

# **Le toucher ostéopathique chez le bébé : une compétence professionnelle spécifique**

**ICART**

**Elisabeth**

**PROMOTION 7**

**Année 2015-2016**

## REMERCIEMENTS

A Pascale GOSSELIN pour ses conseils éclairés et sa disponibilité.....ainsi que sa patience,

A Stéphane BASTIEN pour son accompagnement dans la réalisation de ce TER,

A Louisa, Anae et Timéo mes 3 bébés filmés,

A Bruno DILOLOT et Gilles BOUDEHEN pour leur participation à ce TER,

A Domi et Loup pour leur présence quotidienne, merci de m'avoir supportée durant ces 5 années.....

A Timéo mon fils, pour le bonheur qu'il m'apporte chaque jour,

A mon frère Pierre qui me manque toujours autant,

Je tiens à remercier Jean François TERRAMORSI ainsi que l'équipe enseignante de l'IFSO Rennes pour leur dévouement à nous transmettre leur savoir, toujours dans la bonne humeur.

# SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>2. PROBLEMATIQUE</b>	<b>5</b>
2.1 Le toucher ostéopathique	5
2.1.1. Généralités sur le toucher	4
2.1.2. Spécificité ostéopathique du toucher	6
2.2 Le toucher ostéopathique appliqué aux bébés	9
2.2.1. Importance du toucher chez le bébé	8
2.2.2. Spécificité ostéopathique du toucher chez le bébé	9
2.3 Le toucher ostéopathique chez le bébé : une compétence professionnelle spécifique	11
2.3.1. Généralités sur les compétences	10
2.3.2. Construction de schèmes tactiles	12
<b>3. HYPOTHESE</b>	<b>14</b>
<b>4. MATERIEL ET METHODE</b>	<b>14</b>
4.1. La population	14
4.2. Matériel	14
4.3. Méthode employée pour l'analyse	15
<b>5. RESULTATS</b>	<b>15</b>
5.1. Mise en place d'une grille individuelle	15
5.2. Travail de synthèse	16
5.2.1. Mise en évidence d'items communs aux 3 ostéopathes	16
5.2.2. Mise en évidence d'une organisation différente	19
<b>6. DISCUSSION</b>	<b>22</b>
6.1. Difficultés de ce travail	22
6.2. Apports de ce travail	23
<b>7. CONCLUSION</b>	<b>24</b>
<b>8. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>25</b>
<b>9. ANNEXES</b>	<b>27</b>
9.1. Annexes 1	27
9.2. Annexes 2: Grille d'entretien d'explicitation	28
9.3. Annexes 3: Entretiens d'explicitation	29
Entretien d'explicitation avec 01	29
Entretien d'explicitation avec 02	35
Entretien d'explicitation avec 03	41
9.4. Annexes 4: Grilles d'analyse des entretiens d'explicitation	45

"Le bébé est un être de sensibilité. Pour le traiter, il faut libérer sa propre sensibilité, son intuition. Ce "savoir ressentir" était seul à même de nous mettre en phase l'un avec l'autre".

Michèle BUSQUET-VANDERHEYDEN

## 1. INTRODUCTION

J'ai exercé le métier de manipulatrice en électroradiologie médicale durant 6 ans avant de me rendre compte qu'il me manquait une chose : toucher les patients. Je me souviens de ce bébé que j'avais dans les mains et à qui il fallait faire une IRM cérébrale. Il "chouinait", s'agaçait quelque peu alors qu'il était propre et sortait d'une tétée, "prêt" à passer l'examen. Instinctivement je l'ai pris, je l'ai blotti contre moi et me suis mise à lui caresser le front pour le calmer. A ce moment j'ai ressenti un état de bien être et de relâchement du nourrisson qui s'est ensuite endormi et à qui on a pu réaliser l'examen.

Vouloir toucher les gens m'a conduit au métier de masseur kinésithérapeute. La limite des compétences de la kinésithérapie m'a ensuite conduit à ma formation d'ostéopathe. Je me suis rendu compte que je ne réagissais pas de la même façon ou du moins que je n'avais pas la même approche selon que je m'adressais à des bébés ou des adultes. Ceci m'a emmené à chercher à comprendre ce qu'est la notion du toucher, de la perception et ce que je cherchais à en faire. Pour moi le toucher commence dès l'accueil du patient et concerne plusieurs domaines. Au delà du contact sensoriel qu'entraîne le toucher, je voulais faire le tour de la question sur comment un ostéopathe peut toucher les bébés, quels sont les sens sollicités et que cherche t-on à toucher ?

Ce travail de recherche vise dans un premier temps à analyser l'importance du toucher chez le bébé pour son développement physique et psychique. Il est important de lui permettre de s'exprimer à travers un corps libre de ses tensions. Encore faut-il qu'une personne compétente puisse le libérer de ses tensions...pour qu'il puisse s'exprimer librement...que son corps puisse s'exprimer librement...Je vais ainsi dans un deuxième temps développer la spécificité ostéopathique du toucher adapté au bébé. La troisième partie visera à savoir si ce toucher ostéopathique chez le bébé peut être décrit comme une compétence professionnelle spécifique.

## 2. PROBLEMATIQUE

"On sait que le toucher est le premier sens à se développer chez l'embryon. Or plus une fonction se développe tôt, plus elle est fondamentale"(4).

Si on peut toucher les bébés de manière différente notre toucher s'adapte-t-il à la personne que nous avons sous les mains? Mais avant même de réfléchir à la façon dont nous touchons nos patients, il faut creuser la notion même du toucher. Y a -t-il différents touchers et le toucher ostéopathique est-il particulier? Est-il propre au praticien ou à la personne qui perçoit ce toucher ou aux deux? Comment ce toucher ostéopathique s'applique-t-il aux bébés? Le toucher est-il du même ordre en ostéopathie fonctionnelle et structurelle? Dans les deux cas recherche-t-on la même chose?

Je vais dans un premier temps définir ce qu'est le toucher et plus précisément le toucher ostéopathique puis dans un deuxième temps développer comment ce toucher ostéopathique appliqué aux bébés est pratiqué par l'ostéopathe. Ce travail cherche à décrire la compétence particulière que l'ostéopathe développe quand il « touche » un bébé.

### 2.1 *Le toucher ostéopathique*

#### 2.1.1 Généralités sur le toucher

Dès l'aube de l'humanité le toucher nous renseigne dans des tas de domaines:

- Toucher des fruits permet de savoir s'ils sont mûrs et comestibles...
- Toucher des graines permet de savoir si elles sont bonnes à mettre en terre...

→ Toucher de l'eau nous permet de savoir si elle est chaude ou froide...

→ Toucher le front d'un enfant nous permet de savoir s'il est fiévreux ...

Quand il s'agit d'explorer le monde, rien ne vaut notre sens du toucher. C'est d'ailleurs ce qui occupe un bébé à longueur de journée: il touche à tout....Ce que nous touchons nous (r)assure qu'une chose ou un être n'est pas juste une image, un son, une odeur. Le sens du toucher nous renseigne sur nos contacts avec les éléments extérieurs. Pour le nouveau-né toutes les formes de stimulations cutanées qu'il reçoit sont de la plus grande importance pour le développement harmonieux de son corps et de son comportement (11). L'organe du tact est représenté par la peau qui sépare le milieu interne du milieu externe de notre corps. Ses fonctions sont multiples: rôle protecteur, rôle de sécrétion, rôle de respiration et d'absorption et un rôle sensoriel tactile. Ce dernier nous intéressera en particulier.

Les sensations perçues par la peau sont de trois ordres:

→ sensations tactiles: elles permettent d'apprécier le poids, la forme, la résistance, les dimensions des objets d'un point de vue physique

→ sensations douloureuses

→ sensations thermiques: elles permettent d'apprécier la température des objets

La sensibilité tactile est hautement différenciée pour la reconnaissance de forme, la perception d'objets et leur position dans l'espace. Les récepteurs cutanés sont localisés à la main et plus particulièrement aux extrémités des doigts, sur la langue et la cavité buccale. C'est par là même que le bébé appréhende la réalité, c'est par là qu'il avale les substances nécessaires à la constitution de son corps. Bébé attrape un objet considéré comme aliment, le met en bouche pour le goûter via les récepteurs gustatifs de la langue et peut vouloir l'avaler ou le recracher. Pendant un certain temps, les lèvres seront pour bébé son seul moyen d'appréciation. C'est pourquoi dès qu'il peut il porte à ses lèvres les objets pour les définir ou les reconnaître et il continue de le faire, même après avoir acquis d'autres moyens de perception et de jugement. Les autres moyens de perception et de jugement dont il dispose en fin de compte sont ses mains, le bout de ses doigts et la paume de la main. N'est ce pas là non plus les moyens de perception dont dispose un ostéopathe?

Le toucher reste la première expérience sensorielle de l'être humain et l'une des plus fondamentales à sa survie physique et psychique. Il comprend un vaste domaine qui peut être d'ordre philosophique, physiologique, littéraire, physique, relationnel, etc....

On va s'arrêter quelques instants sur les définitions du toucher les plus subtiles en rapport avec notre sujet. Définitions du toucher (issues du dictionnaire Larousse)

→ mettre sa main, ses doigts au **contact** de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les **sensations tactiles**, son état, sa consistance, sa chaleur, etc.

→ être, entrer en **contact** physique avec quelque chose, quelqu'un

→ **contacter** quelqu'un, entrer en rapport avec lui

→ **sens** par lequel sont reçues les informations sur l'environnement qui sont perçues par **contact** cutané direct

→ **sens** qui permet de percevoir certaines propriétés d'un corps, d'un objet par **contact** ou **palpation**

→ **sens** par lequel nous percevons, par **contact** ou **palpation**, certaines propriétés du corps

→ manière de prendre **contact**, d'explorer avec la main

→ celui des cinq sens à l'aide duquel on reconnaît, par le **contact** direct de certains organes, la forme et l'état extérieur des corps

Il en ressort une analogie du toucher essentiellement avec le **contact** et la **palpation** et défini comme un **sens**. Le contact renforce dans l'idée du toucher la notion d'état de deux corps qui se touchent, sensation produite par quelque chose qui touche la peau. Quand à la palpation, l'action de palper renforce également la notion du toucher dans le sens d'examiner, apprécier en touchant avec la main, les doigts. Le toucher comprend également le domaine de la perception qui peut être aussi bien physique que visuelle (tandem toucher-regarder que nous verrons plus loin) ainsi qu'un vaste domaine dans la communication.

En effet, le toucher et la communication tels que j'en parle ici sont de l'ordre de l'interaction interpersonnelle entre un thérapeute et un bébé. Cette interaction crée une influence réciproque qui s'établit entre eux. Cette interaction est un échange entre ces deux entités qui ont des actions réciproques, elle peut se voir comme une rencontre. Jean BOUHANA (10) nous parle de différents temps dans la rencontre et ainsi de différents tons. Pour lui, "les différentes situations au cours d'une rencontre contactante avec son patient se manifestent chez lui par des tons particuliers. Le premier mode tonal perceptible chez la plupart de nos patients lorsqu'ils sont approchés pour la première fois est le tonus d'expectative. Le tonus qui permet l'échange thérapeutique est lui, appelé tonus de réciprocité, car il caractérise l'état d'interdépendance des deux systèmes de tenségrité en présence".

On veut ici distinguer les interactions communicatives des interactions verbales, les interactions communicatives se déclinant sur des versants non spécifiquement langagiers. A ce stade le bébé n'aura pas acquis le langage, son moyen d'expression sera essentiellement corporel tout comme les manifestations de ses interactions communicatives. Ces interactions communicatives seront de plus complétées par le tandem toucher-regarder.

Le toucher est la porte d'entrée d'un univers sensoriel extraordinaire et également le lieu permanent de l'apprentissage mais plus encore, il n'y a pas un toucher mais des touchers dont la justesse implique l'adaptation.

Je terminerais ces généralités sur le toucher en parlant de la triade du toucher qui est de l'ordre de trois dimensions: cognitive, affective et conative. On entend par cognitif quelle connaissance je peux acquérir au travers du toucher; par affectif quelle valeur affective je peux donner à ce toucher; par conatif ce que l'ostéopathe va avoir à faire. On notera l'idée qui permet d'expliquer la communication, l'interaction tactile qui communique avec ces 3 types de dimensions.

### 2.1.2 Spécificité ostéopathique du toucher

Le toucher auquel nous allons nous intéresser dans le cadre de ce travail est le toucher ostéopathique. J'ai pour cela recherché des écrits de différents ostéopathes D.O. sur la notion du toucher.

Pour Michel ATIA (2), "le toucher est une perception, un ressenti. En tant que tel on ne peut mettre en doute la réalité de ce qu'exprime celui ou celle qui touche". La perception et le ressenti sont propres à chacun au travers de nos expériences. Deux ostéopathes peuvent ne pas sentir la même chose et auront un geste thérapeutique propre à leur ressenti et expérience.

Pour Emmanuel ROCHE (15), " un toucher connaissant permet de travailler plus profondément et efficacement avec les forces naturelles de l'organisme". Ce toucher connaissant, WG SUTHERLAND y fait constamment référence à travers sa fameuse formule des "doigts qui sentent, voient, pensent et savent" ". Le toucher connaissant se fait avec l'ensemble de son corps unit. Ainsi lorsqu'on travaillera par exemple les points d'attaches de l'estomac, on mettra notre propre estomac en conscience....

Pour Yves LAVAL (9), " l'ostéopathie a développé une perception sensorielle en abîme du toucher, chaque toucher tissulaire renvoi à un autre toucher connu qui lui-même renvoie à un autre toucher, etc. Ce sens tellement travaillé dans cette discipline est la porte d'entrée d'informations tissulaires prodigieuses à découvrir". Tout se joue dans le ressenti de son propre corps. Lorsqu'on arrive à rentrer en contact avec l'autre, une multitude d'information arrive. Tout est dans l'art de s'unir à l'autre...puis de se séparer quand vient le moment!

Le Dr Alain CASSOURA (7) " perçoit le toucher comme un dialogue et l'acte thérapeutique comme le fruit d'un dialogue.[...]Le dialogue évoluant dans le temps, au fil d'une même consultation, le toucher évolue. La peau est interface, zone d'échange d'informations. Le patient, le toucher, devient touchant et le touchant, le thérapeute, est touché. Dès lors s'effectue une rencontre de deux corps physiques, mais aussi de deux énergies, de deux espaces émotionnels, de deux espaces "mentaux" ". Cette notion du toucher me paraît très pertinente dans ce qu'on recherche comme relationnel avec le bébé. Elle illustre l'interaction de deux être avec une influence réciproque qui s'établit entre eux.

Dans notre Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale, lorsque Jean François TERRAMORSI (16) aborde le toucher dans son chapitre "senti et ressenti", il insiste davantage sur la notion de perception et de contact en allant jusqu'au ressenti. Pour lui les sens ne nous renseignent pas sur la réalité de notre environnement. Nous pouvons reconnaître des situations par rapport à nos références déjà établies grâce à l'analyse des éléments perçus ultérieurement. Ainsi selon lui le toucher permet de "percevoir les différences et non les états stables". Il va même plus loin en disant: " On ne perçoit que les différences et on ne peut pas sentir les autres. On peut, au mieux, se sentir soi-même". Il n'est pas possible de ressentir l'autre puisque nous n'avons pas de récepteurs à l'intérieur de lui. Plaçons un cheveu sous une feuille de papier. Nous sommes capable en passant notre main de percevoir la différence de relief due au cheveu mais en aucun cas de percevoir l'épaisseur de la feuille de papier. Notre ressenti dans la perception n'est une fois de plus qu'une question d'interprétation et de jugement par rapport à sa propre expérience et son propre vécu. Le travail du thérapeute va alors être orienté vers l'écoute et l'analyse de ses propres réactions corporelles.

De façon empirique j'ai pu constater qu'à un moment donné dans mes soins je trouvais beaucoup de mes patients avec un "blocage" de leur articulation sacro-iliaque gauche, avant de me rendre compte que j'avais moi même une sacro-iliaque gauche qui "bougeait moins" que la droite. J'ai alors mieux compris ce que J.F. TERRAMORSI a voulu dire lorsqu'il dit: "On ne sent pas la réalité des autres, on sent ce que les autres modifient dans notre "réalité", dans notre ressenti". Or ma sacro-iliaque gauche étant "peu mobile", mon ressenti a été faussé car ma sacro-iliaque n'a pu me transmettre l'ensemble du jeu articulaire de mes patients selon ma réalité.

Pour être un peu plus explicite sur le fait que je n'ai pas pu sentir ce que mes patients auraient dû modifier dans ma réalité je vais aborder ici la notion de contact selon J.F.Terramorsi.

Il "différencie la surface de contact, zone de la peau que l'on touche, avec le contact réel". Lorsqu'on est sur la zone de la peau qu'on touche, on sera AU contact. Par contre lorsqu'on est sur le contact réel, on sera EN contact. La subtilité d'être AU contact et EN contact prend toute son importance dans la notion de communication avec l'autre.

On est "AU contact" sur un toucher qui sollicite les capteurs de la peau qu'ils soient d'ordre mécaniques, thermiques ou nociceptifs. Dans ce cas il n'y a pas d'échange du moins pas dans la subtilité du ressenti de notre perception à l'autre.

On sera "EN contact" lorsqu'on percevra notre "squelette qui communique" avec celui du patient. Le contact prendra ainsi toute son importance. Pour qu'il soit efficace, ce contact doit



se faire" avec tout mon squelette, même périphérique, puis en y intégrant les organes pour arriver à l'unité du corps. Je "corpuscule"...."

Ce contact nécessite une main "passive" et non pas une main qui cherche à agir. La main ne peut pas agir et écouter en même temps sinon on crée un "larsen" où émission et réception sont discordantes. Comme dit Gilles BOUDEHEN (3): " plus on fait musculairement, moins on ressent".

La synthèse de ces différents courants ostéopathiques sur le toucher nous montre que tout n'est qu'une question de ressenti et d'interprétation propre à chacun selon son expérience. De plus chaque courant ostéopathique fait référence à son modèle. Personne ne détient la vérité mais ne fait qu'émettre son point de vue personnel.

## **2.2 Le toucher ostéopathique appliqué aux bébés**

Le bébé n'est pas un adulte, il est immature; c'est un être sensorimoteur qui évolue constamment. Si on peut manipuler l'adulte comme on le fait pour un bébé, l'inverse n'est pas toujours vrai.

### 2.2.1 Importance du toucher chez le bébé

Il est intéressant de constater que lorsqu'on tape le mot "toucher" dans le moteur de recherche Google® avec l'affichage d'images uniquement, sur les 5 premières images qui s'affichent, 4 comprennent des bébés. Le toucher serait ainsi davantage associé aux bébés. Par contre la totalité des images met en avant des mains.

Le toucher qui est l'un de nos cinq sens est le premier à se développer vers la huitième semaine de la vie fœtale. Baigné dans le liquide amniotique, le bébé est capable de ressentir les nuances très fines de nombreuses stimulations (pression, bercement, vibration, mouvement de la main de la mère sur son ventre). A sa naissance, le bébé n'a pas conscience de son unité corporelle ni des limites créées par sa peau. Cette peau va occuper une place fondamentale dans la relation de confiance progressivement tissée par l'enfant avec son environnement. Pour Florence VINIT (20), "l'affinement du contact physique qui est en même temps un contact affectif, marque la réciprocité du sens du toucher qui nous rend présent à l'autre tout en étant présent à ce que l'autre sent de nous".

Didier ANZIEU (1), rappelait en ces termes: "l'interdit de toucher reste l'interdit, [...] fondamental [...] pour le développement de l'appareil psychique chez l'enfant". Néanmoins certaines formes d'éducation demandent à l'enfant de renoncer très tôt à toucher pour des questions de sécurité et même de montrer du doigt les objets qui éveillent leur curiosité sous couvert de ne pas "heurter" autour de lui. Cela conduit à reléguer le toucher à l'état de dormance au profit de la vision, perçue comme plus apte à construire des représentations, quand bien même elles seraient faussées. La culture du virtuel ainsi que la technicité de plus en plus sophistiqués nous éloignent chaque jour davantage de ce sens, étayé sur des contacts physiques, tellement vitaux et fondateurs au début de la vie.

L'haptonomie, "science de l'affectivité" développée par Frans VELDMAN (17) a su mettre en valeur l'importance du toucher et cela, dès la conception. Dans le domaine de la périnatalité, l'haptonomie permet d'entrer en contact avec le bébé in utéro à travers la qualité de présence de la main sur la paroi du ventre de la mère. Pour F. VELDMAN, "la confirmation affective de l'être, spécifiquement haptonomique, exige inconditionnellement un contact tactile spécifique, (r)assurant et sécurisant, plein de tendresse et de respect". Ainsi l'haptonomie cherche à développer une interaction avec le bébé. A travers la qualité de présence de la main posée sur le ventre de la mère, le mouvement du bébé initie en retour un dialogue. L'haptonomie "ouvre un espace d'expression et d'accompagnement de certaines problématiques d'attachement entre la mère et le bébé tout en interrogeant la

place donnée à la sécurisation affective dans notre culture" (17). La peau et le toucher ont ainsi une grande importance dans le développement psychique. L'atmosphère de la rencontre haptonomique est de nature affective: il s'agit d'un dialogue passant par le biais de la peau avec un bébé qui est respecté dans ses rythmes et dans sa disponibilité. Toujours pour F.VELDMAN, l'haptonomie "demande un long cheminement personnel pour développer sa propre sécurité de base et qualité d'ouverture à la relation". J'ai moi même pratiqué l'haptonomie avec mon fils et du haut de ces 20 mois, les commentaires qui me sont parvenus depuis sa naissance en relation avec l'haptonomie sont : "bien dans son corps", "cherche le contact", "bébé explorateur", "confiance", "autonome", "ouvert".

Le toucher de la peau du bébé comme le contact affectif qu'il transmet apparaissent donc comme des éléments fondamentaux de la survie physique du bébé autant que son développement psychique harmonieux. Un bébé qui n'est pas suffisamment touché peut se laisser mourir...Ainsi Tiffany FIELD (8) dit: "pendant et après la Seconde Guerre mondiale, les bébés et les enfants orphelins placés dans des institutions surpeuplées n'étaient que rarement et brièvement touchés par les infirmières; privés de contact, de baisers et de caresses, beaucoup de ces nourrissons moururent". Nous sommes ici dans un exemple extrême mais il est important pour les enfants d'être touchés dans tous les sens du terme. Leur croissance et leur développement physique et psychique en dépendent.

### 2.2.2. Spécificité ostéopathique du toucher chez le bébé

La façon dont on va aborder un bébé sur une séance d'ostéopathie est primordiale. "Accorder une place à l'art du toucher nous amène à considérer l'acte thérapeutique comme le fruit d'un dialogue et non celui de l'analyse figée d'une situation à un instant t [...] Le dialogue évoluant dans le temps, au fil d'une même consultation, le toucher évolue" (7). L'observation du comportement de bébé est très important lors d'une première rencontre mais ceci va dans les deux sens. Bébé va également nous observer et ainsi se sentir ou non en confiance lorsque nous allons poser nos mains sur lui. Les quelques minutes qui précèdent la prise de contact physique avec bébé est ainsi primordiale. Il faut installer un climat de confiance. En tant que thérapeute il faudra adapter tout au long de la séance d'ostéopathie notre toucher afin qu'il soit le plus confortable et le moins agressif possible. Pour Alain CASSOURA, "plus la douceur, la subtilité, la tranquillité, le silence se sont installés dans sa pratique, plus les corps se sont livrés"(6). Lorsqu'il traite un nourrisson "ses mains lui demandent : Quelle est ta singularité? Pourquoi es-tu là? D'où viens-tu? Où est le souffle en toi?" Il établit un dialogue tactile avec ce petit être.

Tout comme les adultes, certains bébés auront besoin d'être plus rassurés et n'ayant pas de moyen de s'exprimer autre que leur corps il faudra être à l'écoute des tissus que l'on a sous les mains. On sentira si bébé se contracte ou se relâche...Le déroulement de la séance est donc adapté à ce "Petit Homme". L'observation du bébé, le climat relationnel, l'échange que va instaurer le thérapeute avec le bébé sont les conditions nécessaires pour le bon déroulement d'une séance.

Le tandem toucher et regarder va de paire dans l'approche du soin du bébé. Lorsqu'on observe Michèle BUSQUET-VAN DERHEYDEN traiter des bébés on est saisi par son regard qui ne lâche pas prise, à l'image de la photo de page de garde de son livre "Bébé au cœur de vos mains" (annexe1). Elle dit interroger les parents sans quitter du regard le bébé pour "établir un dialogue". Elle va même plus loin en parlant de "dialogue émotionnel" par lequel elle met en place "une approche globale de l'être qui s'inscrit dans le schéma corporel du nouveau né et sa conscience de soi[...] Ce dialogue va permettre au thérapeute de constamment s'ajuster aux réactions, aux demandes du bébé qu'il a entre les mains" (5). Pour elle, le traitement ostéopathique "donne la possibilité à l'enfant d'assumer son vécu corporel et non de le subir". Ses objectifs sont le "bien être dans sa peau, le bien être dans

son ventre, le bien être dans sa tête, enfin le plaisir d'être. Notre savoir ressentir et notre savoir faire sont tout entier tournés vers eux".

Pour Gilles BOUDEHEN, le bébé, "ce champion de la déformabilité, cet "être de caoutchouc" peut souffrir de perte d'élasticité, de lésions ostéopathiques dès la naissance". Deux soucis se posent alors pour l'ostéopathe chez le tout petit enfant: repérer la lésion et la corriger avec une gestuelle adaptée. Le repérage lésionnel chez le nourrisson se caractérise par une quête aux limites de la physiologie, aux limites de la perfection. Cela explique en partie le côté impressionnant du visuel de l'examen ostéopathique du bébé, où le praticien peut être amené à organiser le corps de son jeune patient dans des attitudes peu habituelles pour l'accompagnant. En terme de gestuelle G. BOUDEHEN va introduire la notion de " main passive" dans le toucher ostéopathique. "La main qui va être placée dans le ventre du bébé doit y pénétrer avec la passivité et le respect nécessaire". Ainsi on va rechercher une zone de contact dense qui manque de déformabilité et plus ou moins sensible pour le bébé. Le but sera la "fonte" de cette zone sous l'appui de la main du thérapeute restée passive.

Avec tout ce qui précède, Gilles BOUDEHEN (3) ajoute que "le premier contact ne doit pas être celui qui commence le soin". Il préconise ainsi de ne pas déshabiller entièrement ce petit bout. Par contre il insiste sur le fait que "un des éléments clés de notre lien avec le bébé ou le jeune enfant est de ne pas le lâcher du regard. Nous devons traquer la moindre particularité". On retrouve ainsi encore le tandem toucher et regarder... Au-delà du contact à travers le toucher, la notion de communication qui passe par le regard tient toute son importance.

Le contact est primordial chez le bébé, il faut savoir le toucher "con"tact, "avec"tact. Pour le bon déroulement d'une séance, la dextérité manuelle du thérapeute n'est pas suffisante.

### ***2.3 Le toucher ostéopathique chez le bébé : une compétence professionnelle spécifique***

En regardant travailler des ostéopathes de courants différents s'appuyant sur des théories variées parfois divergentes, il est surprenant de constater les ressemblances, voire les similitudes d'approches. Chacun s'appuie sur une idée différente de la lésion ou du comment faire, mais le résultat est très proche. Plusieurs types de gestuelle peuvent donc cohabiter. Il est intéressant de repartir de la pratique pour analyser notre gestuelle et verbaliser pourquoi et comment on fait ce geste et dans quel but.

#### 2.3.1. Généralités sur les compétences

Mon travail sur le toucher ostéopathique chez le bébé pourrait relever d'une compétence qui se veut descriptive afin d'aboutir à une fiche technique.

Ainsi donc je me suis intéressée au travail théorique de Gérard Vergnaud qui porte sur les compétences(19).

Tout d'abord pour lui, la connaissance est adaptation: les bébés, les enfants, les élèves et les professionnels apprennent en s'adaptant aux situations rencontrées. Ce qu'ils développent alors sont des compétences. Il décrit plusieurs critères possibles de compétence.

- est plus compétent celui qui sait faire quelque chose qu'il ne savait pas faire (perspective développementale) ou que d'autres ne savent pas faire (perspective différentielle) ;
- est plus compétent celui qui s'y prend d'une manière plus faible, plus économique, plus générale, plus élégante, mieux compatible avec le travail des autres...;

- est plus compétent celui qui dispose d'une plus grande variété de procédures pour traiter une classe de situations, en fonction des valeurs particulières prises par les variables de situation;
- est plus compétent celui qui est moins démuni devant une situation nouvelle, jamais rencontrée auparavant.

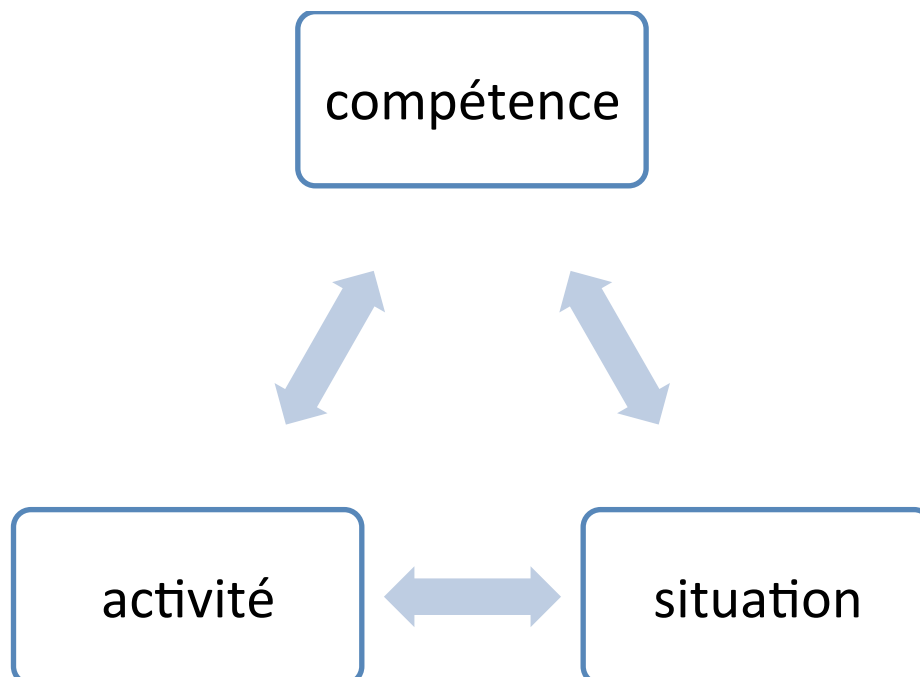
Si le premier critère peut être vérifié au vu du résultat de l'activité, les trois autres critères appellent un regard analytique sur l'activité elle-même et ses formes d'organisation, pas seulement sur le résultat. L'activité en situation (geste, attention sélective, raisonnement, gestion de l'incertitude..) constitue le ressort principal du développement des compétences.

Chacun développe des compétences dans une grande variété de registres:

- les gestes, l'interaction avec autrui (gestion de la coopération et du conflit, souci et respect d'autrui, séduction....);
- la communication langagière et le dialogue (expression des idées, élimination des équivoques, argumentation..);
- l'affectivité et les émotions. Dans leur activité de travail, les hommes et les femmes sont reconnus autant en raison de leur qualité dites "humaines" que de leurs compétences techniques. Les deux sont d'ailleurs rarement indépendantes.

Selon VERGNAUD , la compétence repose sur un triptyque nécessaire:

- la **compétence** est propre au sujet. Elle est **immatérielle** et **inobservable directement**.
- la compétence est indissociable de l'**activité** développée par le sujet. Elle nécessite de mettre en œuvre une activité
- la compétence ne peut s'exprimer que dans le cadre d'une **situation** concrète dans laquelle se déroule l'action.



## TRIPTYQUE DE LA COMPETENCE

La compétence est quelque chose d'immatériel, propre à chaque individu. C'est subjectif mais c'est le résultat d'un apprentissage. PERRENOUD la définit comme "une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes"(14). Ainsi la compétence n'est pas assimilable à un savoir formel mais plutôt à savoir mobiliser ces connaissances en situation. L'analyse de la compétence se fait donc au travers de l'analyse de l'activité en situation de l'individu.

Cette compétence de l'ordre de l'immatériel ne peut se construire qu'à travers les schèmes. Selon VERGNAUD (18): "Un schème est l'organisation invariante d'une activité pour une même classe de situations. Ce n'est pas l'activité qui est invariante ou stéréotypée mais c'est son organisation. Le schème est fonctionnel, il comporte à la fois l'organisation des gestes, des formes langagières, des opérations de pensées, des interactions sociales qui permettent de traiter une classe de situations".

On distingue quatre éléments organisateurs des schèmes :

- les règles d'**action**, de prise d'information et de contrôle, dont la fonction est de générer la conduite ; elles correspondent aux manières de faire temporo-spatiales
- le ou les **buts**, les sous-buts et les **anticipations** ; ils représentent les différentes étapes à atteindre pour permettre le pilotage de l'activité
- les **invariants opératoires** (concepts-en-acte, théorèmes-en-acte) qui permettent de sélectionner l'information pertinente et de la traiter ; ils renvoient aux connaissances que le sujet mobilise pendant l'activité ; ce qu'il tient pour vrai ou pertinent pour dérouler l'activité (par exemple, ne pas perdre le regard du bébé pendant que je le touche est pertinent)
- les **inférences** en fonction des particularités de la **situation** rencontrée et qui s'effectuent à partir des informations et du but visés; elles correspondent aux différents paramètres de la situation auxquels le sujet doit s'adapter pour dérouler l'activité (exemple l'âge du bébé : selon que le bébé a quelques jours ou bien quelques mois, je ne m'y prends pas tout à fait pareil pour le toucher).

### 2.3.2. Construction de schèmes tactiles

Dans le cadre de mon travail sur le toucher ostéopathe du bébé, ce qui va faire la compétence découle de plusieurs éléments:

- ce que le sujet a dans sa tête (les concepts et connaissances) : ce qu'il tient pour vrai et pertinent pendant l'activité
- ce qu'il fait en situation (les règles d'action ou procédures)
- les objectifs qu'il se donne pour piloter son activité
- les différents paramètres d'ajustement aux situations

Les éléments recueillis seront de l'ordre du subjectif. L'idée que l'on puisse organiser et surtout faire ressortir des règles et des méthodes d'action de ce qu'on ressent où ce qu'on imagine qu'il se passe, apparaît difficilement réalisable. Pourtant c'est une des clefs de cette recherche. Il faut penser les schèmes tactiles comme une sensibilité propre à une situation.

Ces schèmes sont mis en place et utilisés pour développer une activité la plus adaptée et la plus rapide. Lorsque nous percevons, notre cerveau analyse, interprète et choisit le schème tactile qui semble correspondre à la situation. On ne touche l'autre que parce qu'on a appris

à le toucher de cette façon. La perception est une grille cognitive que l'on construit avec ses propres expériences et apprentissage.

### 3. HYPOTHESE

Le toucher ostéopathique appliqué aux bébés peut être décrit comme une compétence.

Mon travail sera ici de décrire comment un ostéopathe touche d'une façon particulière le bébé et ce qu'il va mettre en œuvre pour y arriver. Il est alors possible d'analyser au travers la théorie des champs conceptuels de VERGNAUD, l'organisation plus ou moins invariante de l'activité du toucher ostéopathique chez le bébé.

### 4. MATERIEL ET METHODE

#### 4.1. La population

Mon souhait était d'observer la compétence tactile de 3 praticiens confirmés dans le milieu de l'ostéopathie pour bébé issus du courant ostéopathique de notre école.

J'ai ainsi pu filmer les 3 praticiens en soin avec un bébé de 3 semaines venus avec ses 2 parents, un bébé de 1 mois et demi venu avec sa mère et un bébé de 2 mois venu avec sa mère.

#### 4.2. Matériel

Les séances ont été filmées en caméra embarquée afin d'enregistrer au mieux chaque geste du praticien. Il était demandé au praticien de ne pas tenir compte de la caméra qui se déplaçait autour de lui afin de rester dans le meilleur champ de vision possible étant donné que ce dernier était lui-même amené à bouger avec le bébé. Durant la séance, nous avons choisi de rester le plus éloigné du couple praticien/patients (présence de la mère au côté du bébé) afin de ne gêner en rien leur interaction. Les films durent 28 minutes pour le bébé de 3 semaines, 17 minutes pour le bébé de 1 mois et demi et 20 minutes pour le bébé de 2 mois.

Un entretien d'explicitation avec l'ostéopathe seul a ensuite été mené. Les questions ont été construites avec en filigrane la grille d'analyse reprenant les composantes de la définition d'un schème de VERGNAUD, telle que:

- Une première partie est réservée à la désignation de l'intitulé du **schème** impliqué dans l'activité tactile: "**Toucher ostéopathique chez le bébé**"
- Une seconde partie sert à noter les **règles d'actions** impliquées dans la réalisation du schème: "**Comment fais tu pour toucher un bébé?**"
- Une troisième partie est utilisée pour décrire les **invariants opératoires** sous forme de deux catégories d'éléments: "**Qu'est ce qui est pertinent de savoir, de connaître pour toucher un bébé?**"
  - ✓ Ce que le sujet tient pour vrai.
  - ✓ Ce que le sujet tient pour pertinent.
- Une quatrième partie est réservée à la description des **anticipations** ou des attentes du sujet face à la mise en place du schème: "**Que cherches tu à obtenir pour que l'action se déroule?**"

- Une cinquième partie pour ce que l'on nomme les **inférences** c'est-à-dire les paramètres qui déterminent les choix des règles d'actions et permettent de s'ajuster: "**Est ce parfois différent?**"

La grille vierge est présentée en ANNEXE 2.

Environ 15 jours après la séance, j'ai interviewé les professionnels pendant presque une heure en leur projetant le film de la séance. Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal. Les enregistrements obtenus ont été dactylographiés et rapportés en ANNEXE 3.

#### **4.3. Méthode employée pour l'analyse**

Pour l'analyse des propos des praticiens, les verbatims obtenus ont été catégorisés et classés en sous schèmes (unités d'activité) avec leurs différentes composantes.

Les sous schèmes sont issus d'une analyse de ma part de ce qui est commun au déroulement des trois séances. Je me suis rendu compte que le toucher ostéopathe chez le bébé pouvait se développer selon deux éléments :

- mise en place d'une relation spécifique avec le bébé
- perception du toucher

J'ai ainsi développé le schème "toucher ostéopathe chez le bébé" en deux sous schèmes.

Cette catégorisation a été faite pour chacun des trois praticiens en soulignant de couleur différente les règles d'action, les invariants opératoires, les anticipations et les inférences. Ensuite une comparaison des règles d'action des trois praticiens a été réalisée en relevant les éléments communs aux trois ostéopathes puis à un seul praticien de façon répétée. Il en a été de même pour les invariants opératoires, les anticipations et les inférences.

Cette étude va permettre de remplir chacune des colonnes identifiées de la grille afin de conceptualiser les sous schèmes tactiles présents lors du soin.

L'étude de la fréquence de ces mots va permettre d'extraire les items impliqués dans le toucher.

Les grilles obtenues vont être les bases pour construire une grille de synthèse où les éléments communs présents dans chacune des grilles des praticiens seront repris.

L'étude proposée ici, fait appel à un modèle et une méthodologie issue de la psychologie cognitive et de la didactique professionnelle. Elle permet de mettre en évidence les différentes composantes des schèmes de la compétence étudiée à partir d'une situation concrète. La compétence d'un ostéopathe à toucher et traiter un bébé va être examinée ici avec comme plan de travail celui de la grille reprenant les éléments du schème.

## **5. RESULTATS**

### **5.1. Mise en place d'une grille individuelle**

Lors de l'entretien, les questions orientées sur les aspects tactiles du travail réalisé a permis d'organiser les éléments présents dans l'activité. Ainsi, à la question « Qu'est ce qu'il fait globalement ? », les réponses données par le professionnel ont été classées comme étant le schème d'activité pour toucher.



Cette même procédure a été employée pour chaque composante de la grille, telle que :

- La question « Comment il fait ? » a permis d'obtenir les Règles d'Actions de l'activité.
- A la question « Qu'est ce qu'il sait? », nous avons cherché les réponses données par le professionnel et les avons classées comme étant des Invariants Opérateurs.
- La question « Que cherche-t-il à obtenir ? » pour les Anticipations.
- La question « Est-ce parfois différent ? » pour les Inférences.

Ceci a permis la mise en place d'une analyse de la grille d'entretien d'explicitation qui est reportée en ANNEXE 4. Les chiffres notés en bout de phrase correspondent au nombre de fois où cette phrase est citée par le praticien ou du moins dans la même idée.

## 5.2. Travail de synthèse

### 5.2.1. Mise en évidence d'items communs aux 3 ostéopathes

Durant la comparaison des différentes grilles d'analyses, je me suis attachée à relever ce qui était commun aux trois ostéopathes. Pour ce faire j'ai relevé dans chaque composante du sous schème la/les idée(s) commune(s) aux trois ostéopathes en relevant les phrases dans l'idée commune. J'ai ainsi gardé **la phrase qui me semblait la plus pertinente** en caractère gras dans le tableau. Par exemple pour le sous schème "perception du toucher", 01 me dit "je reste en phase avec le bébé", 02 "je prends le temps de l'union" et 03 "je veux qu'on soit au même moment, au même endroit". J'ai gardé la phrase " **je reste en phase avec le bébé**".

Dans la première phase du travail tactile, les praticiens insistent sur le sous schème de la **mise en place d'une relation spécifique** avec le bébé. Le tableau suivant en reprend les règles d'action, les invariants opératoires, les anticipations et les inférences.

Mise en place d'une relation spécifique			
	01	02	03
Règles d'Action	Je le regarde	Je ne le quitte pas des yeux	<b>Je le regarde dans les yeux</b>
	Je n'arrête pas brutalement	<b>Je me retire tranquillement</b>	Je respecte le rythme du bébé
	<b>Je vais le mettre dans différentes positions</b>	Je change de position pour qu'il réagisse moins	Je le remets dans sa position de confort
	Je reste en phase avec le bébé	<b>Je prends le temps de l'union</b>	Je veux qu'on soit au même moment au même endroit



<b>Invariants Opératoires</b>	La phase difficile c'est quand ils commencent à marcher vers 10-12 mois	<b>La période réfractaire c'est entre 8 mois et 2 ans</b>	Entre 1 an et 3 ans l'enfant bouge et exprime davantage ses peurs
	Ces réactions ne sont pas forcément des réactions de douleur	Je suis vigilant à sa réaction	<b>Il faut être attentif au changement éventuel de faciès</b>
<b>Anticipations</b>	<b>Je ne cherche pas à réveiller les pleurs</b>	Si je sais que le bébé n'est pas à l'aise je sors de mon soin pour l'expliquer à la maman	Il ne s'agit en aucune manière d'essayer de faire pleurer le bébé
<b>Inférences</b>	L'angoisse des parents dépasse tout et m'oblige à arrêter la séance	Je n'arrive plus à y être à cause de la maman ou des questions posées en cours de traitement	<b>Si les questions et la crainte des parents persistent je peux être amenée à arrêter mon traitement</b>

Dans la deuxième phase du travail tactile, les praticiens insistent sur le sous schème de la **perception tactile**. Le tableau suivant en reprend les règles d'action, les invariants opératoires, les anticipations et les inférences.

<b>Perception du toucher</b>			
	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>
<b>Règles d'Action</b>	Je vais chercher des zones de tension, restriction, résistance	<b>Je recherche une résistance</b>	Je cherche à contacter une zone de tension qui me gêne
	Je me pose sur lui	<b>Je me sers de mon équilibre</b>	Je me pose sur elle
	<b>Je m'enroule autour de lui</b>	Je m'amène à lui	Je m'enroule autour
	<b>Je travaille là où ça me semble plus dense qu'ailleurs</b>	Je garde la résistance entre mes deux mains	Je me laisse fondre dans la zone de densité
<b>Invariants Opératoires</b>	Je ne pénètre pas trop dans le ventre	<b>On ne rentre pas aussi fermement que chez un adulte</b>	Il ne doit pas y avoir de brutalité dans le geste

	Un bébé va se tortiller dans tous les sens	<b>Un bébé est très déformable</b>	On peut aller loin chez un bébé par rapport à un adulte
<b>Anticipations</b>	J'arrête quand son ventre s'est assoupli	<b>Je me pose jusqu'à ce que ça lâche</b>	Le but est que le tissu s'assouplisse, qu'il lâche
	Je cherche des zones de densité	<b>Si c'est résistant et que je le vois réagir ça me suffit</b>	J'essaie de sentir ce qui me gêne

Il en ressort le tableau suivant résultant de la synthèse des deux précédents.

<b>Schème: Toucher ostéopathique chez le bébé</b>		
<b>Sous schème</b>	<b>Mise en place d'une relation spécifique</b>	<b>Perception du toucher</b>
<b>Règles d'Action</b>	<b>Je le regarde dans les yeux</b>	<b>Je recherche une résistance</b>
	<b>Je prends le temps de l'union</b>	<b>Je me sers de mon équilibre</b>
	<b>Je vais le mettre dans différentes positions</b>	<b>Je m'enroule autour de lui</b>
	<b>Je me retire tranquillement</b>	<b>Je travaille là où ça me semble plus dense qu'ailleurs</b>
<b>Invariants Opératoires</b>	<b>La période réfractaire c'est entre 8 mois et 2 ans</b>	<b>On ne rentre pas aussi fermement que chez un adulte</b>
	<b>Il faut être attentif au changement éventuel de faciès</b>	<b>Un bébé est très déformable</b>
<b>Anticipations</b>	<b>Je ne cherche pas à réveiller les pleurs</b>	<b>Je me pose jusqu'à ce que ça lâche</b>
		<b>Si c'est résistant et que je le vois réagir ça me suffit</b>
<b>Inférences</b>	<b>Si les questions et la crainte des parents persistent je peux être amenée à arrêter mon traitement</b>	

L'intérêt des sous schèmes prend ici toute son importance.

En effet lors de la **mise en place d'une relation spécifique**, dans les **règles d'action**, l'approche du bébé se fait à travers le regard en prenant le temps de l'union. Les différentes positions vont permettre un meilleur confort de celui ci selon la zone que l'on travaille ou une meilleure organisation pour mieux le traiter. Le retrait se fera sur un rythme lent selon les réactions du bébé.

Tout ceci se fait à travers la main. Même si on nous dit que la main ne peut pas agir et écouter en même temps (sinon on créé un "larsen" où émission et réception sont discordantes), elle reste un élément primordial dans la mise en relation avec le bébé. Cette même main permet le **toucher** mais au-delà de l'aspect sensoriel.

Dans les **invariants opératoires**, la période réfractaire entre 8 mois et 2 ans quand à la prise en charge du bébé demande une attention et une approche particulière qui se vérifie en étant attentif au changement de faciès de ce dernier.

Pour les **anticipations**, même si l'ostéopathe ne cherche pas à réveiller les pleurs il doit les prendre en compte en se demandant si ces pleurs viennent d'une mauvaise mise en relation avec le bébé ou s'il y a une réelle plainte sous la main.

Quand aux **inférences**, la communication verbale ne se fait pas qu'avec le bébé mais aussi avec les parents qui peuvent exprimer leurs craintes de façon trop récurrente venant ainsi entraver le soin de leur enfant.

Il est également intéressant d'analyser le deuxième sous schème **perception du toucher**. En effet on se rend compte que les **règles d'action** restent les mêmes que chez l'adulte. L'ostéopathe cherche une résistance à travers son équilibre en s'enroulant autour du bébé dans une zone dense.

Pour les **invariants opératoires**, dans la recherche de la densité qui constitue une première approche de la lésion face à un être qui ne peut s'exprimer verbalement, l'analyse de la déformabilité du tissu permet d'éventuellement confirmer cette lésion ou du moins de rendre compte de l'impact du traitement à la fin de la séance sachant qu'un bébé a une déformabilité importante. Si la densité n'était pas déformable en début de traitement, elle doit l'être en fin de traitement.

Dans les **anticipations**, il est important de se poser dessus jusqu'à ce que la densité "lâche". Quand à savoir si cette densité constitue une lésion chez le bébé, il suffit pour cela de regarder ce dernier et de voir s'il réagit. Le bébé n'ayant pas la capacité de s'exprimer verbalement, il le fait d'une manière détournée et doit retenir toute notre attention quand à ses réactions face à notre soin. Si c'est le cas l'association de la densité et de la réactivité du bébé vient nous confirmer que c'est bien à cet endroit que l'on doit travailler.

On ne retrouve pas d'**inférences** communes aux 3 ostéopathes. Ceci peut s'expliquer par le fait que traiter un bébé demande encore plus de capacité d'adaptation chez le bébé que chez l'adulte et ainsi une multitude de solutions propres à chaque ostéopathe.

#### 5.2.2 Mise en évidence d'une organisation différente

Il m'est apparu également intéressant de tenir compte des éléments propres à 1 ostéopathe, cités de façon répétitive ou pertinente, qui sont franchement différents et qui pourraient constituer des éléments spécifiques de la compétence propre à chaque personne. .

Je les ai classé selon le schème ("toucher ostéopathique chez le bébé") dans le tableau suivant en reprenant les règles d'action, les invariants opératoires, les anticipations et les inférences.

Règles d'action	
	Je vais jouer avec le bébé
	Je le touche pour le rassurer
	Je lui donne mon doigt à téter
	Je discute avec le bébé
	Je viens m'empiler en lui
	Je chantonne
	Je me mets au plus proche de la zone que je travaille
	Je danse avec lui
	Je cherche à le vriller
	J'amène le bébé dans ma gravité à moi
	Je lui parle avec un ton de voix approprié
	Je contacte doucement, avec légèreté
<b>Invariants Opératoires</b>	J'aborde le bébé comme un adulte
	Je ne vais avoir que les infos des parents qui sont biaisées par rapport à leur interprétation
	Le bébé va se tortiller dans tous les sens et ce sera à moi de le suivre comme je peux
	Je fais toujours en sorte que ça soit confort
	Il n'hurle pas instantanément comme s'il s'était fait mal
	J'essaie de repérer les premiers indices de malaise pour ne pas aller trop vite ou trop loin
	Ma perception se situe au niveau de mon bassin
	On partage notre centre de gravité
	Il y a une présence particulière chez le bébé
	Ça peut être violent visuellement pour la maman
	Ma main va être passive afin de sentir au mieux l'évolution du

	tissu qu'elle contacte
	Le contact peau est très important
	Il est important de respecter une vitesse de pénétration
	Mon toucher se voudra dans un premier temps rassurant
	Je m'assure toujours que la pièce est suffisamment chaude ainsi que mes mains
	Je m'assure que le bébé n'a pas faim
	Certains bébés peuvent être sensibles aux parfums donc pas de parfum
<b>Anticipations</b>	Ya des gargouillis, des gaz qui montrent qu'il se passe quelque chose
	Le bébé va se relâcher, faire des pets
	J'essaie de repérer quelle partie de la vrille je n'arrive pas à faire
	La non séparabilité c'est avec le bébé que je veux l'avoir et pas avec la mère
	Je m'imprègne dans un premier temps de la qualité de son tissu
	Il va se détendre et même s'endormir
<b>Inférences</b>	S'il pleure en fin de séance je le garde dans mes bras, on se ballade dans la pièce
	Je m'adapte plus à son comportement que chez un adulte
	On peut lui donner le doigt à téter sans forcément un but thérapeutique
	La gestuelle de mon corps va changer mais pas mon toucher
	Je chantonne quand vraiment je sens que je n'arrive plus à y être à cause de la maman ou des questions posées en cours de traitement
	Je pourrais vibrer, me concentrer sur ma respiration
	Si j'arrive pas à le faire sur la table, je le prends et l'amène à moi
	Si je sens le bébé énervé ou stressé j'irais plus vite à la plainte
	Si le bébé ressent l'angoisse du parent, il y a de fortes chances que je m'arrête

	Je peux m'arrêter dans mon traitement un instant et donc dans mon toucher pour expliquer au parent ce que je fais et pourquoi
	Si les questions et la crainte persistent je peux être amené à arrêter mon traitement

Les items spécifiques à un ostéopathe montrent qu'il y a une grande diversité dans la façon de s'y prendre.

Il est intéressant d'aller chercher les règles d'action à la marge mais pas académique car les 2 autres ostéopathes ne le disent pas. Il ne faut pas pour autant les écarter.

## 6. DISCUSSION

### 6.1. Difficultés de ce travail

La mise en place de ce travail a été plutôt délicate.

La première des difficultés à laquelle j'ai été confrontée a été de me familiariser avec le travail théorique de Gérard Vergnaud qui porte sur les compétences. Ce dernier utilise un modèle et une méthode issue du monde de la psychologie du développement, difficile d'accès pour un ostéopathe. Le Modèle de VERGNAUD particulièrement descriptif, renvoie à une analyse de verbatim compliquée car très touffue d'accès. Ainsi, un certain nombre d'éléments ont pu être interprétés comme redondants et donc négligés, alors qu'ils auraient peut-être pu être analysés à un niveau de finesse supérieur. L'analyse des résultats s'est donc faite de façon qualitative, c'est-à-dire presque « mot à mot » donc soumise à un regard subjectif de ma part.

Le second problème a été de trouver des praticiens acceptant de se faire filmer dans leur activité puis de prendre le temps d'un entretien d'explicitation. Pour certains tout ceci constituait une perte de temps face à des plannings déjà bien chargés pour eux. Pour d'autres les refus n'ont pas toujours été très clairs. Face à ses difficultés, je n'ai eu d'autres choix que celui de demander à des enseignants de l'IFSOR. Ainsi ce TER reste fermé sur notre modèle fondamental de l'ostéopathie structurale. Il serait intéressant de le continuer et ainsi de comparer ce qui se fait dans d'autres modèles ostéopathiques afin d'enrichir notre pratique dans le soin du bébé.

Une autre difficulté et pas des moindres a été de trouver des bébés dont les parents acceptaient que leur enfant soit filmé en soin. Dans un premier temps j'ai tenté de contacter des cabinets de kinésithérapie spécialisés en pédiatrie sur Rennes mais sans succès. Puis je me suis tournée vers les élèves de l'IFSOR ayant des enfants en bas âge habitant près de Rennes. Toute la difficulté résidait dans le fait de réunir le bébé avec ses parents, le praticien et moi même pour filmer. D'autant qu'il fallait également gérer l'heure du biberon ou de la tétée et être suffisamment à distance d'un repas pour le soin. L'idéal aurait été de trouver un bébé dont les parents acceptaient qu'il soit traité par les trois praticiens à différents moments. Là encore toute la difficulté résidait en une organisation qui était prise par un temps restreint.

La question de la réalité de la séance s'est posée lors des films. Le principe de la caméra embarquée était de filmer sous les meilleurs angles les gestes professionnels. La présence d'une tierce personne a pu fausser quelque peu la concentration du praticien mais à mon

sens n'a pas eu d'influence sur les réactions du bébé. Néanmoins on peut se poser la question de la présence de la caméra auprès des parents.

Une autre difficulté pour la réalisation de ce TER a été l'entretien d'explicitation face à un manque d'expérience sur ce type de travail. Ce dernier a dû être fait en 2 fois par manque d'expérience de ma part quant à la précision des questions. Lors d'un premier entretien je me suis laissée conduire par l'analyse trop vaste de ma part de ce que les praticiens cherchaient à faire. Le second entretien a été basé sur un questionnaire plus précis dans le domaine des compétences en tenant compte des quatre éléments organisateurs des schèmes qui sont les Règles d'Action, les Invariants Opératoires, les Anticipations et les Inférences. Les entretiens retranscrits en annexe 3 sont la synthèse des 2 entretiens.

Malgré les deux années que j'ai pris pour réaliser ce travail, le "temps pour faire" est resté un élément essentiel pour sa conception autant pour moi qui l'effectuait en parallèle de mon activité professionnelle que pour les ostéopathes ayant accepté de participer à cette "aventure". Inévitablement j'ai donc été dans l'obligation de faire des choix en fonction du "temps" qu'il me restait pour le faire. Après y avoir souvent réfléchi et découvrant au fil du temps l'intérêt qu'avait suscité cette étude je pense aujourd'hui qu'il pourrait être intéressant à l'avenir de mutualiser les moyens pour fournir une étude plus aboutie. En l'occurrence il aurait été intéressant d'analyser avec 01, 02 et 03 les autres grilles d'entretien et de les analyser avec eux. Ceci aurait sans doute amené certains praticiens à développer leurs pensées. Mais face aux difficultés que nous avons pu, tous, avoir à trouver du temps pour réaliser les entretiens d'explicitations avec des professionnels, il me semblait difficile de leur demander de me consacrer un temps supplémentaire pour l'analyse des grilles des autres praticiens. J'ai préféré une méthode moins contraignante pour ces professionnels qui m'avaient déjà beaucoup apporté.

## **6.2. Apports de ce travail**

Ce travail a permis le rapprochement de deux mondes: celui de l'ostéopathie et celui de la psychologie cognitive. Il ouvre ses portes sur une démarche qui réunit les techniciens que nous sommes à un cadre scientifique de renommé (Vergnaud est maître de recherche au CNRS).

Néanmoins il m'a permis de comprendre qu'il faut passer au-delà de la technique, de telle sorte que cet art devienne "un art sans artifice", qui ait ses racines dans l'Inconscient.

Il m'a également permis de me rendre compte de l'importance de la prise en charge du bébé au travers d'une mise en relation spécifique à ce petit être. Le toucher en lui même ne demande que de la capacité d'adaptation et de l'expérience en l'adaptant tout au long de la séance afin qu'il soit le plus confortable et le moins agressif possible.

Malgré le nombre faible de « cobayes », des informations précieuses sont exposées sur l'aspect tactile de notre métier. Bien que tous les praticiens s'accordent à dire que notre métier est un métier de contact où le ressenti a une part importante, peu malheureusement le décrit. En s'attelant à faire et organiser cette description, on peut penser que cette compétence sera à l'avenir plus étudiée.

Ce travail m'a surtout permis de me recentrer sur mes objectifs quand à ma prise en charge des bébés au cabinet.

## 7. CONCLUSION

Ce travail a mis en évidence que la compétence tactile chez le bébé est difficilement objectivable par des mesures fiables et reproductibles car elle est liée à l'individu et au contexte. Pour autant, qui peut expliquer le monde avec pour seul fondement le modèle scientifique?

En dépit du dénigrement qu'il suscite dans la réflexion occidentale, le toucher reste pourtant, sur le plan concret, la première expérience sensorielle de l'être humain et l'une des plus fondamentales à son développement physique et psychique. Dans son élaboration des différentes étapes de maturation du psychisme, la peau reste l'élément fondamental dans les échanges précoces du petit enfant.

Ainsi la prise en charge d'un nourrisson ne demande pas une compétence particulière mais nécessite toutefois une expérience et une pratique régulière. Néanmoins l'utilisation de la grille peut dans un premier temps faciliter la prise en charge du nourrisson pour un thérapeute débutant dans ce domaine. Nous l'avons vu, la recherche lésionnelle est du même ordre chez le bébé que chez l'adulte avec une adaptation qui sera davantage poussé chez le bébé. L'utilisation d'une méthodologie inspirée de la psychologie sociale permet ici d'expliquer la compétence tactile chez le bébé avec un autre regard.

Il aurait été intéressant, et cela peut faire une suite à ce TER, de confronter l'approche structurelle de notre courant ostéopathique à l'approche fonctionnelle d'autres courants ostéopathiques. Tout comme il aurait été intéressant d'interroger des thérapeutes confirmés réticents à traiter des bébés dans leur cabinet.



## 8. BIBLIOGRAPHIE

- (1) ANZIEU, Didier (1986). Une peau pour les pensées. Paris. Edition Clancier-Guenaud.
- (2) ATTIA, Michel. Perception de la réalité par le toucher - Mémoire réalisé à l'Université Paris 8, Saint-Denis, dans le cadre du DESS d'Ethnométhodologie et soutenu le 6/10/06.
- (3) BOUDEHEN, Gilles (2013). Protocole de soins ostéopathiques du bébé et de l'enfant. Vannes: Editions Sully
- (4) BUSQUET VANDERHEYDEN, Michèle (2014). Bébé au cœur de vos mains. Graulhet: Editions Busquet.
- (5) BUSQUET VANDERHEYDEN, Michèle (2013). Méthode Busquet. Déroulement d'une séance en pédiatrie. Les chaînes physiologiques bébé. Revue profession kiné n°38, p58-62.
- (6) CASSOURA, Alain (2010). L'énergie, l'émotion, la pensée au bout des doigts. Au delà de l'ostéopathie. Paris: Editions Odile Jacob.
- (7) CASSOURA, Alain (2010). Extrait de la Revue de Médecine Manuelle Ostéopathique. N°35-Juillet 2010, p41-44
- (8) FIELD, Tiffany (2006). Les bienfaits du toucher. Dijon: Petite Bibliothèque Payot.
- (9) LAVAL Yves (2012). Carnet du toucher, voyage à la découverte de notre corps. Escalquens: Edition Dangles.
- (10) MONEYRON, Anne (coordination)(2006). La méthode Jean Moneyron, Une gestuelle thérapeutique de la forme. Paris: l'Harmattan. p127-128
- (11) MONTAGU, Ashley (1979). La peau et le toucher, Un premier langage. Paris: éditions du Seuil.
- (12) MONTALESCOT, Martine (1999). Le toucher relationnel (2ème édition). Saint Jean de Braye: Edition Dangles .
- (13) PERRIEL, J-M. CNRLT. [En ligne] ATILF / CNRS / Nancy Université, 2006/2007. <http://www.cnrtl.fr/>.
- (14) PERRENOUD, P. *Construire des compétences, tout un programme !* s.l. : Vie Pédagogique, 1999. pp. 16-20.
- (15) ROCHE, Emmanuel (2014). Introduction à un phénomène de la perception ostéopathique dans le champ crânien. [www.osteopathie-france.net](http://www.osteopathie-france.net), p2
- (16) TERRAMORSI, Jean François (2013). Ostéopathie structurale. Lésion structurée-Concepts structurants. Bastia: Editions Eoliennes et Gepro
- (17) VELDMAN, Frans (2007). Haptonomie, science de l'affectivité (9ème édition). Paris: Presses Universitaires de France.
- (18) VERGNAUD, G. La prise en compte de l'enseignant dans la théorie des champs conceptuels. *Cahiers du laboratoire Leibniz, 2002 - [www-leibniz.imag.fr](http://www-leibniz.imag.fr)*. 2002.

(19) VERGNAUD, Gérard (2006). Les compétences, qu'est ce que c'est?  
[http://perso.orange.fr/jacques.nimier/competences\\_vergnaud.htm](http://perso.orange.fr/jacques.nimier/competences_vergnaud.htm) [en ligne]

(20) VINIT, Florence (2009). Réflexion autour de l'accompagnement haptomique de la grossesse. Filigrane: écoutes psychanalytiques, vol. 18, n° 2, p38-50

## 9. ANNEXES

### 9.1. Annexes 1



## 9.2. Annexes 2: Grille d'entretien d'explicitation

Schème: toucher ostéopathique chez le bébé

➤ Règles d'Actions.

**Comment fais tu pour toucher un bébé?**

Comment tu t'y prends? (ex: je regarde le bébé)

Dans la façon dont tu t'y prends, y a-t-il un début et une fin? Comment t'y prends tu pour commencer et finir?

Comment fais tu pour chercher une lésion?

Que fais tu pour arrêter le contact en fin de traitement?

➤ Invariants Opérateurs

**Qu'est ce qui est pertinent de savoir, de connaître pour toucher un bébé?**

Qu'est ce que tu sais ou que tu as appris qui facilite le toucher du bébé?

Qu'est ce qui peut te faire arrêter le soin de façon prématuré? (ex: bébé pleure)

En quoi ton toucher chez un bébé est-il différent du toucher chez un adulte?

➤ Anticipations

**Que cherches tu à obtenir pour que l'action se déroule?**

Comment sais tu que tu t'y prends bien ou pas pendant que tu touches le bébé?

Que cherches tu à toucher?

Que cherches tu à obtenir pendant que tu touches le bébé?

Comment sais tu si tu es au bon endroit?

➤ Inférences

**Est ce parfois différent?**

Quels sont les différents éléments de la situation qui peuvent perturber la façon de s'y prendre?

Quels sont les éléments que tu as déjà rencontrés et qui t'obligent à ne pas t'y prendre tout à fait de la même manière? (âge du bébé, pleurs, etc.)

En quoi la présence du ou des parents peut influencer ton toucher?

### **9.3. Annexes 3: Entretien d'explicitation**

#### **Entretien d'explicitation avec 01**

##### **Comment t'y prends tu pour toucher un bébé?**

J'aborde un bébé comme un adulte. Je commence en prenant le bébé dans les bras de sa maman. Elle me le confie. Je discute avec lui, je le regarde, je lui touche les bras, les jambes et après je remonte vers le ventre et je vais au crâne. C'est pas un toucher particulier pour moi du fait que ce soit un bébé. C'est un toucher global. Je me mets en phase avec lui sans particularités. Le toucher ça me parle pas trop comme mot. S'il est agité en début de séance je demande à la maman de le mettre sur la table sinon je lui prends dans les bras. Si vraiment il pleure beaucoup je demande à la maman de le calmer. A la limite je la laisse toute seule avec lui avant de commencer.

##### **Globalement tu fais quoi? Qu'est ce que ça t'inspire de traiter un bébé?**

Qu'est ce que ça m'inspire de traiter un bébé? Drôle de question. C'est pas de l'inspiration. Je traite un bébé comme je traite n'importe qui. Je vais chercher chez le bébé ce qui peut expliquer les pathologies pour lesquelles on me l'amène. Je vais chercher des zones de restrictions, de tensions, de résistances. Le soucis avec le bébé c'est qu'il ne parle pas. Je ne vais avoir que les info des parents qui sont biaisés par rapport à l'interprétation qu'ils font et font appel à des notions d'anxiété, d'inquiétude, de supposition, de fantasme, tout ce qu'on veut.

C'est un soin différent dans la mesure où t'es confronté à une plainte dont t'as pas d'autre information que l'interprétation de ceux qui sont émotionnellement liés à lui. L'interprétation peut être objective ou sinon inquiète.

##### **Que cherches tu à faire là ( Bruno mobilise les pieds du bébé et remonte)**

Je commence déjà par regarder le bébé dans les bras des parents, comment il se comporte, comment les parents se comportent avec lui. La différence avec un traitement lambda c'est qu'il faut essayer de gérer autant les parents que le bébé, tout ce qu'il y a en interaction avec eux. Je laisse toujours le papa ou la maman à côté. Ils peuvent le toucher quand ils veulent. Ensuite y a la phase de premier contact où je vais jouer avec.

##### **Que cherches tu quand t'as tes mains posées sur le ventre du bébé?**

Je commence toujours par l'abord périphérique. Je remonte même si c'est un problème de tétée ou de régurgitation. Est ce qu'il y a une tension de pied, de genou, un petit blocage de bassin? Et très vite je vais aller sur les deux sphères principales qui sont le ventre et le crâne. Donc là quand je fais un bébé comme ça sur un apport global de son ventre (il me montre le ventre du bébé) je vais essayer de chercher si j'ai des résistances, des zones d'accroche, si je réveille éventuellement une petite douleur, en essayant au maximum de le mouler sur moi et pas trop le pénétrer de façon invasive.

##### **Dans la façon dont tu t'y prends comment tu commences et comment tu finis? Y a-t-il une différence?**

Je commence par parler au bébé dans les bras de la maman et après si ça va elle me le confie et je termine en le rendant dans les bras de la maman. La séance commence et termine de la même manière, je parle au bébé, je le regarde, je termine avec lui et je le reconfie à la maman à la fin comme je l'ai pris au début.

##### **A quel moment s'arrête ton traitement?**

Quand je considère que les zones de tension ont lâchées comme un ventre qui s'est assouplie. Pareil au niveau crânien quand les tensions ont lâchées. Je travaille beaucoup sur les retournements. Donc quand les tests de retournements sont satisfaisants pour voir si le bébé tient sa tête et si elle tourne, c'est bon. Je donne des conseils à la maman et lui fais voir des exercices de retournements.

### **Et donc est ce qu'il y a un moment précis?**

Le moment où vraiment ça s'arrête c'est quand je ne l'ai plus après l'avoir rendu à sa maman. Mais encore, à ce moment là j'e n'arrête pas le contact. Le bébé je l'accompagne jusqu'à la salle d'attente et jusqu'à ce que je ferme la porte il y a encore un contact car je continue de lui parler. Le soin à proprement parler s'arrête au moment où la maman le prend dans ses bras mais pour moi la séance s'achève quand la porte se ferme. Pour les problèmes de succion je fais même installer les mamans dans la salle d'attente après la séance afin de vérifier que tout se passe bien. Comme ça la maman est rassurée et je vérifie qu'elle ait bien compris mes conseils.

### **Y a-t-il une zone de ton corps que tu écoutes plus précisément?**

J'ai pas une zone précise. Je ne me pose pas la question plus qu'avec quelqu'un d'autre. Je dirais que la seule différence c'est l'approche car avec l'adulte qui est immobile sur la table moi je pénètre et avec le bébé c'est plus moi qui me pose et l'enroule autour de moi. En l'occurrence si on travaille le ventre je pose cette main sans pénétration et m'enroule autour. J'attends les réactions. Je ne suis pas protocolaire dans ma façon de descendre. Je suis peut être davantage bébé déformable que je ne le suis avec un adulte.

### **Comment tu fais pour chercher une lésion chez un bébé?**

Si on applique le raisonnement de notre école c'est inapplicable car pour nous la lésion est grosse dure et sensible. Sauf que le sensible, le bébé ne pourra pas me le dire.

La lésion est la réponse qui est chez moi donc je me pose sur ses articulations, dans son ventre, sur son crâne, je cherche des zones de densité et je travaille là où chez moi ça me semble plus dense qu'ailleurs. Je cherche pas du tout à réveiller les pleurs ou à rechercher une réaction chez le bébé lui même. C'est plutôt chez moi que ça se trouve. Dans le ventre je regarde si ya quelque chose de dur qui le dérange et qui l'amène à se torde un petit peu.. S'il a eu un torticolis congénital je le mets en posture et je sais qu'il va pleurer parce que je le dérange. Ya que chez moi que ça va répondre parce que lui il va pas me guider.

### **Comment fais tu pour sentir les zones qui résistent dans tes manips et à quel moment les sens tu ces zones là? Est ce que dès le départ tu vas trouver une zone de densité ou est ce que c'est au fur et à mesure de ton approche. A quel moment penses tu tomber sur une lésion?**

J'ai pas une zone particulière que j'écoute. J'écoute surement pas les mêmes zones quand je fais du crânien ou du périphérique ou même du viscéral. C'est la sensation de la résistance dans mon corps, que quelque chose accroche. C'est pas dans mes doigts, c'est dans l'ensemble de mon corps. Quand je veux me déformer là ya quelque chose qui résiste. C'est quand j'arrive pas à me poser dedans comme je le voudrais que je j'insiste.

### **Est ce que ça peut se concentrer dans ton centre de gravité, ta zone du petit bassin?**

Oui je pense que c'est quand même plus là que ça se passe. Je viens m'appuyer dans le bébé à travers le sol. Pareil que chez l'adulte. Avec plus de modération parce que c'est plus petit, j'utiliserais peut être un peu plus mes doigts dans le ventre que je ne l'utilise chez l'adulte. Même quand je fais du crânien chez un bébé, tout en étant léger je me pose dedans. La lésion s'exprime comme ailleurs. Le fait de travailler sur certaines zones va peut être réveiller d'autres choses après. Moi je peux faire le ventre puis le crânien et revenir sur le ventre

**Que fais tu pour arrêter le contact en fin de traitement? As tu une façon particulière de te retirer?**

Non. Une fois que la séance est finie je garde le bébé dans les bras, je me ballade un petit peu avec lui, je lui parle, je le chatouille, je discute un peu avec lui tout en le remettant dans le champ de sa mère. Tout en parlant au bébé je le remets dans les bras de la maman. Je n'arrête pas brutalement le traitement pour le lâcher et m'en aller. J'ai un intervalle en fin de traitement où je m'occupe du bébé d'une façon je dirais moins technique

**Tu prends le temps de te séparer du bébé on dira?**

Oui. S'il pleure en fin de séance je le garde dans mes bras, on se ballade dans la pièce, on fait des petits jeux et si vraiment il se calme pas, je le reconfie à la maman. C'est pas : "fin de traitement et au revoir"...

**Qu'est ce que tu sais ou que tu as pu apprendre qui facilite le toucher du bébé?**

Le ventre par exemple je ne pénètre pas trop dedans, je vais plutôt l'enrouler sur ma main plus que je ne vais le pénétrer à la différence de l'adulte. Chez le bébé je vais poser ma main à minima et je vais mobiliser son bassin ou le reste de son corps autour de ma main. Au niveau crânien c'est un peu pareil. S'il bouge, je le suis. La difficulté chez le bébé c'est qu'il peut être amené à remuer, c'est pas comme un adulte. Je m'adapte plus à son comportement que chez un adulte. Moi j'ai rien appris de particulier chez le bébé. J'ai quasiment pas eu de cours sur le bébé. Je me suis formé tout seul. J'ai développé mes techniques à moi. Mais pour le bébé on est ensemble, c'est lui qui guide la dance. Je le guide sur le soin mais après je le suis.. Par contre je laisse toujours la maman à côté libre d'être au contact quand je travaille. Ya le toucher de la maman aussi. Je lui dis qu'elle peut le caresser, le toucher, lui mettre le doigt dans la bouche par exemple quand je travaille.

**Y a-t-il un sens qui prime dans la séance?**

C'est forcément le toucher professionnel. ça dépend du temps de la manip. Avec le bébé il se passe beaucoup de choses dans le regard. Quand je lui fais du crâne, je lui parle. Quand il ne me voit pas je vais lui parler, le toucher pour le rassurer. Je dirais pas qu'il y a un sens qui prime. Je dirais qu'il y a des sens qui priment. ça dépend de la phase de la séance. Si je suis au crâne le toucher et la parole sont plus importants car il n'y a plus le regard. Si je suis au ventre le toucher est aussi important que la parole.

**Tu me parles de toucher professionnel. Est ce que pour toi il y a différents touchers?**

Il y a différents touchers. Le toucher reste professionnel tout le long. Maintenant je peux avoir un toucher au moment de ma séance qui n'est pas vraiment professionnel, thérapeutique. Le bébé s'il pleure, je vais le bercer un peu, me promener avec lui, le rassurer, lui caresser le dos, le ventre. Je vais le mettre dans différentes positions. Je n'irais pas jusqu'au toucher affectif car ce n'est pas mon enfant mais il peut m'arriver de le rendre à sa maman pour le rassurer. Si je sens qu'il est pas bien, qu'il est gêné je vais utiliser complètement autre chose que ce que j'étais en train d'utiliser, ce que j'étais en train de travailler. Je peux changer de zone. S'il se met vraiment à pleurer et qu'il ne se calme pas, on le prend, on peut lui donner le doigt à téter sans forcément un but thérapeutique. Dans tous les cas le travail peut être interrompu parce qu'il y a des choses qui sont à gérer avec le bébé qui sont de l'ordre qu'on ne connaît pas. Le bébé ya des moments où ça part et on ne sait pas pourquoi. Est ce qu'il est fatigué? Est ce qu'il est gêné?

**Qu'est ce qui peut te faire arrêter de façon prématurée ton soin?**

Si le bébé est vraiment en larme, qu'il "convulse" mais c'est rarissime. Ou si quelque chose est anormal ou que je sens que c'est pas pour moi. Mais c'est très rare. Ou alors l'angoisse des parents qui dépasse tout et m'oblige à arrêter la séance. C'est rare aussi. C'est plutôt les

parents quand même qui me font arrêter la séance. C'est très rarement le comportement du bébé qui me fait arrêter.

### **Est ce qu'il y a une période difficile pour traiter un bébé?**

La phase nourrisson est la phase la plus facile. La phase la plus difficile est quand ils commencent à marcher, à se défendre vers 1 an jusqu'à 2-3 ans. ça dépend du gamin et aussi des parents. Il m'est arrivé d'avoir des nourrissons à qui je n'ai pu faire de séances tellement ils pleuraient avec une mère qui veut absolument le reprendre. C'est plus difficile de gérer les parents. Le bébé ingérable, c'est les parents qui sont ingérables. L'âge 1 à 3 ans est difficile mais pas les nourrissons ou sinon ce sont plus les parents difficiles à gérer. C'est rare qu'un nourrisson pleure au point d'arrêter la séance.

### **Ton toucher chez le bébé est il différent du toucher de l'adulte?**

L'abord, la présence, la façon de le suivre, de le rouler sur ma main plutôt que de vraiment rentrer dedans de façon un peu direct comme je peux le faire avec un adulte. Sinon le toucher en lui même je ne pense pas qu'il soit différent, c'est juste la façon de le faire qui peut être différent. C'est pas une main invasive, c'est plus le corps qui rentre dedans.

J'ai l'impression de travailler pareil avec un bébé qu'avec un adulte. Si vraiment il a besoin de se déformer mon toucher ne varie pas pour autant. Que ce soit un bébé ou un adulte je vais m'adapter. Dans le ventre d'un adulte c'est sûr que je m'adapte moins car lui sait me dire si ça fait mal. Quand je fais du crânien à un adulte il reste calme, ne dit rien alors que le bébé lui va se tortiller dans tous les sens et se serra à moi de le suivre comme je peux. Je ne dis pas à la maman de le tenir pour ne plus qu'il bouge. S'il tourne la tête complètement à gauche et bien je fais mon crânien dans cette position. La gestuelle de mon corps va changer mais mon toucher ne changera pas.

### **Pour toi y a-t-il une différence entre traiter un bébé et un adulte ?**

Ya une différence dans la façon de bouger. J'utilise beaucoup moins de masse. Je suis beaucoup plus mobile car le bébé est plus mobile qu'un adulte. Je vais le mettre sur le côté, je vais ramener les jambes, le bouger dans tous les sens. Je change ses appuis, ses positions pour trouver celle qui est la plus confortable.

### **Est ce que par rapport à l'adulte ya des choses que tu ne fais pas chez le bébé?**

Un bébé c'est rare que je le manipule au niveau vertébral. Je peux être amené à faire plutôt des côtes, le bassin même si c'est rare. Je ne fais pas de structurel cervical. Là il faut gérer l'angoisse des parents, la panique, le problème de la manipulation cervicale. Pour moi l'abord tissulaire reste suffisant même sur les torticolis congénitaux. Après ya l'exception: la "grosse C1" rebelle. J'explique bien aux parents ce que je vais faire donc je le fais d'abord sur eux en leur faisant voir que ça fait pas mal. Mais c'est vraiment exceptionnel. J'en ai fait beaucoup et j'en fais plus beaucoup en me rendant compte que j'avais les mêmes résultats.

### **Est ce que le traitement du bébé nécessite une compétence particulière?**

ça ne nécessite pas de compétence particulière. Un bébé ça se soigne comme quelqu'un d'autre avec des notions différentes mais c'est pas une spécialité. Il faut juste savoir communiquer avec une façon... disons les mêmes outils mais une façon différente et gérer un p'tit bout de chou qui par moments va déclencher des réactions sur lesquelles on n'a pas d'explications. Ya pas de toucher particulier. C'est le même toucher, c'est global. C'est pas une question de spécialité, c'est une question peut être plus d'expérience. Je sais que des mamans viennent chez moi en disant : "mon ostéopathe ne fait pas de bébés". A moins que certains ostéopathes aient une appréhension de soigner des bébés je veux bien, sinon ce n'est pas une question de compétence. Je n'ai pas le sentiment d'être plus compétent qu'un autre. J'ai développé mes techniques à moi. ça n'a rien d'académique. Je n'ai pas le



sentiment de savoir faire des choses que d'autres ne sauraient pas faire. J'ai pas fait de formation bébé. J'ai su m'adapter à l'individu que j'avais avec moi.

### **C'est justement ça la compétence. Savoir s'adapter à une situation.**

Plus on multiplie les expériences et plus on aura des compétences différentes. Ce que je veux dire c'est qu'il n'y a pas une compétence particulière pour le bébé. Le bébé il parle pas mais on l'appréhende pareil. Au début c'est un petit peu flippant mais pas plus que soigner quelqu'un d'handicapé, de muet ou autre. La seule particularité est d'intégrer le bébé et les parents. Tu gères pas le bébé, tu gères le bébé et son parent avec tous les regards autour de toi. "Qu'est ce qu'il fait?" ça c'est particulier.

### **Jusqu'à quel stade ça t'a gêné? As tu déjà dû arrêter des séances à cause des parents?**

J'ai déjà dû arrêter des séances mais pas à cause des parents. J'ai arrêté des séances parce que le bébé pleurait beaucoup et que ça en arrivait à la "convulsion". Ou j'ai écourté des séances à cause des parents envahissants et insupportables. C'était exceptionnel. Maintenant je n'arrêterais pas un soin qui se passe bien à cause du parent. La maman peut toucher le bébé pendant mon soin ça ne me dérange pas. Mais je suis le seul maître de mon soin.

### **Comment sais tu si tu t'y prends bien ou pas pendant que tu touches le bébé?**

Ya des signes. Quand tu travailles par exemple un ventre chez un bébé, ya des gargouillis, des gaz qui vont te montrer qu'il se passe quelque chose. Tout comme quand tu travailles au crâne d'ailleurs, il n'est pas rare de sentir le bébé se relâcher ou faire des pets par exemple. Maintenant si je sens de la défense chez lui ou qu'il se mette à pleurer de façon un peu sèche, un peu nerveuse je ralentie mon rythme, je libère un peu. Après quand je vois que le bébé s'énerve un peu ou qu'il en a marre, je vais m'asseoir avec lui ou je le ballade un peu. A la limite je le redonne à la maman puis je le reprends après. Je peux parfois lui donner mon doigt à téter, un jouet s'il est un peu plus grand. Je fais toujours en sorte que ça soit confort. Je ne me cale pas forcément sur des réactions de pleurs car il peut pleurer pour des raisons autres que le traitement en lui même. ça peut être parce qu'il en a marre, qu'il veut se lever.

### **Que cherches tu à obtenir quand tu touches un bébé?**

Je cherche des zones de restriction, des zones de densité. Je cherche à quel endroit ça peut présenter une opposition à la déformation puis je travaille à ce niveau là. Même au niveau de son crâne je vais chercher une densité. Au niveau du rachis cervical, je vais regarder sur les torticolis congénitaux l'abord plutôt fonctionnel pour rechercher la zone limitée, savoir si c'est plutôt articulaire ou musculaire. Après on est plus limité chez le bébé que chez l'adulte car il ne te donne aucune information. On échafaude encore plus d'hypothèse qu'avec l'adulte.

### **En terme de douleur au niveau du toucher, chez un adulte tu peux demander si c'est sensible au toucher, à quoi vas tu te référer chez le bébé?**

Je vais sentir qu'il résiste un petit peu, il peut pleurer un peu, se débattre, grimacer. Je reste toujours en contact visuel chez le bébé. Mais effectivement il ne donne pas d'info verbale. Mais ces réactions là ne sont pas forcément des réactions de douleurs ni de gênes . ça peut être des réactions d'inconfort. Je regarde mon bébé et j'essaie de voir en fonction de la résistance que je trouve et ce que je mets dans ma présence comment il réagit. C'est rare que sur un geste le bébé se mette à hurler. Il n'hurle pas instantanément comme s'il s'était fait mal. C'est plus le maintien d'une position prolongée qui va commencer à le faire chouiner. Si ce sont juste des petits pleurs je continue un peu puis s'il se met à pleurer vraiment, j'arrête.

### **Y a-t-il des choses, des éléments de situation qui puissent perturber la façon dont tu t'y prends avec le bébé?**

Si le bébé se met à hurler et que je sens que ça se calme pas, que ça ne s'arrête pas. Si ni moi ni la mère n'arrivons à le calmer j'arrête. Ce qui peut me perturber c'est une fois de plus les parents qui me posent des questions en permanence, la mère qui veut en permanence le toucher, qui me demande à chaque fois ce que je fais. Quand je vois qu'il y a trop d'angoisse de la part des parents je fais stopper les choses. Mais le bébé en lui même ne m'amène pas forcément à arrêter de façon prématurée un traitement si ce n'est que je décèle quelque chose d'anormal dessous et là je réoriente. Mais une fois de plus c'est rare.

**Tu parles de la présence des parents qui peuvent te gêner. En quoi ça peut influencer ton toucher? Est ce que tu arrives à rester concentré sur ce que tu fais?**

J'essaie mais c'est parfois un peu dur. T'as des parents qui sont tous les deux à regarder ce que tu fais et à s'inquiéter du moindre truc. Dans ce cas je m'adresse davantage à la mère qu'au bébé. J'essai de garder le même toucher et de rester en phase avec le bébé. Forcément les parents dans ce cas sont des éléments perturbateurs. Et la réaction du bébé s'en ressent.

**Les parents te posent des questions pendant le soin, te font sortir de ton soin. Est ce que t'as un moyen de te reconcentrer sur le bébé, essayer d'évacuer ce qu'il y a autour, par exemple comme fermer les yeux?**

Je ne ferme jamais les yeux. Après, tout dépend des parents. Ya des parents invasifs et ceux qui ne posent pas de questions. J'essaye au max d'être en communion avec le bébé. J'explique beaucoup aux parents car ya cette dimension un peu d'inquiétude. J'explique davantage à mes patients parents que je n'explique à mes patients tout court. Si les questions ne viennent pas je laisse tranquille. Si c'est trop invasifs je leur explique après. Quand je suis concentré je demande aux parents de me laisser bosser.

**Si les parents perturbent ta concentration comment arrives tu à revenir dans ton soin?**

Mon soin je ne le quitte pas . Je peux parler aux parents en restant dedans. Après si vraiment les questions sont invasives et m'empêchent à un moment donné d'être concentré, je reste avec mon bébé. Mais je lâche pas l'affaire. C'est pas parce que je réponds à un parent que je quitte le bébé. Je le regarde, je joue avec lui. J'essaie de répondre au maximum mais sans jamais quitter le bébé.

**Quels sont les éléments que tu as déjà rencontrés qui t'obligent à ne pas t'y prendre tout à fait de la même manière? L'âge du bébé par exemple.**

L'âge va influencer par la réaction du petit car à trois mois ça bouge très peu et à un an ça bouge beaucoup. Donc c'est plus ça qui va être à gérer mais ça c'est pareil, c'est à gérer avec les parents. Je ne change rien dans ma façon de gérer quel que soit l'âge. Si ça se passe bien tant mieux sinon on ne fait pas la séance. Mais c'est généralement les parents qui ne savent pas gérer tout ça une fois de plus. Je ne change en tout cas pas ma façon de faire. C'est sûr qu'il peut y avoir plus de communication avec un enfant de deux ans à qui je peux poser des questions qu'un nourrisson.

Merci.....

## **Entretien d'explicitation avec 02**

### **Comment tu fais, tu t'y prends pour toucher ce bébé?**

Je suis respectueux de mon approche avant de le toucher. Il faut d'abord voir à quel moment tu peux le toucher parce que souvent il ne se laisse pas faire. Il faut appréhender comment s'engager petit à petit vers lui dans une notion de bascule. Je me sers de mon équilibre, de ma gravité pour venir m'empiler en lui. Je suis vigilant à sa réaction donc je ne le quitte pas des yeux. Je ne le lâche pas des yeux parce qu'en fonction des prémices de son comportement (comme une bouche fermée, un œil qui se ferme), j'essaie de repérer les premiers indices de malaise chez lui pour ne pas aller trop vite ou trop loin. Je suis plus à l'écoute de ses réactions que d'habitude car je ne connais pas son "système" et je suis beaucoup plus vigilant. Je vais moins vite dans la pénétration de son tissu.

### **Tu vas moins vite mais est ce que tu vas plus loin qu'un adulte?**

La résistance étant moins franche on peut aller beaucoup plus loin. Il faut savoir s'arrêter aux réactions du bébé. Quand tu sens que t'as été loin et que le bébé reste tranquille c'est bon. Par contre si tu t'empiles un peu trop et qu'il commence à réagir il faut juste sortir un peu. Il ne faut ni rentrer vite, ni sortir vite.

### **A un moment donné tu as les yeux ouverts puis fermés, qu'est ce que tu viens chercher de plus les yeux fermés?**

Je cherche à me centrer plus. Comme la maman est là et qu'on filme il y a des interférences donc soit je ferme les yeux, soit je chantonne. Je m'avance par rapport au bébé. Je suis toujours en train d'avancer et de progresser pour que mon corps soit au plus proche de la zone que je travaille. On peut parler de cravate qui se projette au-dessus de la zone avec laquelle je suis en contact.

### **As tu d'autres moyens que fermer les yeux pour "être dedans"?**

Je chantonne quand vraiment je sens que je n'arrive plus à y être à cause de la maman ou des questions posées en cours de traitement. Quand c'est un peu difficile je me recentre sur moi. Je veux l'amener dans mon intimité donc je crée ma petite musique intime. Je pourrais aussi vibrer, me concentrer sur ma respiration. Je me concentre sur mes appuis ischiatiques, je reviens dans mon bassin. Je viens jouer avec mes ischions et vois si je peux le ramener à moi. Une fois que je l'ai ramené à moi, il s'apaise. Lorsque je sors un peu de "l'expérience", que je me fais leurrer par une conversation, je me remets dedans et prends le temps de recréer l'union.

### **Dans la façon dont tu t'y prends, y a-t-il un début et une fin?**

Au début je suis suspendu sur mes ischions, je suis dans mon équilibre à moi. Je veux m'empiler sur lui. Je rentre très lentement et je m'arrête quand j'arrive vraiment à m'empiler en lui. On n'a pas la même résistance qu'un adulte. C'est plus léger. Tu passes d'une bulle de savon à un ballon de basket.. Je peux prendre appui et dès que je sens que je n'ai pas l'appui je m'arrête. On ne rentre pas aussi fermement que chez un adulte.

### **Tu parles d'empilement....**

Je cherche pas à me grandir, à me sortir la tête des épaules. Je cherche au contraire à partir du bassin à ce que mon sacrum vienne pousser mes lombaires puis après à venir m'empiler du bas. Auto empilement du bas. Quand j'arrive en m'empilant ou en empilant l'enfant sur moi en changeant mon appui c'est que quelque part je l'ai emmené dans mon cercle de

fonctionnement. Je danse avec lui parce qu'on a le même CG comme quand on danse avec un partenaire.

### **Du coup pour en ressortir, qu'est ce que ça t'évoque?**

Pour en ressortir c'est moins long mais il faut que j'accepte de revenir sur mon équilibre. Je suis en déséquilibre sur lui le temps de mon travail puis je reviens dans mon équilibre. Je prends encore plus de temps au niveau du crâne.

### **Comment fais tu pour chercher une lésion?**

Je cherche une résistance. Je ne cherche pas la résistance forcément sensible car je ne sais pas si elle est sensible pour lui. Si je sens des réactions ça m'interpelle mais je ne cherche pas le gros dur et sensible chez lui. C'est pas gros mais résistant. Si c'est résistant et que je le vois réagir ça me suffit. J'aurais tendance à vouloir me retirer plus que d'insister sur cette zone là.

### **Comment tu les sens ces zones?**

Quand je prends son pied, son tibia, son fémur j'aligne l'avant bras dans le prolongement du segment osseux que j'ai et je cherche à le vriller. Je cherche à lui imposer de la torsion. La torsion c'est l'échappatoire donc si jamais j'arrive à entrer et à ce qu'il s'échappe en torsion, c'est qu'il est déformable. Si je n'arrive pas à imposer la torsion ou la détorsion (mais souvent c'est la torsion) c'est qu'il a un système qui n'arrive pas à réagir à la contrainte de façon neutre. Ce que je cherche c'est à l'empiler. Je rentre mon avant bras dedans. Je vais travailler avec cette main là (il me fait voir sa main posée sous le sacrum du bébé) et lever jusqu'à ce qu'en levant le sacrum, je puisse venir poser ma main (il me fait voir son autre main). Je bascule le sacrum au profit de ma main et maintenant c'est ça qui va travailler.

### **Ta perception dans ton corps tu la situes à quel niveau?**

Au niveau de mon bassin. Je travaille avec mes ischions. Je transmets par mes mains jusqu'à mes ischions. Je place ma main, je charge dans le bout de mes doigts là où la zone est la plus bloquée. Quand j'ai trouvé un point d'accroche je vais reculer mon bassin.

### **Dans ton toucher tout se situe à chaque instant au niveau du bassin?**

Je travaille par rapport à mon équilibre à moi. Ma main est en place et moi je suis positionné en construisant mon indéformabilité pour après changer d'appui. Je ramène le bébé sous mon appui. Si je peux l'amener et dépasser mon appui c'est que j'ai créé une intimité.

Si je suis toujours posé et que je le mobilise par rapport à lui, je ne suis pas intime avec lui. L'intimité c'est de l'amener dans mon centre pour pouvoir changer de centre.

### **Tu nous dis que ton travail part de ton bassin, de tes ischions. Quand tu touches quelqu'un ya un premier contact qui est physique au niveau de la main. Toi quand tu traites un bébé avec quelle partie de ton corps tu le touches? Est ce que ça évolue?**

Dans l'interface de ma main j'ai l'interface de sa peau mais pas forcément le contact main. Ma peau peut être posée contre sa peau je peux avoir ma main sur le ventre du bébé et je suis pas encore dans l'expérience. Tant que j'ai pas eu mon CG dans ma main je cherche pas à entrer en communication avec lui. Je suis posé là mais on est pas dans un rapport haptomique. En fait si je veux toucher le bébé juste pour le toucher, le caresser pour agir sur lui j'irais mettre mon corps dans son système. Inversement si je ne peux pas mettre mon corps dans son système je l'amène à moi. Du moment que je commence à le traiter soit je l'amène à moi soit je m'amène à lui. On partage notre centre de gravité, un centre de gravité commun. Je peux le toucher avant. Le contact peau-peau se fait avec ou sans gant. La mise en relation de nos deux centre de gravité se fait jusqu'à ce que l'un rentre dans l'autre. On partage un espace commun qui est l'espace de son centre de gravité à lui ou moi dans son centre de gravité, ce que j'appelle l'éclipse thérapeutique.

**Là (on regarde la vidéo) on voit que tu as une alternance entre yeux ouverts et yeux fermés...**

C'est quand je sens quelque chose, que j'arrive pas à me concentrer sur un de mes doigts, je ferme les yeux.

**Combien de temps peux tu rester sur cette résistance?**

J'ai l'impression que c'est plus long et lent que chez l'adulte. En viscéral je suis plus long sur un ventre bébé qu'un adulte. On travaille davantage en intra osseux et c'est plus long qu'en articulaire. Maintenant si c'est une manip particulière sur un enfant un peu plus grand ça sera pas plus long. La réactivité du bébé n'est pas la même que chez l'adulte et on peut rester plus longtemps dedans.

**(l'ostéopathe reprend le bébé et l'allonge...)et maintenant que fais tu?**

Là c'est la phase où je vais l'endormir. Je mets ma main sous son occiput. Je cherche à m'empiler, je pose ma main sur le crâne et je cherche à m'avancer sur lui, à me mettre en équilibre sur ses membranes. Le peu de centimètre que je fais c'est pour me poser juste sur l'épaisseur de la feuille ( l'ostéopathe me fait voir une feuille en comparaison avec une membrane). Je garde la résistance entre mes deux mains. Ma main est déjà habituée à ce type de situation. Je sais que le ventre sera ainsi détendu. Je veux juste qu'elle le ressente (la mère). C'est moi qui bouge mon corps pour sa main (la main de la maman).

**Que fais tu pour arrêter le contact en fin de traitement?**

Je me retire tranquillement. Je reviens dans mon équilibre, mon polygone de sustentation seul et je laisse mes mains sortir quasiment après moi. Une fois que je suis dans mes appuis, mes mains sont toujours reliées au bébé. Le circuit n'est plus fermé mais je suis toujours en contact. Petit à petit je retire mes mains comme si je sortais d'une bulle de savon. Je me sépare de lui lentement.

**Cette séparation est dépendante de quoi?**

Elle est dépendante du bébé, de la maman, de l'expérience de ce qui c'est passé. Je sais à l'avance que quand je vais retirer mes mains il va râler. Ya des bébés qui se laissent comprimer même si ça été un peu difficile et une fois que tu ressorts ça leur fait presque la même chose dans l'autre sens. Je préviens souvent la maman que quand je vais enlever mes mains il va pleurer. Je suis déjà sorti dans ma tête et je sais que quand je sors physiquement il va réagir. Même en prenant mon temps je sais que je vais passer par ce stade là. Il n'aime pas cette phase de séparation.

**A quel moment te sépares tu du bébé?**

Je m'en sépare intellectuellement avant de finir. Je suis devenu lui et je peux le déformer dans tous les sens que je veux donc il est libre de ses tensions. Dans ce cas je me dis intellectuellement: " là maintenant il faut que je le lâche". Avant de le lâcher comme il y a eu un temps de mise en tension et de paramétrage: "je vais petit à petit m'approcher de toi je vais te serrer puis devenir intime, maintenant je me sépare un peu de toi, je te dis au revoir et ça y est je me sépare physiquement". Intellectuellement je me dis il faut que je prenne le temps de cette séparation et non pas désunion. Si je sens au moment où je veux lâcher le crâne du bébé que j'ai mes mains scotchés dessus je ne le lâche pas en me disant que c'est fini. Sinon le bébé vit ça comme si je l'avais "violé" dans l'autre sens. De la même façon lors de l'union je m'approche lentement, je mets mes mains interface-contact-fermeture du circuit et je rentre dedans . Et puis je me sépare quand je sens qu'il accepte que mes doigts s'enlèvent. Il est apaisé quand je suis en train de me retirer. Il redevient lui même. C'est lent à l'endormissement et c'est lent au réveil. C'est pas On -OFF pour se mettre dans l'intimité ni pour en ressortir.

### **Comment tu sais que tu t'y prends bien ou pas pendant que tu touches le bébé? A quoi te fis tu?**

Je me fis à mes propres sensations en tenant compte des réactions du bébé. Tant que je gagne du "terrain" je continue en tenant toujours compte de ses réactions. Quand je "rentre dedans" et qu'il n'aime pas même si je sais que je suis juste, je m'y prends autrement. Je peux par exemple le changer de position pour qu'il réagisse moins.

### **Que cherches tu à toucher chez lui?**

Je cherche à voir si je peux l'empiler et le vriller comme je veux. Pour moi un bébé est très déformable et surtout il est capable de subir une torsion. C'est la zone où la torsion s'arrête qui me sert de résistance, c'est là que j'agis. J'essaie de repérer quelle partie de la vrille je n'arrive pas à faire. Mon rythme correspond à un engagement lent sans une succession d'aller retour. Si la vrille ne se fait pas je me pose jusqu'à ce que ça lâche. Quelque fois je reviens un peu en arrière si nécessaire.

### **Que cherches tu à obtenir quand tu touches le bébé?**

Je cherche une sensation de non résistance. Je dois pouvoir "l'essorer" dans tous les sens sans qu'il ne dise rien. On peut le comparer à un ressort qui se laisse déformer dans les deux sens. Je vais de chez moi à chez lui.

### **Comment sais tu si tu es au bon endroit?**

Ce qui m'arrête ce n'est pas le bon endroit mais la résistance.

### **C'est ton ressenti qui va déterminer ce qui va de ce qui ne va pas?**

Si je n'arrive pas à le ramener à moi c'est qu'il y a une résistance. Si quand je recule il ne veut pas reculer avec moi c'est que quelque chose résiste. A ce moment là je vais prendre le point dense et trouver une voie de passage pour le faire venir sur ma colonne. J'ai davantage de ressenti par rapport à mon bassin que je laisse partir et quand j'arrive à amener son centre de gravité dans mon centre de gravité, j'ai gagné. Je vais à la limite de mon amplitude totale et on est devenu intime. J'amène le bébé dans ma gravité à moi, dans mon axe L3-sacrum. Une fois posé là il est dans mon cercle intime. Si moi je me mobilise il doit me suivre comme si on dansait. Si moi je bouge, tout bouge. Je l'ai amené à moi. Je crée vraiment l'intimité.

### **Tu mets un gant pour faire une technique intra buccale. Est ce que le fait de mettre un gant change quelque chose au niveau de ton toucher, ton ressenti?**

Non car je suis toujours au moins dans mes bras et mes ischions. Le contact peau ne me donne pas plus d'information. Le rapport tactile ne m'apporte pas grand chose. C'est plus facile d'être peau à peau donc je ne veux pas de linge superposé qui puisse me gêner. J'aime bien le contact avec la peau mais si je devais faire du viscéral avec un gant ça ne me poserait pas de problème. Je l'aurais quand même uni à moi.

### **Il faut que tu le touches pour être uni déjà à lui ou est ce que tu peux déjà t'unir au moment où tu veux le prendre?**

Uni c'est quand on ne fait plus qu'un c'est à dire qu'il faut qu'il soit devenu entièrement physiquement à moi. Je le porte vraiment en moi. Si je soulève le bassin, la tête, c'est pas un soucis mais il est avec moi.

### **Qu'est ce que tu sais ou que tu as appris qui peut faciliter le toucher chez le bébé?**

Il y a une présence particulière chez le bébé. Il faut le séduire avant de le toucher. L'engagement, la mise en situation du toucher est précédé d'une phase d'approche. Cette pénétration dans son volume à lui, dans sa vrille à lui est précédée d'un prémices d'acceptation.



### **Pour toi le toucher chez le bébé demande t-il une compétence particulière?**

Il demande d'accepter de ne pas savoir à quelle vitesse il faut qu'on pénètre. La compétence que ça demande c'est d'accepter de le faire passivement. Ce paramétrage là est important. Tout comme il est important chez la femme enceinte, chez le patient qui arrive en aigu et chez les gens qui ont un peu la trouille. D'où l'intérêt de travailler le plus possible de face.

### **Pour toi est ce différent de toucher un bébé et un adulte?**

Oui car cette phase d'approche est moins franche chez les adultes en général sauf chez les femmes enceintes ou chez les gens qui sont en douleur aiguë. Chez eux tu ne peux pas t'approcher trop vite. La vitesse d'approche du thérapeute est importante. Tu ne peux pas passer la barre trop vite comme toucher la peau par exemple, franchir un espace avant la peau qui n'est pas forcément ouvert. Cet espace là il est présent chez tout le monde sauf que chez certains il est moins embêtant. Moi les gens je les vois de face, je les manipule de face, je ne les mets quasi jamais sur le ventre. En mettant les gens de face, l'attention a ce rapport d'approche. Mon approche, n'est jamais très rapide. Je n'ai pas de geste rapide pour les toucher et c'est beaucoup plus franc chez l'enfant ou chez les gens hyper algique. Le toucher est un toucher réel.

### **En quoi ton toucher chez un enfant est-il différent d'un toucher chez un adulte?**

Ya pas de défense chez un bébé donc on est plus vigilant, on fait plus attention.

### **Y a-t-il une notion de fragilité pour toi chez un bébé?**

De non protection mais pas de fragilité. Il n'est pas fragile; il va juste pas m'arrêter. Il faut être vigilant à ne pas aller trop vite et trop loin. Je le traite comme je traiterais un hyper aigu. Tu peux verbaliser ton approche avec un adulte mais pas avec un bébé.

### **Quels sont les éléments de la situation qui peuvent perturber la façon de t'y prendre?**

Si ya un problème je m'isole complètement de ce qu'il y a autour de moi. Tu ne peux pas faire de technique chez un bébé. Tu es obligé de rentrer dans une situation réelle à la différence de l'adulte où tu peux lui expliquer une manip. C'est du même genre chez la femme enceinte. Il faut d'abord lui montrer ce qu'on veut faire pour qu'elle ait confiance et arrive à se laisser faire. Ce qui peut m'arrêter aussi c'est d'avoir une personne "amoureuse" mais c'est exceptionnel. Je fais ce que j'ai à faire. Il m'est déjà arrivé de sentir une densité crânienne "anormale" et de réorienter le bébé vers un chirurgien. Comme quoi ya bien un ressenti, une appréhension ou une "inpréhension" mais pas une peur de ne pas vouloir prendre en charge.

### **Qu'est ce qui peut te faire arrêter le soin de façon prématurée?**

Pas grand chose en fait. Si je sens que l'enfant n'est pas à l'aise quand je m'approche et que la maman est dans un questionnement je sors de mon soin pour expliquer à la maman ce que je vais faire et ainsi l'attirer dans la bulle pour qu'elle accepte intellectuellement de se laisser faire. Je sais que mon toucher avec le bébé n'est pas violent dans le sens viol. Par contre ça peut être violent visuellement pour la maman. Si la maman n'est pas dans le soin j'essai de l'intégrer pour qu'elle soit plus participative et pas seulement témoin.

### **Quels sont les éléments que tu as déjà rencontrés qui t'obligent à ne pas t'y prendre de la même manière?**

Par exemple s'il n'aime pas être allongé, ça peut être de lui proposer une autre position, organisation mais c'est du domaine du feeling. C'est rare que je travaille dos au bébé mais ça peut m'arriver s'il est plus à l'aise comme ça. J'essaie quand même de privilégier mon protocole pour arriver dans une situation dont j'ai l'habitude. Par contre je n'arrive pas à travailler avec un bébé qui est dans les bras de sa mère. Je n'arrive pas à rentrer dans leur intimité. Je n'arrive pas à rentrer dans leur équilibre car il faut que je m'équilibre sur la mère.

La non séparabilité c'est pas avec la mère que je veux l'avoir mais avec l'enfant. Si j'arrive pas à le faire sur la table, je le prends et l'amène à moi. Si je dois traiter un bébé dans les bras de la mère, je ne sais pas si les réactions viennent de la mère ou du bébé. Je pourrais éventuellement le faire avec quelqu'un que je connais bien. Je n'ai pas de référence dans ce monde à trois.

**On est sur un bébé de 3 semaines, est ce que au niveau technique tu vas être dans le même type de manip et jusqu'à quel âge?**

Tant que l'enfant ne participe pas je le fais tout seul. Après ya une période réfractaire entre 8-9 mois et 2 ans où non seulement il fait pas mais il veut pas qu'on fasse donc c'est plus difficile. Autrement quel que soit l'âge je fais la même chose que chez l'adulte sauf que c'est pas les mêmes positions de main et de rythme.

**Quelqu'un qui regarde de l'extérieur cette vidéo peut être impressionné par la position de tes doigts qui pénètrent . Comment peux tu rassurer la maman, lui dire que l'enfant n'a pas mal, que fais tu?**

Je fais en sorte que le bébé ne râle pas, c'est pour ça que je m'arrête (il me fait voir la vidéo). T'as beau dire qu'il n'a pas mal si le bébé pleure la maman n'est pas tranquille. L'idéal c'est que le bébé ne bouge pas. Maintenant s'il se met à pleurer j'explique à la maman qu'on lui mobilise les selles dans le ventre et que ça peut gêner par les acidités générées, ça peut générer des gaz à évacuer donc c'est aussi ça qui va lui faire mal.

**En quoi la présence du ou des parents peut influencer ton toucher?**

Les parents ne doivent pas interférer dans l'équilibre que j'ai mécaniquement avec le bébé. Si la mère commence à être invasive et veut à un moment donné devenir le centre de l'équilibre du bébé, ça va forcément me gêner aussi mais pas autant que la distance et le non partage de l'expérience. Ce qui me gêne c'est la trop grande distance des parents quand ils posent le bébé et se mettent en retrait. Dans ce cas je les refais venir non pas pour mon toucher à moi mais pour essayer de valoriser ce que les haptonomes appellent le toucher affectif. Je ne suis pas là pour faire du toucher affectif mais pour le mettre en avant pour les parents envers leur petit bout si je les sens trop lointains.

**Toi ça te gêne davantage d'avoir des parents passifs qu'actifs?**

Oui. Quand les parents sont actifs je sais qu'ils ont pas la trouille et qu'ils gèrent leur truc. Par exemple ils jouent avec leur bébé et sont en accord avec toi. Les parents passifs tu sens que tu vas rentrer dans une intimité qu'ils vont subir. Sous prétexte de toucher physiquement et mécaniquement le bébé, j'ai pas envie de venir "violer" une confiance. J'ai besoin de me mettre en situation et pour ça d'avoir la présence active des parents. C'est une question de respect de ce que je vais faire avec le bébé. Mais c'est complètement instinctif pour moi.

**Donc là c'est pareil on te voit positionner le bébé...**

Là j'ai du mal à rentrer dans la fosse iliaque et du coup comme la maman ne participe pas c'est plus difficile. Elle reste à distance. Elle me laisse son bébé mais n'est pas uni à lui... Elle est loin de lui. Je lui fais voir que son bébé peut être dans des positionnements complètement anachroniques par rapport à ce qu'elle connaît elle.

**Merci**



## **Entretien d'explicitation avec 03**

### **Comment tu t'y prends avec le bébé?**

Déjà tout en discutant avec la maman pour lui expliquer le déroulement de la séance, je pose mes mains sur le bébé pour rentrer en communication avec elle. J'ai besoin d'un premier contact pour faire sa connaissance et voir quelles sont ses réactions. Je m'imprègne dans un premier temps de la qualité de son tissu. Ce sera ma référence de départ. Je la regarde dans les yeux et lui parle avec un ton de voix approprié qui se veut rassurant. Je l'investigue du bas vers le haut pour finir au crâne quelle que soit la plainte. Par contre si je sens le bébé énervé ou stressé j'irais au plus vite à la plainte. Mais j'ai quand même besoin de ce premier temps pour faire sa connaissance quoi qu'il advienne.

Là pour aborder l'aspect viscéral, j'ai une main sur son ventre et l'autre au niveau de son sacrum. Tout en regardant le bébé dans les yeux, ce qui est primordial aussi pour rentrer en communication, j'essaie d'écouter ce qui se passe entre mes deux mains. J'essai de me mettre le plus à l'aise possible, je la ramène à moi pour être au plus près d'elle. Je la ramène dans mon espace à moi pour ne pas avoir à utiliser trop de force musculaire qui peut parasiter mon ressenti afin de laisser faire les choses et pas de les faire. Je veux qu'on soit au même moment au même endroit toutes les deux. Je me pose sur elle et à un moment donné je suis attirée par quelque chose. Je fais en sorte que mes mains soient les plus passives possibles. Si le bébé est suffisamment décontracté je peux la quitter du regard pour utiliser ma vision périphérique afin de me concentrer davantage sur mon ressenti.

Là par exemple je suis en train de lui travailler sa fosse iliaque gauche et donc je crée un point fixe avec ma main gauche sur la densité que je viens de repérer. Cette main va être passive afin de sentir au mieux l'évolution du tissu qu'elle contacte. Pendant ce temps mon autre main au contact du sacrum va mobiliser ce dernier de façon plus active afin de faire lâcher la zone de densité que la main gauche contacte. Et comme le bébé commence à réagir je quitte ma vue périphérique pour revenir sur ma vue centrale. Mon rythme est lent, je m'adapte à la réaction du bébé, à son rythme.

Je suis maintenant dans la zone de l'épigastre et là je l'assois contre moi afin de m'enrouler autour d'elle tout en gardant mon contact de main sur son ventre. Je vais écouter chaque partie de ma main pour voir dans quelle direction de zone de résistance je veux aller. Comme elle s'énerve un peu car je suis dans une zone qui la dérange, je la remets dans sa position de confort et la fixe dans les yeux tout en utilisant un ton de voix qui la calme.

### **Dans la façon dont tu t'y prends y a-t-il un début et une fin? Comment t'y prends tu pour commencer et pour finir?**

Je commence ma séance à l'accueil du bébé et de son parent. Je m'adresse à la maman afin de découvrir l'environnement du bébé et de comprendre le contexte dans lequel évolue le bébé.

Je contacte doucement, avec légèreté le bébé afin de faire connaissance avec son tissu. Le bébé est allongé sur le dos et je la regarde pour entrer en communication avec elle. Je fais abstraction de ce qui passe autour de nous de façon à n'être plus qu'avec elle. Je me mets dans une situation de non séparabilité avec elle afin de préparer le moment propice au relâchement tissulaire.

En fin de séance je pose le bébé sur la table face à moi et continue de la regarder bien dans les yeux tout en lui parlant dans un ton de voix calme et lent. Je lis sur son visage et son corps son état de relâchement et à un moment donné je décide de la rendre à sa mère. Mais avant de la rendre à sa mère je me sépare d'elle visuellement puis au niveau de mes contacts.

### **Comment fais tu pour chercher une lésion?**

Tout d'abord je cherche à ramener le bébé sous moi. Je cherche à ce qu'on ait un espace commun à nous deux. Je la ramène dans ma référence à moi, là où je suis à l'aise, dans mes repères à moi. Puis je laisse mes mains se poser, je les laisse faire. Je suis au contact de la peau puis je vais vers la profondeur en conscience jusqu'à ce que quelque chose m'arrête. Je cherche en moi ce qui me gêne chez elle. Et ce quelque chose c'est une zone de densité plus importante que le tissu de référence. Je me laisse fondre dans cette zone, j'attends que le tissu s'assouplisse, qu'il lâche. Je respecte la vitesse de pénétration du tissu, le rythme du bébé dans ma descente vers la profondeur.

### **Que fais tu pour arrêter le contact en fin de traitement?**

A un moment donné je décide intellectuellement de me retirer mais pas de façon précipitée. Je décide que la densité obtenue est satisfaisante. Je retire d'abord mon corps puis mes mains qui contactent toujours la peau du bébé. Pour moi le contact peau est très important car c'est par là qu'on commence et qu'on finit. Je passe d'un espace commun pour rentrer dans la lésion à chacun son espace pour commencer à se séparer. Le rythme est lent, il ne doit pas y avoir de "brutalité" dans le geste.

### **Qu'est ce que tu sais ou que tu as appris qui facilite le toucher du bébé?**

Le bébé est un être immature qui va se construire au fur et à mesure. Il est important de respecter une vitesse de pénétration afin de ne pas être blessant et de ne pas lui faire mal. Il possède des fontanelles qui vont s'ossifier au fur et à mesure du développement crânien et des zones d'ossification ( par exemple la mastoïde temporale) sur lesquelles il faut agir avec prudence et en toute conscience. Il faut avoir un toucher léger. Son système digestif est également immature et demande une main légère. Il est important de ne pas perdre le contact qu'il soit physique mais aussi visuel.

### **Qu'est ce qui peut te faire arrêter le soin de façon prématuré?**

Ce n'est pas le bébé qui va me faire arrêter le soin mais la présence trop invasive du parent. Le bébé, on arrive à le gérer mais l'angoisse du parent est difficile à gérer surtout si le sentiment de confiance ne s'est pas établie avec moi. Si je sens que le parent n'adhère pas à ce que je fais, je vais avoir du mal à continuer. Ce qui me ferait continuer c'est de me dire que le bébé, lui, je vais pouvoir le soulager. Mais si le bébé ressent l'angoisse du parent par dessus, là y a de fortes chances que je m'arrête.

### **En quoi ton toucher chez le bébé est -il différent du toucher chez l'adulte?**

L'abord n'est pas le même. La première chose dont je vais m'occuper c'est d'avoir les mains chaudes. C'est primordial lorsqu'on traite un bébé. Sinon mon toucher ne varie pas tant que ça entre un adulte et un bébé. Dans les deux cas mon toucher se voudra dans un premier temps rassurant. On fait connaissance. Puis je vais m'imprégner de la densité tissulaire de la personne que je contacte. Ce sera ma référence pour la suite. La différence peut se situer tout de même dans la vitesse de pénétration. On peut aller "loin" chez un bébé par rapport à un adulte. Dans ce cas il faudra être attentif au changement éventuel de faciès chez le bébé plus que chez l'adulte qui lui aura moyen de s'exprimer verbalement.

### **Comment sais tu que tu t'y prends bien ou pas pendant que tu touches un bébé?**

Je sens son tissu dans mes mains. C'est bien pour ça qu'il est important d'avoir une première référence avec un contact léger afin d'avoir sa densité tissulaire dans la main. Puis après dans ma pénétration tissulaire je me réfère à la densité que j'ai dans ma main. Quand je vais être au contact de la zone qui ne se déforme pas (qui correspond pour moi à la lésion) je vais suivre les réactions du bébé via son faciès sans relâcher mon contact. Au début il va râler voir pleurer puis après il va se détendre et pourra même aller jusqu'à s'endormir.

### **Que cherches tu à toucher?**

Après avoir passé la barrière de la peau, je cherche à contacter une zone de tension qui me gêne à moi dans ma pénétration et qui m'arrête de façon prématurée. Si cette zone de tension est profonde, je vais mettre ma conscience dans cette profondeur. Je ne peux pas être en contact direct via mon toucher de la zone de tension, mais au travers des différentes épaisseurs je vais me mettre en contact. Il faut que je passe d'abord la barrière des différents tissus qui m'amènent AU contact de la zone qui ne se déforme pas. A ce moment là je projette mon centre de gravité dans cette zone. Je me projette dans cette zone. Je me concentre sur mon bas ventre et j'essaie de sentir ce qui m'attire chez le bébé. J'essaie de sentir ce qui me gêne chez elle.

### **Que cherches tu à obtenir pendant que tu touches le bébé?**

Je cherche à obtenir un relâchement tissulaire. Je cherche à ce que le tissu qui était dense devienne souple et déformable.

### **Comment sais tu si tu es au bon endroit?**

Je sais que je suis au bon endroit car je suis sur une zone qui ne veut pas se déformer et qui généralement dérange le bébé et le fait réagir par des gémissements ou des pleurs. Je n'arrive pas à pénétrer davantage le tissu. Je suis toujours attentive aux réactions du bébé car comme je l'ai déjà dit , il ne peut pas s'exprimer de façon verbale mais son corps en dit long sur son état. Il ne s'agit en aucune manière d'essayer de faire pleurer le bébé pour être sûre d'être sur une zone qui le dérange, mais d'être en accord avec lui pour ensemble faire "lâcher" cette tension.

### **Quels sont les différents éléments de la situation qui peuvent perturber la façon de s'y prendre?**

Tout d'abord, je m'assure toujours que la pièce est suffisamment chaude ainsi que mes mains. Un bébé dénudé qui commence à avoir froid va l'exprimer et on ne saura pas toujours si c'est parce qu'il a réellement froid ou si ce sont les conséquences du traitement. Je m'assure également que le bébé n'a pas faim mais est suffisamment à distance d'une tétée pour mettre les mains dans son ventre. Certains bébés peuvent être sensibles aux odeurs donc de la même façon je fais en sorte de ne pas être trop parfumée.

Tout ceci est relativement facile à gérer. Par contre il est une chose que l'on ne peut jamais prévoir à l'avance, c'est le comportement des parents. Ce petit être sensible qu'est le bébé va ressentir ce qui se passe dans son entourage. Des parents stressés et en questionnement perpétuel vont venir perturber la séance. Dans ce cas il est important de capter par le toucher et le regard ce bébé au profit de l'attente des parents.

### **Quels sont les éléments que tu as déjà rencontré et qui t'obligent à ne pas t'y prendre de la même manière (âge du bébé, pleurs,...)**

L'âge du bébé fait que je ne m'y prends pas de la même façon. Jusqu'à 8-10 mois le bébé ne bouge quasiment pas et est relativement facile à gérer. De 1 an à 3 ans environ, l'enfant bouge et exprime davantage ses peurs. Face à l'inconnu, le "non" est quasi systématique. Il faudra user et ruser avec des méthodes qui permettent de capter leur attention: raconter une histoire, faire le lien avec quelque chose qui les touche précisément.

### **En quoi la présence du ou des parents peut influencer ton toucher?**

Le parent est un intermédiaire entre toi et le bébé. Il est utile qu'il soit présent pour décrire les symptômes de ce qui l'amène à consulter. Par contre des parents trop envahissants en terme de questionnement ou qui veulent reprendre leur bébé s'il pleure viennent forcément perturber la séance. Dans ce cas là il est difficile de rester en contact avec le bébé. Dans un premier temps je peux m'arrêter un instant dans mon traitement et donc dans mon toucher

pour expliquer au parent ce que je fais et pourquoi. Par contre je leur précise que j'ai besoin de me concentrer sur le bébé et moi même, j'ai besoin qu'on soit ensemble dans une "non séparabilité". S'ils posent trop de question cela perturbe ma relation avec le bébé. Si les questions et la crainte persistent je peux être amenée à arrêter mon traitement.

#### **9.4. Annexes 4: Grilles d'analyse des entretiens d'explicitation**

##### **Grille d'analyse 01**

Les chiffres notés en bout de phrase correspondent au nombre de fois où la phrase est citée par le praticien ou du moins dans la même idée.

Schème: Toucher ostéopathique chez le bébé

Règles d'action:

je prends le bébé dans les bras de sa maman

je discute avec le bébé (8 fois)

je le regarde (6 fois)

je lui touche les bras, les jambes

je vais chercher des zones de restriction, de tension, de résistance (4 fois)

je vais jouer avec lui (2 fois)

je vais aller sur les deux sphères principales qui sont le ventre et le crâne

je le moule sur moi, je l'enroule autour de moi

je ne le pénètre pas trop de façon invasive

je termine en le rendant dans les bras de sa maman

je l'accompagne jusqu'à la salle d'attente

je me pose sur lui ( 2 fois)

je m'enroule autour

j'attends les réactions

je suis bébé déformable

je travaille là où ça me semble plus dense qu'ailleurs

je regarde si y a quelque chose de dur

j'écoute pas les mêmes choses en périphérique, crânien ou viscéral

je viens m'appuyer dans le bébé à travers le sol

je garde le bébé dans les bras une fois la séance finie

je le chatouille

je n'arrête pas brutalement

je vais poser ma main à minima

je mobilise son bassin ou le reste de son corps autour de ma main

je le suis (2 fois)

je m'adapte (2 fois)

je le touche pour le rassurer (2 fois)

je vais le bercer

je lui caresse le dos, le ventre  
je vais le mettre dans différentes positions  
mon toucher ne varie pas pour autant qu'avec un adulte  
je fais mon crânien dans la position où il est  
j'utilise moins de masse  
je suis beaucoup plus mobile  
je vais le mettre sur le côté  
je vais ramener les jambes  
je le bouge dans tous les sens  
je change ses appuis, ses positions  
je ralentie mon rythme, je libère un peu  
je m'assois avec lui  
je le ballade  
je lui donne mon doigt à téter  
je cherche une densité  
je vais sentir qu'il résiste un peu  
j'arrête s'il ne se calme pas  
j'essaie de garder le même toucher  
je reste en phase avec le bébé  
je ne ferme jamais les yeux  
je ne quitte jamais mon soin  
je parle aux parents  
je reste avec mon bébé

#### Invariants Opératoires:

j'aborde un bébé comme un adulte (2 fois)  
c'est pas un toucher particulier du fait que ça soit un bébé  
le bébé ne donne aucune information (2 fois)  
je ne vais avoir que les infos des parents qui sont biaisé par rapport à leur interprétation (3 fois)  
la séance commence et termine de la même manière  
je travaille beaucoup sur les retournements  
je donne des conseils à la maman  
le soin s'arrête au moment où la maman le prend dans ses bras  
la lésion est la réponse qui est chez moi

je veux me déformer là où ya quelque chose qui résiste  
le fait de travailler sur certaines zones va peut être réveiller d'autres choses après  
j'ai un intervalle en fin de traitement où je m'occupe du bébé de façon moins technique  
je ne pénètre pas trop dans le ventre  
je vais plutôt l'enrouler sur ma main  
pour le bébé on est ensemble, c'est lui qui guide la dance  
je le guide sur le soin mais après je le suis  
je laisse toujours la maman à côté libre d'être au contact quand je travaille  
il se passe beaucoup de choses dans le regard  
le toucher reste professionnel tout le long  
c'est très rarement le comportement du bébé qui me fait arrêter  
la phase nourrisson est la phase la plus facile (2 fois)  
la phase difficile c'est quand ils commencent à marcher (2 fois)  
le bébé ingérable, c'est les parents qui sont ingérables  
je vais m'adapter  
le bébé va se tortiller dans tous les sens et ce sera à moi de le suivre comme je peux  
la gestuelle de mon corps va changer mais mon toucher ne changera pas  
le bébé est plus mobile qu'un adulte  
ça ne nécessite pas de compétences particulières  
je fais toujours en sorte que ça soit confort  
je ne me cale pas forcément sur des réactions de pleurs  
je reste toujours en contact visuel  
ces réactions ne sont pas forcément des réactions de douleurs ni de gênes  
il n'hurle pas instantanément comme s'il s'était fait mal  
le bébé en lui même ne m'amène pas forcément à arrêter de façon prématurée un traitement

#### Anticipations:

j'arrête quand son ventre s'est assoupli  
j'arrête quand les tensions ont lâchées  
j'arrête quand les tests de retournement sont satisfaisants  
je cherche des zones de densité  
j'attends les réactions  
je ne cherche pas à réveiller les pleurs  
je cherche la sensation de la résistance dans mon corps, que quelque chose accroche  
je n'irais pas jusqu'au toucher affectif

ya des gargouillis, des gaz qui montrent qu'il se passe quelque chose  
le bébé va se relâcher, faire des pets  
c'est rare que sur un geste le bébé se mette à hurler

#### Inférences:

si vraiment il pleure beaucoup je demande à la maman de le calmer  
je ne suis pas protocolaire dans ma façon de descendre  
quand j'arrive pas à me poser dedans comme je voudrais, j'insiste  
j'utiliserai peut être un peu plus mes doigts dans le ventre que je ne l'utilise chez un adulte  
je peux faire le ventre puis le crânien et revenir sur le ventre  
s'il pleure en fin de séance je le garde dans mes bras, on se ballade dans la pièce (4 fois)  
si vraiment il ne se calme pas, je le reconfie à la mère (2 fois)  
je m'adapte plus à son comportement que chez un adulte  
je peux avoir un toucher au moment de ma séance qui n'est plus vraiment professionnel, thérapeutique  
on peut lui donner le doigt à téter sans forcément un but thérapeutique  
le travail peut être interrompu parce qu'il y a quelque chose à gérer qui est de l'ordre qu'on en connaît pas  
l'angoisse des parents dépasse tout et m'oblige à arrêter la séance (5 fois)  
c'est très rarement le comportement du bébé qui me fait arrêter (3 fois)  
la façon de toucher un bébé peut être différente par rapport à l'adulte  
s'il tourne la tête, je fais mon crânien dans cette position là  
la gestuelle de mon corps va changer mais pas mon toucher  
y a une différence dans la façon de bouger avec le bébé  
l'âge va influencer par la réaction du petit car à 3 mois ça bouge très peu et à 1 an ça bouge beaucoup



## Grille d'analyse 02

Schème: Toucher ostéopathique chez le bébé

### Règles d'action:

je suis respectueux de mon approche avant de le toucher  
je me sers de mon équilibre (2 fois)  
je viens m'empiler en lui (7 fois)  
je ne le quitte pas des yeux (2 fois)  
je vais moins vite dans la pénétration de son tissu (2 fois)  
il ne faut ni rentrer vite, ni sortir vite  
je cherche à me centrer plus (2 fois)  
je ferme les yeux (2 fois)  
je chantonne (2 fois)  
je suis toujours en train d'avancer et de progresser (2 fois)  
je me mets au plus proche de la zone que je travaille  
je veux l'amener dans mon intimité (2 fois)  
je pourrais aussi vibrer  
je me concentre sur ma respiration  
je me concentre sur mes appuis ischiatiques (3 fois)  
je reviens dans mon bassin  
je le ramène à moi  
je prends le temps de recréer l'union  
je prends appui  
je m'arrête dès que je sens que je n'ai pas l'appui  
je cherche à partir du bassin  
mon sacrum vient pousser mes lombaires  
je danse avec lui  
je suis en déséquilibre sur lui le temps de mon travail  
je reviens dans mon équilibre (2 fois)  
je prends encore plus de temps au niveau du crâne  
je cherche une résistance  
j'aligne mon avant bras dans le prolongement du segment osseux que j'ai (2 fois)  
je cherche à le vriller (2 fois)  
je transmets par mes mains jusqu'à mes ischions  
je charge dans le bout de mes doigts là où la zone est la plus bloquée

quand j'ai trouvé un point d'accroche je vais reculer mon bassin  
je ramène le bébé sous mon appui (3 fois)  
je m'amène à lui  
je mets mon corps dans son système  
je mets ma main sous son occiput  
je pose ma main sur le crâne  
je garde la résistance entre mes deux mains  
je me retire tranquillement  
je retire mes mains  
je me sépare de lui lentement  
je me sépare intellectuellement avant de finir  
je m'approche lentement  
je rentre dedans  
je me sépare quand je sens qu'il accepte que mes doigts s'enlèvent  
je le change de position pour qu'il réagisse moins (2 fois)  
je repère quelle partie de la vrille je n'arrive pas à faire  
je reviens en arrière si nécessaire  
je l'essore dans tous les sens  
je vais à la limite de mon amplitude totale  
j'amène le bébé dans ma gravité à moi (2 fois)  
il faut le séduire avant de le toucher  
il faut accepter de le faire passivement  
je n'ai pas de geste rapide pour les toucher  
je fais la même chose que chez l'adulte sauf que c'est pas les mêmes positions de main et de rythme

#### Invariants opératoires:

il faut d'abord voir à quel moment tu peux le toucher  
souvent il ne me laisse pas faire  
je suis vigilant à sa réaction (3 fois)  
j'essaie de repérer les premiers indices de malaise pour ne pas aller trop vite ou trop loin  
je suis à l'écoute de ses réactions  
quand tu sens que t'as été loin et que le bébé reste tranquille, c'est bon  
je crée ma petite musique intime  
on n'a pas la même résistance qu'un adulte

c'est plus léger  
on ne rentre pas aussi fermement que chez un adulte  
je l'ai emmené dans mon cercle de fonctionnement  
on a le même centre de gravité comme quand on danse avec un partenaire  
j'aurais tendance à vouloir me retirer plus que d'insister sur cette zone là  
la torsion c'est l'échappatoire donc s'il s'échappe en torsion c'est qu'il est déformable  
ma perception se situe au niveau de mon bassin  
je travaille par rapport à mon équilibre à moi  
je suis positionné en construisant mon indéformabilité pour après changer d'appui  
tant que j'ai pas eu mon centre de gravité dans ma main je cherche pas à entrer en communication avec lui  
on partage notre centre de gravité, un centre de gravité commun (4 fois)  
j'ai l'impression que c'est plus long et lent que chez un adulte (2 fois)  
en viscéral je suis plus long sur un ventre bébé qu'un adulte  
on travaille davantage en intra osseux  
c'est plus long qu'en articulaire  
ma main est déjà habituée à ce type de situation  
une fois que je suis dans mes appuis, mes mains sont toujours reliées au bébé  
la séparation est dépendante du bébé, de la maman, de l'expérience de ce qui s'est passé  
quand je vais retirer mes mains il va râler  
il n'aime pas cette phase de séparation  
intellectuellement je me dis qu'il faut que je prenne le temps de cette séparation et non désunion  
je me sépare quand je sens qu'il accepte que mes doigts s'enlèvent  
il est apaisé quand je suis en train de me retirer  
c'est lent à l'endormissement et c'est lent au réveil  
je me fis à mes propres sensation en tenant compte des réactions du bébé  
un bébé est très déformable  
il est capable de subir une torsion  
c'est la zone où la torsion s'arrête qui me sert de résistance, c'est là que j'agis  
mon rythme correspond à un engagement lent sans une succession d'aller retour  
si la vrille ne se fait pas je me pose jusqu'à ce que ça lâche  
si je n'arrive pas à le ramener à moi c'est qu'il y a une résistance  
il y a une présence particulière chez le bébé  
l'engagement, la mise en situation du toucher est précédée d'une phase d'approche  
cette pénétration dans son volume à lui, dans sa vrille à lui est précédée d'un prémices  
d'acceptation

il faut accepter de ne pas savoir à quelle vitesse il faut qu'on pénètre  
la vitesse d'approche du thérapeute est importante  
mon approche n'est jamais très rapide  
ya pas de défense chez un bébé donc on est plus vigilant, on fait plus attention  
il n'est pas fragile, il va juste pas m'arrêter  
il faut être vigilant à ne pas aller trop vite ni trop loin  
mon toucher n'est pas violent  
ça peut être violent visuellement pour la maman  
j'essaie de privilégier mon protocole pour arriver dans une situation dont j'ai l'habitude  
je n'arrive pas à travailler avec un bébé qui est dans les bras de sa mère  
y a une période réfractaire entre 8 mois et 2 ans  
s'il se met à pleurer j'explique à la maman  
ce qui me gêne c'est la trop grande distance des parents quand ils me posent le bébé et se  
mettent en retrait  
les parents passifs tu sens que tu vas rentrer dans une intimité qu'ils vont subir  
j'ai besoin de me mettre en situation et pour ça d'avoir la présence active des parents

#### Anticipation:

je cherche à me centrer plus  
une fois que je l'ai ramené à moi , il s'apaise  
si je sens des réactions ça m'interpelle  
si c'est résistant et que je le vois réagir ça me suffit  
si j'arrive pas à imposer la torsion ou la détorsion c'est qu'il a un système qui n'arrive pas à  
réagir à la contrainte de façon neutre  
si je peux l'amener et dépasser mon appui c'est que j'ai créé une intimité  
l'intimité c'est de l'amener dans mon centre pour pouvoir en changer de centre  
j'essaie de repérer quelle partie de la vrille je n'arrive pas à faire  
je me pose jusqu'à ce que ça lâche  
je cherche une sensation de non résistance  
je vais prendre le point dense et trouver une voie de passage pour le faire venir sur ma  
colonne  
si moi je bouge, tout bouge  
c'est du domaine du feeling  
si je sens que le bébé n'est pas à l'aise je sors de mon soin pour l'expliquer à la maman  
la non séparabilité c'est avec le bébé que je veux l'avoir et pas avec la mère  
je fais en sorte que le bébé ne râle pas

je mets en avant le toucher affectif pour les parents envers leur petit bout

Inférences:

comme la maman est là et qu'on filme il y a des interférences donc soit je ferme les yeux, soit je chantonne

je chantonne quand vraiment je sens que je n'arrive plus à y être à cause de la maman ou des questions posées en cours de traitement

quand c'est un peu difficile je me recentre sur moi

je pourrais vibrer, me concentrer sur ma respiration

je ne cherche pas forcément la résistance sensible car je ne sais pas si elle est sensible pour lui

y a des bébés qui se laissent comprimer même si ça été un peu difficile

une fois que tu ressors ça leur fait presque la même chose dans l'autre sens

si je sens au moment où je veux lâcher le crâne du bébé que j'ai mes mains scotchées dessus je ne lâche pas en me disant que c'est fini

quelque fois je reviens en arrière si nécessaire

si y a un problème je m'isole complètement de ce qu'il y a autour de moi

si je sens que le bébé n'est pas à l'aise je sors de mon soin pour l'expliquer à la maman

c'est rare que je travaille dos au bébé mais ça peut m'arriver s'il est plus à l'aise comme ça

si j'arrive pas à le faire sur la table, je le prends et l'amène à moi

### Grille d'analyse 03

Schème: Toucher ostéopathique chez le bébé

Règles d'action:

je pose mes mains sur le bébé  
je rentre en communication avec elle  
je la regarde dans les yeux (5 fois)  
je lui parle avec un ton de voix approprié (3 fois)  
je l'investigue du bas vers la haut  
je vais au plus vite à la plainte si je sens le bébé énervé ou stressé  
j'écoute ce qui se passe entre mes deux mains (2 fois)  
je la ramène à moi (4 fois)  
je veux qu'on soit au même moment au même endroit  
je me pose sur elle  
je suis attirée par quelque chose  
je fais en sorte que mes mains soient les plus passives possibles (2 fois)  
je peux la quitter du regard pour utiliser ma vision périphérique  
je veux me concentrer davantage sur mon ressenti  
je crée un point fixe avec ma main sur la densité que je viens de repérer  
je m'adapte à la réaction du bébé, à son rythme  
je m'enroule autour d'elle  
je la remets dans sa position de confort  
je contacte doucement, avec légèreté  
je me mets dans une situation de non séparabilité (2 fois)  
je pose le bébé sur la table  
je lis sur son visage et son corps  
je me sépare d'elle visuellement puis au niveau de mes contacts avant de la rendre à sa maman  
je cherche un espace commun à toutes les deux  
je vais vers la profondeur en conscience (2 fois)  
je cherche en moi ce qui me gêne chez elle  
je me laisse fondre dans la zone de densité  
j'attends que le tissu s'assouplisse  
je respecte la vitesse de pénétration du tissu

je respecte le rythme du bébé dans ma descente vers la profondeur  
je retire d'abord mon corps puis mes mains  
je veux avoir un toucher léger  
je vais m'imprégner de la densité tissulaire  
je me réfère à la densité que j'ai dans ma main  
je cherche à contacter une zone de tension qui me gêne à moi dans ma pénétration et qui m'arrête de façon prématurée  
je passe d'abord la barrière des différents tissus qui m'amènent AU contact de la zone qui ne se déforme pas  
je projette mon centre de gravité dans cette zone  
je me concentre sur le bas ventre  
j'essaie de sentir ce qui m'attire, ce qui me gêne  
je veux obtenir un relâchement tissulaire  
je suis toujours attentive aux réactions du bébé  
je me concentre sur le bébé et moi même

#### Invariants Opératoires:

j'ai besoin d'un premier contact pour faire sa connaissance et voir quelles sont ses réactions  
j'essaie de me mettre le plus à l'aise possible  
si le bébé est suffisamment décontracté je peux le quitter du regard pour utiliser ma vision périphérique  
ma main va être passive afin de sentir au mieux l'évolution du tissu qu'elle contacte  
mon rythme est lent (2 fois)  
ce quelque chose est une zone de densité plus importante que le tissu de référence  
je décide intellectuellement de me retirer mais pas de façon précipitée  
je décide que la densité obtenue est satisfaisante  
le contact peau est très important  
il ne doit pas y avoir de brutalité dans le geste  
le bébé est un être immature  
il est important de respecter une vitesse de pénétration  
il faut agir avec prudence et en toute conscience  
ma main est légère  
il est important de ne pas perdre le contact  
avoir les mains chaudes  
mon toucher se voudra dans un premier temps rassurant  
on peut aller loin chez un bébé par rapport à un adulte

il faut être attentif au changement éventuel de faciès chez le bébé  
un contact léger afin d'avoir sa densité tissulaire dans la main  
quand je vais être au contact de la zone qui ne se déforme pas je vais suivre les réactions du bébé via son faciès sans relâcher mon contact  
je cherche à ce que le tissu qui était dense devienne souple et déformable  
je sais que je suis au bon endroit car je suis sur une zone qui ne veut pas se déformer et qui généralement dérange le bébé et le fait réagir par des gémissements ou des pleurs  
je m'assure toujours que la pièce est suffisamment chaude ainsi que mes mains  
je m'assure que le bébé n'a pas faim  
certains bébés peuvent être sensibles aux odeurs donc pas de parfum  
il est important de capter par le toucher et le regard ce bébé au profit de l'attente des parents  
l'âge du bébé fait que je ne m'y prends pas de la même façon  
jusqu'à 8-9 mois le bébé ne bouge pas trop et est relativement facile à gérer  
de 1 an à 3 ans, l'enfant bouge et exprime davantage ses pleurs  
il faut user et ruser avec des méthodes qui permettent de capter leur attention

#### Anticipations:

je m'imprègne dans un premier temps de la qualité de son tissu  
rentrer en communication  
être au plus près d'elle  
ne pas avoir à utiliser trop de force musculaire qui peut parasiter mon ressenti  
laisser faire les choses et pas les faire  
que mes mains soient les plus passives possibles  
faire lâcher la zone de densité  
en gardant mon contact  
je fais abstraction de ce qui se passe autour de nous de façon à n'être qu'avec elle  
je prépare le moment propice au relâchement tissulaire  
un espace commun à toutes les deux (2 fois)  
le but est que le tissu s'assouplisse, qu'il lâche  
la densité obtenue doit être satisfaisante  
sentiment de confiance  
toucher se voudra dans un premier temps rassurant  
je sens son tissu dans mes mains  
il va se détendre et même s'endormir  
je vais me mettre en contact  
j'essaie de sentir ce qui me gêne



obtenir un relâchement tissulaire  
tissu devient souple et déformable  
je veux pénétrer davantage le tissu  
il ne s'agit en aucune manière d'essayer de faire pleurer le bébé  
faire lâcher cette tension  
capter par le toucher et le regard ce bébé

Inférences:

si je sens le bébé énervé ou stressé j'irais plus vite à la plainte  
si le bébé est suffisamment décontracté je peux le quitter du regard pour utiliser ma vision périphérique  
comme le bébé commence à réagir je quitte ma vue périphérique pour revenir sur ma vue centrale  
ce n'est pas le bébé qui va me faire arrêter le soin mais la présence trop invasive du parent  
l'angoisse du parent est difficile à gérer  
si je sens que le parent n'adhère pas à ce que je fais, je vais avoir du mal à continuer  
si le bébé ressent l'angoisse du parent, il y a de fortes chances que je m'arrête  
si cette zone de tension est profonde, je vais mettre ma conscience dans cette profondeur  
il est une chose que l'on ne peut jamais prévoir à l'avance c'est le comportement des parents  
je peux m'arrêter un instant dans mon traitement et donc dans mon toucher pour expliquer au parent ce que je fais et pourquoi  
s'ils posent trop de questions cela perturbe ma relation avec le bébé  
si les questions et la crainte persistent je peux être amenée à arrêter mon traitement