouvaient porter sur des informations très précises sur le portage et n'étaient donc pas adaptées à la population rencontrée. Nous avons alors choisi de poser des questions plus ouvertes et générales. Au fur et à mesure des rencontres avec les familles, nous avons accordé plus d'importance aux questionnaires adressés aux parents : en effet, en une heure nous ne pouvions généraliser nos observations et les réponses de parents nous permettaient de les enrichir.

Pour la même raison il nous a semblé important d'interviewer les professionnels du CAMSP afin de prendre davantage de recul et de pouvoir faire une synthèse des données recueillies sur le portage.

4. Critiques :

Au fur et à mesure de la réalisation de notre mémoire, nous nous sommes heurtées à différentes difficultés, divers biais que nous allons développer ci-après.

4.1. Biais d'échantillonnage

Tout d'abord cela concerne la population observée. Nous n'avons rencontré que huit enfants, nos résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des enfants porteurs de handicap. De plus, nous avons évalué huit enfants ayant des âges et des handicaps différents : il s'avère alors difficile de comparer leurs capacités, leurs évolutions ainsi que l'effet du portage sur leur communication et les interactions précoces. Cependant, nous avons relevé des éléments prégnants qu'il nous a semblé intéressant de mettre en évidence.

La rencontre avec les familles de ces enfants a été très enrichissante sur le plan humain et professionnel : en effet en tant qu'orthophoniste l'accompagnement parental est un point clé de notre travail.

Il a été très intéressant de constater l'évolution de chacun de ces enfants porteurs de handicap, de connaître ce qui est mis en place pour eux au niveau thérapeutique ainsi que de mesurer pour chacun d'eux l'intérêt que pourrait avoir le portage.

4.2. Biais d'exécution et de recueil des données :

4.2.1. La situation d'observation :

Les difficultés concernent également la situation d'observation des enfants. En observant chaque enfant lors de nos rencontres avec les familles, nous voulions que cela s'apparente à une situation de vie quotidienne. Or, tous les enfants n'ont pas été portés : certains ne l'ont jamais été, d'autres l'ont été avant notre recherche et ne le sont plus aujourd'hui. Pour ces derniers, le portage a pu être bénéfique mais dans cette étude nous ne pouvons le démontrer.

Enfin, certains vont être portés mais ne le sont pas encore à ce jour. Les enfants non portés n'étaient alors pas habitués à la situation de portage, ce n'était pas une situation quotidienne. Leur comportement pouvait donc être différent de celui d'un enfant porté au quotidien : ils pouvaient parfois refuser le portage ou manifester leur mécontentement. Cependant, nous avons ainsi pu analyser l'éventuel intérêt du portage pour des enfants non portés.

Devant la caméra, les parents pouvaient modifier leur comportement : ils cherchaient une activité à partager avec l'enfant ou au contraire interagissaient parfois moins, en pensant que seul l'enfant devait être filmé. Cela nous amène à penser que le fait de filmer fausse quelque peu l'observation. Ce n'est pas une réelle situation de vie quotidienne. L'enfant s'intéresse à la caméra, il peut y avoir une gêne ou un manque de spontanéité de la part des parents.

Néanmoins, les vidéos sont un outil précieux pour dégager certains éléments non observables sur le moment, pour prendre du recul sur l'analyse. Cela nous a permis d'observer les compétences ou difficultés des enfants, ainsi que certaines modifications au niveau des échanges lors du portage.

4.2.2. Le temps d'observation :

Nous avons choisi d'observer ces enfants pendant une heure. Ceci est un temps très court : l'observation est alors très qualitative et correspond à l'observation de l'enfant porté et non porté à un moment T. Les activités sont également différentes selon les jours d'observations.

En une heure on ne peut affirmer et conclure sur les réelles compétences de l'enfant : c'est pourquoi nous avons tenté de pallier ce manque en retournant les voir plusieurs fois et en visionnant les vidéos. L'observation des enfants présents lors du groupe « babillage dans un salon de massage autour du portage » nous a également permis de compléter nos analyses.

Sur un temps si court et selon les situations nous n'avons pu observer toutes les catégories de notre grille d'observation. Nous avons alors décidé de le préciser dans la grille puisque cela ne signifie pas que l'enfant n'a pas acquis une compétence. Par exemple, il nous était souvent difficile de conclure sur les réelles capacités de compréhension de l'enfant.

Notre projet était de rencontrer les enfants trois fois dans l'année avec deux mois d'intervalle à chaque fois, pour mesurer leur évolution. Or, les aléas de la vie quotidienne ne nous l'ont pas permis : enfants malades, annulations de la part des parents... De plus, nous voulions observer chaque enfant un temps porté et un temps non porté. Cela n'a pas toujours été possible : en effet, parfois l'enfant ne l'acceptait pas ou souhaitait vite arrêter l'essai... C'est pourquoi nous avons choisi de ne pas tous les revoir trois fois.

4.2.3. Les entretiens :

En ce qui concerne les entretiens nous n'avons pas posé à tous les parents toutes les questions : il s'agissait davantage d'un dialogue. La trame était donc identique mais la forme précise des questions posées, les demandes d'explications, les occasions d'approfondir certains points ont été chaque fois différentes. De plus, la durée des entretiens et des observations, les conditions variaient selon les familles.

4.3. Biais d'analyse :

L'enfant n'étant pas porté quotidiennement, nous n'avons pu noter l'évolution de l'enfant quant au portage. L'évolution constatée concerne son développement. Néanmoins les rencontrer plusieurs fois nous a permis d'approfondir nos observations en ce qui concerne le portage.

Enfin, nous n'avons pu confirmer notre deuxième hypothèse qui comparait les interactions d'un enfant porté à celles d'un enfant en poussette : en effet, nous n'avons pas observé cette situation et ne pouvons donc pas nous baser uniquement sur les informations recueillies auprès des parents.

A l'issue de ce travail nous ne pouvons donc généraliser nos résultats sur les effets du portage pour l'ensemble des enfants porteurs de handicap. Nous rappelons que nos conclusions concernent ces enfants suite à nos observations. Nous avons tenté d'être les plus objectives possible en nous reportant aux normes des enfants, aux informations données par les parents et aux compte-rendu des professionnels.

5. Intérêt orthophonique du mémoire:

Notre travail concerne la prise en charge précoce des enfants porteurs de handicap. En effet, à travers ce mémoire, notre but était d'observer si le portage pouvait avoir une influence sur les interactions précoces et la communication de ces enfants.

Nous ne pouvons travailler avec un enfant très jeune sans prendre en compte la dimension relationnelle qui le lie à ses parents, sa place au sein de la famille. Nous voulons donc insister sur l'importance de l'accompagnement parental dans la pratique orthophonique. Comme nous l'avons déjà dit l'enfant se construit à partir d'interactions qui s'établissent entre lui et son environnement : la qualité de ces interactions est un élément essentiel du développement global de l'enfant.

En tant que thérapeute nous avons un rôle de contenant et nous travaillons avec l'enfant sous le regard des parents, tout en veillant à ne pas prendre leur place de premier éducateur. En apportant à l'enfant des stimulations et des techniques nécessaires à son développement optimal, nous favorisons l'attachement réciproque parent-enfant. Nous aidons l'enfant à développer ses compétences, principalement au niveau de la communication, et les parents à les percevoir: nous articulons donc notre travail autour du savoir-faire des parents avec leur enfant, tout en tenant compte de leurs doutes, de leurs questionnements. C'est se placer dans une relation triangulaire parent-enfant-intervenant.

C'est pourquoi il nous a semblé pertinent de choisir des enfants suivis au CAMSP. En effet, dans ce type de centre la prise en charge de l'enfant est globale et pluridisciplinaire : on accorde beaucoup d'importance à l'accompagnement parental, à la relation parent-enfant, aux interactions.

Dans ce cadre, le portage pourrait être un moyen facilitateur, favorisant les interactions au quotidien. En effet, il permettrait d'accorder une place à l'enfant au sein de la famille, ce qui est parfois difficile lorsque l'enfant est porteur de handicap. Les parents peuvent être désemparés, se questionner sur leur savoir-faire et savoir-être avec leur enfant et sur les compétences de celui-ci.

Le portage apporte alors cette proximité corporelle qui permet aux parents de percevoir les capacités de leur enfant. C'est gratifiant pour les parents qui peuvent remarquer rapidement les besoins de leur enfant et y répondre. En intervenant sur le terrain relationnel, il est important de valoriser ce rôle parental.

En outre, nous savons que pour des enfants porteurs de handicap, une bonne installation est importante pour leur permettre d'investir plus facilement la communication : là encore le portage peut permettre une posture adéquate pour l'enfant et le porteur.

Pour prévenir d'éventuels troubles relationnels entre les parents et l'enfant porteur de handicap, il faut accorder de l'importance aux moments privilégiés de la relation entre les différents partenaires de l'interaction : c'est le cas lors du portage corps à corps (mis en évidence avec la méthode Peau à Peau en néonatalogie) ou du portage dans les bras par exemple. Cependant il n'est pas toujours évident de porter ces enfants. Le portage en porte-bébé physiologique peut, dans ce cas, permettre au parent et à l'enfant de s'ajuster l'un à l'autre afin d'être à l'aise et d'avoir un sentiment de bien-être mutuel. Ces moments peuvent favoriser la construction d'une communication ancrée dans le plaisir.

Conclusion

A travers ce mémoire nous avons pu observer l'intérêt du portage pour la communication verbale et non verbale et les interactions des enfants porteurs de handicap avec leur porteur, et plus généralement avec leur entourage. Le portage dans ce cas, peut être un outil facilitant les échanges, dans le cadre d'une prise en charge précoce et globale de ces enfants.

Tout enfant peut être porté mais le type de porte-bébé, la manière de porter (devant, sur le dos, sur le côté), le nœud utilisé, le temps de portage... est à adapter en fonction de l'enfant, de son âge, de son handicap, du souhait des parents... Certaines règles générales de sécurité et d'installation sont toutefois à respecter pour un bien-être mutuel favorisant les échanges.

Peu d'écrits concernent le lien entre le portage et la communication : ce mémoire pourrait donc servir de support à des orthophonistes souhaitant être sensibilisés à cette pratique. Nous avons choisi de nous intéresser aux interactions précoces porteur/enfant et à la communication chez des enfants pour lesquels celles-ci peuvent être perturbées, mais d'autres domaines pourraient être abordés plus en détail :

- Comparaison enfant porté/enfant transporté en poussette
- Travail plus ciblé sur l'intérêt du portage pour un handicap en particulier (surdité, déficience visuelle...)

Enfin, notre travail est qualitatif : il pourrait alors être intéressant d'effectuer une étude longitudinale comparant des enfants portés et des enfants non portés, sur un échantillon de population plus important et plus ciblé, afin de quantifier les échanges dans les deux situations et ainsi de pouvoir généraliser les résultats obtenus.

Bibliographie

- Aimard P (1996). *Les débuts du langage chez l'enfant*. Paris : Dunod.
- Antheunis P, Ercolani-Bertrand F et Roy S (2006), *Dialogoris 0/4 ans orthophoniste*. Nancy : Com-Médic
- Anzieu D (1985). *Le moi peau*. Paris : Dunod.
- Bowlby J (1992). *Attachement et perte vol 1*. Paris : PUF.
- Braconnier A et Sipos J (1998). *Le bébé et les interactions précoces*. Paris : PUF.
- Brazelton TB et Cramer B (1990). *Les premiers liens : l'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre*. Paris : Stock.
- Brigaudiot M et Danon-Boileau L (2002). *La naissance du langage dans les deux premières années*. Paris : PUF.
- Cartron A et Winnykamen F (1995). *Les relations sociales chez l'enfant : genèse, développement, fonctions*. Paris : Armand Colin.
- Casler L. (janvier 1965). « The effects of supplementary verbal stimulation on a group of institutionalized enfants » in *Journal of child psychology and psychiatry*, Volume 6, Issue 1: p19-27.
- Charpak N (2005). *Bébés kangourous : materner autrement*. Paris : Odile Jacob.
- Cohen R. et Soderbergh R. (1999), *Apprendre à lire avant de savoir parler*. Paris : Albin Michel
- Corraze M. (1988). *Les communications non verbales*. Paris : Dunod.
- Cortet C. et Guerrand-Frénaï C. (2009). *Porter mon bébé*. Genève : Minerva.
- Crunelle D (2009). « Grille d'évaluation de la communication de la personne polyhandicapée » in : Crunelle D., Clenet MF, Crunelle JP, Guiganti Y, Saulus G. *Le polyhandicap : aider la personne polyhandicapée à se construire et à mieux vieillir*. Isbergues : Orthoéditions
- Delahaye M. (2004). *L'évolution du langage chez l'enfant: de la difficulté au trouble*. Saint Denis : INPES.
- Didierjean-Jouveau C.S (2005). *Porter bébé: avantages et bienfaits*. Genève : Jouvence.
- Dorme S et Motte V (2008). Portage et besoins psychomoteurs du bébé : 1-11.
- Freud S. (1962), *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard.
- Garandeau C. (novembre 2005). Les bébés se portent bien. *Famili*. N°153: 60-64.
- Geber M. (1998). *L'enfant africain dans un monde en changement. Etude ethnopsychologique dans huit pays sud -africains*. Paris:PUF.

- Greif A (2003). *Interactions verbales et non verbales parents-enfants autour du jeu dans les populations défavorisées*. Mémoire d'orthophonie. Université de Lille 2
- Harlow (1963). "The maternal affectional system of rhesus monkeys" in : Rheingold H.L. *Maternal behavior in mammals*. New York: Wiley
- Hunziker U.A et Barr R.G. (1986), "Increased Carrying Reduces Infant Crying : a randomized Controlled Trial", *Pediatrics*, vol 77, n°5 :641-48.
- Klein(1959), *Psychanalyse des enfants*. Paris : PUF.
- Kremer J-M.(2005), "Le langage" in : Kremer J-M. *Les 500 conseils de l'orthophoniste: troubles du langage*. Paris : Josette Lyon :29-42.
- Kremer J-M.(2005), "L'enfant handicapé" in : Kremer J-M. *Les 500 conseils de l'orthophoniste: troubles du langage*. Paris : Josette Lyon : 43-52.
- Lallemand S et Delaisi de Parceval G (1980), *L'art d'accommoder les bébés: 100 ans de recettes françaises de puériculture*. Paris : Seuil
- Lallemand S, Morel MF, Giudetti M (2000), *Enfance d'ailleurs d'hier et d'aujourd'hui*. Paris : Armand Colin.
- Lebovici S. (1983), *Les interactions précoces*. Paris : Païdos / Le Centurion.
- Lepeltier T (avril 2011). L'homme descend du porte-bébé. *Sciences humaines*. N°225.
- Liedloff J. (1975), *Le concept du continuum*. Genève : Ambre
- Marc V (1989), « L'enfant autistique au seuil de l'imaginaire », *Etudes psychothérapeutiques*, n°75 : p37-40.
- Maurer W (2001). Porter peut être salulaire :1-4.
- Mazet P. et Stoleru S. (2003), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant : développement et interactions*. Paris : Elsevier Masson :106
- Messmer-Studer R (2001). Portons nos bébés : 1-3.
- Montagu A. (1979), *La peau et le toucher: un premier langage*. Paris : Seuil.
- Ollivier C (2010). *Maman d'ici, maman de là-bas...les interactions précoces mère-enfant en France et au Bénin: similitudes et différences*. Mémoire d'orthophonie. Université de Lille 2
- Phung C (2006). Grandir porté: un besoin un plaisir. *Grandir autrement*. N° 1 :30- 31.
- Piaget, J. (1926). *The language and thought of the child*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Pinon M, *La relation mère- nourrisson, description et évaluation des interactions du nourrisson avec ses partenaires* :1-5.

- Renggli F. (2001). *Les bébés veulent être portés* :1-2.
- Ribeyron MT (1991). Au commencement était la peau. *Guide ressources*. Vol 7. n°4.
- Richaume-Crinquette A (1990). *L'accès à l'information parlée chez l'aveugle, chapitre 1 : lenteur dans l'acquisition des connaissances chez l'aveugle*. Thèse de doctorat. Université de Lille 3
- Stern D.N (1981), *Mère/enfant : les premières relations*. Wavre : Mardaga.
- Tronick E., Als H., Adamson L., Wise S. et Brazelton T. B. (1978), *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction*, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Van den Peereboom I (2006), *Peau à peau, technique et pratique du portage*. Genève : Jouvence
- Van Den Peereboom I (2009). Le portage au CAMSP de Tourcoing. *Grandir autrement*. N° 19. [p 47-49].
- Wallon H. (1934), *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*. Paris : PUF.
- Wagnon L (2009), Portage et communication. [p1-8].
- Wagnon L et Noël M, Le portage et les professionnels de la petite enfance.[p 1-26].
- Wagnon L (2011), Déroulement d'un atelier de portage. [p1-3].
- Wagnon L et Vanderberken (2010), Groupe thérapeutique : « Trait d'union », portage-massage relaxant au CMPP.
- Wietrzykowski M. Portage, langage et développement cognitif. [p1-3].
- Winnicott D.W. (1957). *L'enfant et sa famille*. Paris : Payot :
- Zazzo R. (1979). *Textes de base en psychologie: le colloque sur l'attachement*. Paris : Delachaux et Niestlé
- Sites internet (consultés pour la partie théorique et les annexes) :
- Association AFBP (Association Française de Portage des Bébé). <http://www.afpb.fr/> [consulté le 30/06/2011].
- Blindlife la vie des aveugles. <http://www.blindlife.ch> [consulté le 20/12/2011].
- Bureau international d'audio-phonologie.<http://www.biap.org> [consulté le 28/05/2011].
- Emporte-moi. <http://www.emportemoui.com> [consulté le 20/12/11]
- Fédérations des aveugles et handicapés visuels de France. <http://www.faf.asso.fr> [consulté le 20/12/2011]

- Association porter son enfant. <http://www.portersonenfant.fr/articles.html> [consulté le 14/05/11]
- Le portage du tout-petit. <http://psychomot.tout.petit.free.fr/portage.htm> [consulté le 26/11/11]
- Peau à peau. <http://www.peau-a-peau.be/> [consulté le 14/05/11]
- Porte-bonheur. http://www.porte-bonheur.fr/page/portage_v2.html [consulté le 30/06/11] Porter son bébé. <http://www.portersonbebe.com> [consulté le 14/05/11]
- Porter son enfant, tout un art: portage et motricité. www.portersonenfant-toutunart.fr [consulté le 14/05/11]
- Psychopathologie de l'enfant: les interactions précoces partie 2 cours 3. www.interpsychonet.fr.st: [consulté le 30/06/11]
- Tout contre toi <http://www.toutcontretoi.com> [consulté le 26/11/11]
- Un bébé au naturel. http://www.bebenaturel.info/article.php3?id_article=18 [consulté le 20/12/2011]

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : familles de porte-bébé

Annexe n°2 : modes de portage

**Annexe n°3 : entretien adressé aux professionnels du
CAMSP**

Annexe n°4 : entretien adressé à l'orthophoniste

**Annexe n°5 : entretien adressé aux parents d'enfant non
porté**

Annexe n°6 : entretien adressé aux parents d'enfant porté

Annexe n°7 : grille d'observation de Marie

Annexe n°8 : grille d'observation de Nahil

Annexe n°9 : grilles d'observation d'Alice

Annexe n°10 : grilles d'observation de Louise

Annexe n°11 : grilles d'observation de Marine

Annexe n°12 : grilles d'observation d'Ophélie

Annexe n°13 : grilles d'observation de Sonia

Annexe n°14 : grilles d'observation de Tom.