



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

=====

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Yves MATILLON

**ACCORDAGE ET ETABLISSEMENT DES PREMIERS
LIENS DANS LA RELATION MERE-BEBE**

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

par

ROYER Marëva

Juin 2015

N° 1289

Directeur du Département Psychomotricité

Eric PIREYRE

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon
(EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de Lyon
M. GUIDERDONI Bruno

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

REMERCIEMENTS

Pour commencer, merci aux professeurs de la fac pour tout le savoir qu'ils m'ont transmis et le plaisir avec lequel ils l'ont fait.

Merci à mes maîtres de stage : Julie VAGINAY, Hare AKYOL, Anaëlle ROUSSEAU, Sylvie CLEMENT-ASTIER et Lora DOS SANTOS qui n'ont fait qu'accroître ma vocation pour la psychomotricité grâce à leur partage de l'amour du métier.

Merci à ma maître de mémoire, Laurence TEULADE-DUMONT, pour sa bienveillance et l'aide précieuse qu'elle m'a apportée durant l'élaboration de mon mémoire.

Un grand merci à Cindy pour son éternel sourire et tous ces moments partagés ensemble durant trois ans, au sein d'une super promo.

Un merci tout particulier à Tristan pour son amour et son soutien sans faille.

Enfin, merci à Emma et sa maman ainsi qu'à tous les autres patients que j'ai rencontrés et qui ont participé activement à la construction de mon identité professionnelle.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 7

PARTIE THEORIQUE : Au commencement de la vie comment se tisse la relation mère-bébé ? 9

I. Les compétences au moment de la naissance9

1. Les compétences du nourrisson 9

a) Les potentiels sensoriel, neuromoteur et relationnel 9

b) L'état de dépendance absolue du bébé : le besoin de la mère pour se construire . 11

2. Les compétences maternelles 12

a) La préoccupation maternelle primaire 12

b) « Le devenir mère » : le besoin de l'activité du bébé 13

3. Un cas particulier : la prématurité 14

a) Le bébé prématuré : un être immature 14

b) La mère prématurée 15

II. Après la naissance : les interactions précoces18

1. De la théorie de l'attachement au système de *caregiving* 18

2. Le regard de la mère : fonction de miroir 19

3. Le holding 20

4. Le dialogue tonico-émotionnel 22

5. Entre microrhythmes et macrorhythmes	24
6. La capacité d'être seul.....	26

PARTIE CLINIQUE : Présentation du cas d'Emma et de sa maman..... 28

I. Présentation de mon lieu de stage : l'UPPP.....28

II. Emma et sa maman : Histoire et éléments d'anamnèse29

1. Contexte familial	29
2. Quelques éléments maternels	29
3. Quand la prématurité s'invite à la naissance.....	30

III.Indication, projet de soin et dispositif32

1. L'indication pour l'UPPP.....	32
2. Cadre et dispositif de l'accompagnement	32
3. L'indication et le projet de soins pour la balnéothérapie.....	32
4. Ma position de stagiaire	33

IV.Observations35

1. Le tonus	35
2. D'un visage à l'autre et l'intermédiaire du regard	36
3. Autour de la sphère orale	38
4. La discontinuité dans les rythmes	40
a) Les macrorhythmes	40
b) Les microrhythmes	42

V. Axes de travail et évolutions de la dyade45

1. Le dispositif de la balnéo comme facilitateur de mobilité..... 45

2. L'exploration sensorielle de la zone orale 46

3. L'eau pour se rencontrer différemment 47

a) Le portage..... 47

b) La contemplation..... 48

PARTIE THEORICO-CLINIQUE 52

I. L'influence mutuelle dans le dialogue tonico-émotionnel...52

II. L'enjeu du holding dans la relation mère-bébé56

III.Le regard du psychomotricien59

1. L'observation psychomotrice..... 59

2. L'engagement corporel du psychomotricien 60

IV.Le psychomotricien : un soutien à la relation mère-bébé ...63

CONCLUSION 66

BIBLIOGRAPHIE 69

INTRODUCTION

L'instauration des premiers liens entre le bébé et sa mère m'a toujours passionné. Après avoir exploré la pratique de la psychomotricité auprès de multiples populations et avoir beaucoup appris de ces stages avec des enfants, des adultes et des personnes âgées ; c'est tout naturellement que j'ai souhaité me donner l'opportunité de réaliser un stage auprès de bébés et de leurs mères. J'ai, durant ces trois ans, gardé une sensibilité particulière à la réflexion psychomotrice qui s'axe autour des relations précoces. Durant mon année de stage j'ai véritablement pu mettre à profit cette sensibilité en la liant à mes connaissances et aux apports de la psychomotricienne, des soignantes et des dyades. Pendant les cours et TP (feldenkrais, relaxation Bergès, ...) auxquels j'ai assistés mais aussi mes stages (en CAMSP, CMP, psychiatrie adulte ainsi qu'EHPAD) ; j'ai noté la place prépondérante que pouvait prendre la petite enfance dans nos réflexions. En effet, j'ai remarqué que de nombreux questionnements, qui amenaient à travailler autour de la problématique psychomotrice du patient, pouvaient fréquemment être mis en lien, de près ou de loin, à la structuration du bébé en fonction de l'apport de son environnement proche. Et plus particulièrement, le lien qui se tisse entre la mère et son bébé dans les premiers temps de la vie.

Au vu de cette place que peut prendre l'histoire précoce du patient, j'ai voulu « aller voir » au cœur de cette clinique pour pouvoir mieux aborder et comprendre cet enjeu sous l'angle de la psychomotricité. D'où ce nouveau stage en unité de psychopathologie périnatale que j'ai eu l'honneur d'ouvrir.

Lors de mon arrivée au sein de cette unité j'ai pu observer des troubles divers chez les bébés ainsi que des difficultés chez la femme dans son rôle et vécu de mère, pouvant aussi être majoré par le(s) trouble(s) de leur enfant. J'ai aussi pu observer la réciproque avec le possible impact des difficultés maternelles (angoisses, ...) sur le comportement et le développement du bébé. Dans quasiment toutes les dyades rencontrées j'ai noté une répercussion sur les interactions précoces avec, par conséquent, une difficulté dans l'accordage mère-bébé et la mise en place de premiers liens.

Mon intérêt et mon questionnement ce sont donc tournés vers l'influence mutuelle qu'ont le bébé et sa mère sur leur relation, tout cela étant notamment régi par leur état psychocorporel. Il y a ici l'idée que la mère crée le bébé tout comme le bébé crée la mère. Ma problématique se traduirait donc par : comment essayer de comprendre le désaccordage dans le lien mère-bébé ? Mais aussi quelle place pour le psychomotricien auprès de ces dyades ?

Il est vrai que mon choix d'étude de cas ne s'est pas présenté à moi d'emblée. Mais progressivement et après réflexion il y avait quelque chose qui m'intriguait chez Emma et de sa maman, quelque chose qui m'a donné l'envie de travailler et d'élaborer à leur sujet. Par ailleurs, Emma et sa maman avaient une place sensible pour moi : celle de ma première rencontre dans cette unité, du premier bébé que j'ai porté et où, du fait de cette expérimentation, certaines grandes théories comme celle du holding ont pris un nouveau tournant pour moi qui pouvait les envisager sous un angle différent. J'ai été rapidement interpellée par la situation de souffrance qui semblait émaner d'Emma et de sa maman.

Dans une première partie théorique, je développerai la question des compétences tant du côté maternel que du côté du bébé ; puis je me pencherai sur les interactions qui viennent soutenir l'établissement du lien mère-bébé. Dans une seconde partie je présenterai l'étude de cas d'Emma et de sa maman et j'apporterai quelques réflexions quant à la rencontre et le travail établit autour de cette dyade. Enfin, je développerai dans une dernière partie théorico-clinique plusieurs façons d'envisager et de penser le désaccordage mère-bébé, ainsi que la manière dont la pratique psychomotrice, par son approche spécifique, peut soutenir les premiers liens.

PARTIE THEORIQUE : Au commencement de la vie comment se tisse la relation mère-bébé ?

I. Les compétences au moment de la naissance

1. Les compétences du nourrisson

a) Les potentiels sensoriel, neuromoteur et relationnel

Les différents sens sont déjà présents très tôt in-utéro, mais pour la plupart, ceux-ci atteignent leur maturité à la fin de la grossesse. Ceci explique pourquoi le système sensoriel du bébé est d'ores et déjà fonctionnel à la naissance. Effectivement, dès les premiers temps de vie du nouveau-né celui-ci est déjà en capacité de reconnaître sa maman grâce à son odeur corporelle ainsi qu'à l'odeur de son lait. Cette reconnaissance est aussi couplée à la mélodie et la prosodie de la voix de sa maman qu'il a eu le temps de découvrir pendant neuf mois. De plus, le fœtus in-utéro a déjà pu expérimenter son sens du toucher et du goût. Grâce aux conditions in-utéro le bébé vient au monde en ayant intégré les différents goûts : sucré, salé, acide et amer ; et cela grâce au liquide amniotique dont la saveur dépend de l'alimentation de la mère. Quant au registre des sensations tactiles du nouveau-né ce dernier est enrichi par les multiples expériences réalisées durant la grossesse. Le bébé est dans un premier temps en contact avec la paroi utérine et le liquide amniotique, puis au fil de son développement le bébé suce son pouce, touche son cordon ombilical et se caresse le visage. Le toucher est donc aussi à mettre en lien avec le mouvement qui permet au bébé de réaliser ces différentes expériences. Pour ce qui est de la vision, celle-ci est le dernier sens à se mettre en place, elle est donc encore immature lors de la naissance du bébé. La vue va ensuite continuer à se développer jusqu'à l'âge de deux ans.

Grâce à ces compétences sensorielles les prémices de limites corporelles vont s'installer, le bébé va en effet avoir une première perception de son enveloppe corporelle. La conscience de l'enveloppe cutanée va émerger progressivement et dans un premier temps grâce à l'association entre le toucher, qui offre au bébé une sensation d'être touché et donc délimite son corps, et la vision qui vient conforter le bébé dans son vécu puisqu'il peut se voir être touché.

Par ailleurs, concernant le plan neuromoteur il existe à la naissance des schèmes innés de base qui sont des mouvements non volontaires et non adaptés à partir desquels de nouvelles structures motrices de plus en plus organisées vont apparaître. Les mouvements seront progressivement de plus en plus volontaires et intentionnels, ceci est aussi à mettre en lien avec le développement neurologique du bébé qui est notamment régit par la loi céphalo-caudale et proximo-distale. Les compétences neuro-motrices et toniques amènent à la prise de conscience de l'enveloppe musculaire qui, elle-même associée à la proprioception, permet l'intégration des postures et du schéma corporel.

C'est notamment grâce à ces aptitudes sensorielles et neuromotrices, qui lui permettent d'avoir un langage corporel, que le nouveau-né peut être en capacité d'interagir avec son environnement. Dès la naissance le nourrisson communique aussi par les cris, les pleurs, les vocalises, les mimiques et les postures. C'est ce potentiel relationnel inné qui favorise l'ouverture du bébé à l'environnement et à autrui. On peut également rappeler que J. BOWLBY, via la théorie de l'attachement, décrit cinq marqueurs ou indicateurs de développement chez le bébé dont la base est sensorielle et sensori-motrice.

Ces comportements d'attachement caractéristiques dits « organisateurs » sont activés à la naissance, ils visent à réduire la distance au sein de la dyade mère-bébé. Ils correspondent donc aussi à des compétences précoces du nourrisson :

- la succion (non nutritionnelle) comme le suçotement à vide ou des doigts avec, au départ, la succion du biberon ou du mamelon puis tous les objets possibles ;
- l'agrippement ;
- la poursuite oculaire qui constitue un indicateur majeur de l'attachement à un objet extérieur. Puis, la poursuite oculaire devient poursuite motrice de la mère dans un premier temps ;

- le cri primal autrement dit les pleurs. Cri que l'enfant s'approprie comme son étant le sien mais qui constitue aussi un marqueur maternel de désignation important : « tu cris ». Il est donc ici question de la voix puis, plus tard, de la parole ;
- le sourire.

Tout ce que j'ai écrit dans cette partie vient, particulièrement, illustrer une phrase de D.W. WINNICOTT qui dit que « Le potentiel inné devient une continuité d'être »¹. Ceci vient, selon moi, conclure sur les compétences du nourrisson mais également ouvrir sur les autres besoins fondamentaux du nouveau-né.

b) L'état de dépendance absolue du bébé : le besoin de la mère pour se construire

« Toujours sans oublier que le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant, s'il n'est couplé à des soins maternels »².

A la naissance le bébé est confronté à une immaturité neurologique qui ne lui permet qu'une activité réflexe et des réactions tonico-motrices globales aux stimulations, qu'elles soient internes ou externes. Ainsi le nouveau-né n'a aucune autonomie et aucune possibilité de subvenir seul à ses besoins physiologiques et psychologiques. Cette immaturité et donc cet état de dépendance absolue a du sens, elle permet au bébé de pouvoir prendre son temps pour se construire en appui sur son environnement. Cette totale dépendance du bébé est, en fait, censée le préserver d'un excès de stimulations et/ou d'agressions externes dues à son immaturité, mais aussi permettre au bébé de mettre en place sa vie psychique et sa psychomotricité spécifique. Ainsi la dépendance absolue du nouveau-né lui sert aussi de filtre comme pour une approche progressive du monde extérieur.

La dépendance absolue aux soins maternels a été théorisée par D. W. WINNICOTT, elle recouvre environ les cinq premiers mois de la vie du nourrisson. Dès les premières heures de vie il expérimente le fait de ne plus être soutenu par la paroi utérine. Pendant les premiers temps de vie, lorsqu'émerge un inconfort le nourrisson vit des éprouvés auxquels

¹ WINNICOTT D.W., *La théorie de la relation parent-nourrisson*, p. 369

² Ibid., p. 365

il ne peut pas donner un sens. Le nourrisson a donc un besoin vital tant psychiquement que physiquement de contacts répétés et continus pour lutter contre un état interne de détresse. On peut alors comprendre l'importance de la communication sensorielle avec la mère (accroche du regard, contact peau à peau, ...), en particulier durant cette période de dépendance absolue. Tout cela permet au nourrisson le passage d'éprouvés confus à un sentiment unifié de son corps. Cette phase de dépendance absolue, où le bébé et sa mère sont en symbiose, constitue la première étape d'un processus progressif tendant vers l'indépendance de l'enfant.

2. Les compétences maternelles

a) La préoccupation maternelle primaire

La préoccupation maternelle primaire décrit dans un premier temps un état psychologique particulier. D. W. WINNICOTT parle d'un état psychique graduel et très spécifique présent chez la mère lors de sa grossesse et jusqu'à quelques semaines après la naissance de son enfant. Après la sortie de cet état, les jeunes mères montrent peu d'accessibilité aux souvenirs de cette période. Celle-ci peut d'ailleurs être qualifiée de schizoïde car c'est un état de replis où la « seule » réalité prise en compte par la mère est celle de son enfant, dans une importante réceptivité à l'état de celui-ci.

En fait, durant les premiers moments de vie du bébé, comme dit précédemment, la dépendance à la mère est absolue. Il y a une symbiose entre la mère et son nourrisson, c'est notamment ce proche état de « fusion » qui permet à la mère d'avoir une compréhension très fine des besoins de son bébé. Dans cet état de préoccupation maternelle primaire la mère vient s'identifier à son bébé, c'est ce qui lui permet de savoir ce qu'il ressent, et donc, de pouvoir par la suite répondre de manière ajustée aux besoins de son bébé. D. W. WINNICOTT parle d'« une adaptation vivante vis-à-vis des besoins de l'enfant »³. En effet, les différents processus qui sont mis en œuvre chez la jeune mère induisent un état particulier qui l'oriente vers son bébé et la met donc dans une position lui permettant de répondre à la dépendance de son enfant. La mère vient alors nommer et proposer un vécu tonique du corps,

³ WINNICOTT D. W., *La théorie de la relation parent-nourrisson*, p. 377

elle fait des hypothèses sur le vécu de son bébé pour lui permettre de construire ses propres représentations.

Cette hypersensibilité de la mère définie par le terme de préoccupation maternelle primaire vient permettre et soutenir l'adaptation précoce de la mère aux besoins primaires de son enfant, c'est la notion de « mère suffisamment bonne ». Le passage par cet état maternel temporaire donne à l'enfant les premières bases d'un cadre nécessaire à son bon développement. La préoccupation maternelle primaire atteint son seuil maximal au terme de la grossesse et cette sensibilité favorise la compréhension des besoins du nourrisson par sa mère. Ce concept est alors à mettre en corrélation avec le « sentiment continu d'exister » émergeant chez le bébé, qui serait suffisant notamment grâce à cet état maternel. En effet c'est par la préoccupation maternelle, qui est au plus près des besoins du bébé, que la mère peut ensuite adapter son comportement et répondre de manière ajustée. Par cet accordage primaire à son bébé la maman lui fait vivre une continuité dans les soins qu'elle lui prodigue. C'est cela qui permet alors au bébé de constituer son corps comme une entité unifiée et donc d'être dans un « sentiment continu d'exister ».

b) « Le devenir mère » : le besoin de l'activité du bébé

Comme disait D.W. WINNICOTT « un bébé tout seul ça n'existe pas », il est aussi tout à fait juste de penser que l'inverse est vrai. En effet une mère seule ça n'existe pas non plus. Ce serait finalement le bébé qui vient réveiller la véritable mère intérieure. C'est donc à ce point de jonction que nous pouvons voir toute l'interdépendance présente entre la mère et son bébé. Il est désormais bien admis que le bébé est, dès sa naissance, acteur de la relation avec ses parents. Il me semble qu'ici il s'agirait d'ajouter à cette idée que le bébé constitue un acteur à part entière dans l'émergence et la construction de la maternalité chez sa mère. C'est d'ailleurs ce qu'A. CICCONE illustre en disant « Le sentiment maternel ou parental n'est pas là d'emblée. Il est stimulé, éveillé, nourri par le bébé et par la relation au bébé »⁴.

C'est par son comportement, son état tonique et émotionnel que le bébé peut renvoyer des éléments qui permettent un renforcement positif chez sa mère vis-à-vis des soins qu'elle lui prodigue. Ce qui, par conséquent, alimente son sentiment d'être une mère « suffisamment

⁴ CICCONE A., *Le nourrisson et la douleur psychique*, p. 6

bonne ». Je pense cette notion comme la réciproque de la théorie de W.R. BION sur la fonction alpha. Celle-ci vient détoxifier les éléments bruts envoyés par le bébé qui sont ensuite métabolisés et renvoyés par la mère sous forme d'interprétations et de représentations ayant du sens. Dans ce cas, c'est le bébé qui aurait ce rôle en confortant la mère dans sa fonction contenant de figure maternelle grâce à ce qu'il lui renvoie par son regard, son sourire, son état de satiété et d'apaisement après la tétée ou le biberon, ...

3. Un cas particulier : la prématurité

a) Le bébé prématuré : un être immature

Dans le cas d'une naissance prématurée c'est souvent toute une partie du troisième trimestre de la grossesse qui est enlevée à la mère et à son bébé. Or, il faut rappeler toute l'importance que constituent ces trois derniers mois. Effectivement, c'est pendant ce dernier trimestre qu'il y a le plus de transformations au niveau du système nerveux chez le fœtus, avec une activité intense du cerveau qui est en train de s'organiser. Concernant cette fois-ci le système nerveux autonome, celui-ci acquiert un fonctionnement tardif avec une régulation homéostatique qui apparaît vers 35-36 semaines d'aménorrhée. Aussi, les bébés nés prématurés sont moins autonomes dans leur régulation.

Par ailleurs, concernant les sens, il faut savoir que la vision qui se développe tardivement durant la grossesse n'est fonctionnelle qu'à partir de 32-37 semaines d'aménorrhée. De plus, la vision d'un bébé né à terme est encore floue ce qui laisse imaginer l'immaturité du système visuel chez le bébé prématuré.

Les prématurés n'ont pas pu expérimenter, au niveau du système moteur, la flexion contre la paroi utérine puisqu'elle celle-ci s'effectue lors de la fin du 3^{ème} trimestre. Le bébé est donc préférentiellement en extension, ceci peut être mis en lien avec le fait qu'une importante hypotonie est notée chez ces bébés et que, par conséquent, ils ne peuvent lutter contre la gravité.

Plus spécifiquement sur le plan attentionnel et interactif les bébés nés prématurément ont un niveau attentionnel bas avec un regard « hagard » (dans le vague), les mouvements

des yeux ne sont pas encore coordonnés. Ils peuvent aussi montrer un regard paniqué ou une fuite du regard ce qui peut rapidement mettre en difficulté les tentatives d'interactions des parents avec leur enfant. En fait, plus le bébé est prématuré et plus son énergie est consacrée à maintenir un équilibre dans ses sous-systèmes autonomes et moteurs. Du coup, il reste peu d'énergie pour l'interaction et l'attention. Cependant, si l'environnement est adéquat et adapté aux capacités du prématuré, celui-ci montre de réelles aptitudes relationnelles.

Dans ce cas particulier de la prématurité le bébé n'est pas le seul à être impacté par cette venue au monde précoce. Effectivement, ce contexte de grossesse devient aussi une source d'angoisses pour la maman qui n'attendait pas son enfant si tôt.

b) La mère prématurée

Les trois derniers mois de la grossesse sont donc tout aussi importants pour le bébé que pour ses parents. Pendant ce dernier trimestre la mère puise dans la rêverie maternelle pour se représenter son bébé imaginaire et se projeter en tant que future maman. Mais lorsque ces derniers temps ne peuvent être vécus, la femme se retrouve face à un vécu d'échec de ne pas avoir pu mener à terme sa grossesse. Un sentiment de déception et de culpabilité semble s'inscrire chez ces femmes dont la grossesse a été interrompue, comme dans une sorte de non aboutissement de cette expérience. Dans cette situation de naissance prématurée, un travail de deuil doit se faire. Le deuil d'une grossesse idéale et facile, mais aussi le deuil d'une naissance « normale ». Toutes les craintes concernant la santé du bébé à venir passent alors au premier plan. La naissance devient une épreuve à passer où, la mère, les parents, se retrouvent impuissants, ils doivent alors s'en remettre entièrement aux professionnels.

Une certaine colère, agressivité de la part de la mère peut également émerger face à ce bébé qui n'est pas « conforme ». Certaines mères peuvent se sentir aussi persécutée par leur bébé, ce qui vient bien souvent amplifier la culpabilité maternelle déjà présente. Tous ces facteurs peuvent jouer sur les processus d'attachement. La mise en place de premiers liens peut donc être mise à mal chez la mère comme chez le bébé.

Contrairement à une naissance à terme où l'accouchement ce serait bien déroulé, le cas de la prématurité vient compliquer le deuil à faire de l'enfant imaginaire. Il est parfois

question du pronostic vital qui peut être engagé et cette brutalité du contexte plonge les parents dans le deuil de l'enfant imaginaire mais parfois aussi de l'enfant tout court. Il peut alors y avoir de la part de la mère une certaine mise à distance affective, avec l'idée de ne pas s'attacher trop vite si la vie du nourrisson est encore en jeu. Or, l'attachement est nécessaire pour faire son deuil. Tout ce début de deuil a donc un effet traumatique sur l'investissement des parents de leur enfant et sur la relation qui s'établit entre eux. Ce trouble dans la mise en place de liens est majoré et perturbé par la séparation précoce que subissent le bébé et sa mère. Le bébé peut alors vivre cette séparation comme une absence de sa mère et à l'inverse la jeune mère se retrouve seule, vivant cette séparation comme un arrachement.

Dans de bonnes conditions les blessures peuvent être « réparées » avec la possibilité pour la mère d'avoir des nouvelles sur l'état de son bébé. Progressivement la maman peut se faire plus présente auprès de son enfant. Des rencontres avec lui et des temps intimes de peau à peau, de nourrissage sont possibles, si son état le permet. Les soignants proposent d'accompagner la mère dans un travail de maternage auprès de son bébé. La mère peut donc au fur et à mesure s'identifier à son bébé et donner des réponses adaptées à ses besoins, ce qui illustre un certain attachement de la part de la mère envers son bébé. C'est ce qui est, notamment, recherché et favorisé par les équipes de néonatalogie.

Par ailleurs, durant la grossesse et à la naissance les parents peuvent porter des craintes et des angoisses d'avoir un enfant anormal, malformé mais toutes ces peurs sont bien souvent refoulées. En effet, la réalité vient refouler tout ce qui était de l'ordre du fantasme. Or, quand cette réalité vient finalement confirmer le fantasme une fixation peut se faire autour du traumatisme, de l'angoisse avec une période périnatale qui s'en trouve alors fortement impactée. Dans cette notion d'interdépendance au sein de la dyade mère-bébé l'enfant peut venir dévaloriser la mère dans sa fonction. Qui plus est chez un bébé prématuré qui présente souvent moins de possibilités pour venir gratifier son parent.

Dans le cas d'une naissance prématurée, face à la culpabilité parentale et à la difficulté de compréhension des signaux du bébé, il y a une perte, une mise de côté de la dimension du plaisir dans la relation mère-bébé. Cette dimension fondamentale est alors à réintroduire au sein de la dyade et c'est un aspect que nous pouvons, en tant que psychomotriciens, être à même de travailler en périnatalité. Or, cette notion de plaisir est, notamment, à rattacher aux interactions précoces durant lesquelles la mère et le bébé peuvent

échanger dans des moments de plaisir partagé. Il y a donc ici tout un travail d'élaboration afin de proposer aux dyades des instants décalés du quotidien et des soins pour éprouver du plaisir à être dans l'échange avec leur bébé.

II. Après la naissance : les interactions précoces

1. De la théorie de l'attachement au système de *caregiving*

J. BOWLBY explique la théorie de l'attachement comme un équivalent au processus d'empreinte liant la mère à son bébé et réciproquement le bébé à sa mère. Le bébé serait donc programmé pour s'attacher à sa mère et inversement. La mère correspond à la figure d'attachement primaire du bébé et c'est cet attachement qui va aussi révéler l'amour maternel.

Suite à cela J. BOWLBY décrit finalement trois conséquences au processus d'attachement :

- l'attachement fonde le lien humain : c'est par cet étayage sur la reconnaissance du comportement humain que les liens apparaissent.
- l'attachement favorise l'autonomie : paradoxalement cette mesure d'attachement permet à l'enfant de se sentir sécurisé. Cet appui mutuel dans le lien mère-bébé permet de construire une base sécurisante de départ dans la vie à partir de laquelle le bébé va pouvoir intérioriser une mère permanente en lui (l'imgo maternelle).
- l'attachement est à la base des interactions précoces avec la notion de communication. Au départ l'attention, grâce à la perception, est extrêmement mobilisée chez le bébé pour interagir avec son environnement. Puis, les interactions deviennent progressivement plus complexes.

J. BOWLBY n'a pas mentionné un marqueur qui est désormais très travaillé, c'est l'imitation. Ce processus précoce commence très tôt chez les bébés, au départ c'est une répétition, imitation qui, petit à petit, est au service des interactions et s'en retrouve donc plus élaboré et riche.

La qualité de l'attachement vient donc décrire une certaine mise en place d'un lien, d'un attachement sécurisé ou non. C'est grâce à cette sécurité d'attachement que le parent peut alors intégrer et traiter les éléments qu'ils soient positifs comme négatifs dans la relation avec son enfant. Ainsi, de la qualité des stratégies d'attachement maternelles va dépendre la qualité des soins apportés au bébé, ce qui met en jeu le système de *caregiving*.

Le système de *caregiving* décrit la réciproque des comportements du système d'attachement de l'enfant, c'est-à-dire les comportements adaptatifs visant à protéger son

enfant. Le système de *caregiving* découlerait d'une sorte de transformation du système d'attachement mature ayant particulièrement lieu durant la grossesse, la naissance et la période périnatale. Dans ce système de *caregiving* il est alors question d'être dans une disponibilité suffisante pour répondre aux besoins de protection de son enfant. Le *caregiving* est un système pouvant être influencé, voire perturbé, notamment par les ressources psychologiques maternelles ; mais aussi par exemple par la survenue d'une naissance prématurée.

Le *caregiver*, autrement dit la mère, doit s'adapter à son enfant pour répondre à ses besoins physiologiques mais cette composante seule n'est pas suffisante pour veiller au bon développement du bébé. Il faut alors mêler cette notion de *caregiving* à la dimension relationnelle qui est également primordiale dans la structuration du tout petit. Or, bien souvent les mères peuvent dire que cette relation mère-bébé s'établit durant la grossesse et bien plus encore dès le premier échange de regard avec leur enfant.

2. Le regard de la mère : fonction de miroir

Lors des premiers mois de vie du bébé, le nourrisson et sa mère sont plongés dans un lien profond où un partage émotionnel s'effectue comme dans un va-et-vient perpétuel. Dans l'exemple du moment de tétée ou de biberon les deux protagonistes, mère et bébé, sont au plus près l'un de l'autre. Ce moment est caractéristique pour observer comment se tisse le lien mère-bébé avec des échanges de regards très riches et au contraire parfois des évitements d'un côté et/ou de l'autre.

G. HAAG parle de « l'interpénétration des regards », je trouve que cela illustre à juste titre ce dont nous parle D. W. WINNICOTT à travers le rôle de miroir de la mère. En effet, dans ces moments de « nourrissage » et dans d'autres moments d'interactions le bébé regarde le visage de sa mère, et dans ce visage maternel ce que le bébé découvre c'est lui-même. La mère exprime alors par son visage ce qu'elle voit, c'est-à-dire son enfant, elle lui renvoie donc une image de lui-même subjectivée par l'état émotionnel de l'un et de l'autre. L'enfant qui se voit dans les yeux de sa mère voit aussi les émotions de celle-ci, il peut alors faire la comparaison entre ses propres sensations et les émotions de sa mère. Ce phénomène de réflexion permet déjà une première identification du bébé à sa mère.

Tout à fait logiquement se pose alors aussi la question de ce que voit un enfant lorsque sa mère ne peut lui refléter que son propre état interne car trop aux prises avec ses propres angoisses et préoccupations. Pour compléter ce qu'explique D. W. WINNICOTT j'irai même jusqu'à retourner cette question dans le cas d'enfants prématurés ayant potentiellement des capacités globales et communicatives diminuées : que voit la mère à travers son enfant si petit, cet enfant particulier ? Ce rôle de miroir s'inscrit donc dans une réciprocité et une double direction. En effet, le regard est censé être un élément porteur de la relation, sa qualité a un impact certain sur la construction du narcissisme de l'enfant mais aussi, il me semble, sur la parentalité. Le regard serait donc un constituant actif du portage dans la relation mère-bébé : « Le regard mutuel forme la structure de cette relation »⁵.

3. Le holding

Le holding c'est porter un enfant physiquement mais aussi psychiquement, c'est prendre en compte tant ses besoins physiologiques que psychologiques. D'ailleurs D. W. WINNICOTT explique qu'à ce stade précoce « la physiologie et la psychologie ne sont pas encore distinctes, ou commencent seulement à le devenir »⁶. Le holding faisant partie intégrante des soins maternels, la place de l'environnement en devient centrale puisque c'est grâce à cet environnement (la mère) que le portage est rendu possible. Les apports de l'environnement visent donc la satisfaction des besoins du bébé mais pour que ceux-ci soient « fiables » ils doivent nécessairement avoir une part d'empathie maternelle. Par ailleurs, le holding qui correspond, entre autres, aux soins maternels du quotidien donnés à l'enfant parle aussi de la notion d'adaptation de ces soins, et donc de ce holding, selon l'évolution et les changements du bébé qu'ils soient physiques comme psychologiques. En fait, à travers le concept de holding il y a la notion de savoir-faire à la fois corporel et psychique mais aussi de savoir être : être soi-même et être avec l'autre. La finalité du holding est de permettre à l'enfant d'être et d'exister seul de manière sereine en comptant sur ses propres appuis corporels et psychiques.

L'accent peut parfois être mis sur l'importance de porter son bébé de manière concrète, c'est-à-dire de le porter physiquement. En effet, la base du holding c'est tenir

⁵ STERN D., *Journal d'un bébé*, p. 66

⁶ WINNICOTT D. W., *La théorie de la relation parent-nourrisson*, p. 371

physiquement son bébé : « ce qui est une forme d'amour »⁷. Cependant, le terme de holding désigne aussi le fait de porter attention à la manière de porter l'enfant au niveau qualitatif, avec ici l'idée d'un aspect plutôt de l'ordre du corporel et du psychique. Effectivement, D. W. WINNICOTT insiste sur ce point : le développement du bébé dépend de la qualité du holding. Si celui-ci n'est pas suffisamment bon alors l'enfant ne peut pas atteindre certains stades de développement, ou alors s'il les atteint, ils ne sont pas structurés de manière assez solide.

S. ROBERT OUVRAY parle de holding psychomoteur comme constituant du narcissisme primaire. Elle insiste sur plusieurs éléments indispensables à la constitution de ce « holding psychomoteur ». J'ai fait le choix de ne développer que le premier :

« L'enroulement est le mouvement fondamental à respecter »⁸. En effet l'enroulement est la posture naturelle chez le bébé, qu'il a déjà in-utéro. C'est à partir de cet enroulement que l'enfant peut venir prendre appui pour le redressement du tronc et la position debout. Lors du premier trimestre de vie cette position d'enroulement est à respecter. Aussi les postures en extension, sont à cet âge, témoins de tensions toniques et d'un mal-être chez le bébé. L'enroulement est donc « bon » à redonner, à retrouver dans ces moments de tensions avant de porter le bébé. L'intégration de cet enroulement physique permet d'accéder à la base d'un enroulement psychique primaire avec la possibilité pour le bébé de se centrer sur lui. Le relâchement qui est induit permet alors d'être plus disponible à la relation et à son environnement. Il est donc aussi question de la confiance : celle de l'enfant en sa mère mais aussi celle de la mère en son enfant. C'est cette confiance mutuelle qui permet de garantir une sécurité de base. En effet, dans la relation l'enroulement vient étayer l'ajustement mère-bébé. Et c'est cet ajustement maternel qui constitue un deuxième enroulement permettant une sorte de double enroulement sécurisant pour le bébé.

Dans ce concept de holding il faut aussi penser que certains facteurs peuvent influencer la manière de porter des parents. Il y a tout d'abord la propre façon dont ont été portés les parents en lien avec leurs expériences infantiles, mais aussi la culture et les croyances qui font partie intégrante de l'individu. Puis, il y a l'expérience de la grossesse

⁷ Ibid., p. 371

⁸ ROBERT-OUVRAY S., *Le holding psychomoteur*, p. 1.

ainsi que celle de la naissance, ces vécus peuvent selon leur déroulement être teintés de peurs, d'angoisses. Le bébé est donc porté différemment en fonction de tous ces facteurs, pour autant n'oublions pas que le bébé est aussi acteur. Ainsi, l'ajustement est permanent entre le bébé et sa mère (et selon les besoins de chacun).

Au travers de ma clinique je m'aperçois qu'il n'est pas chose facile de porter psychiquement notamment quand il s'agit d'un bébé qui n'a pas encore accès à la parole. Dans ce portage psychique il s'agit de pouvoir se mettre à la place de son bébé. Or, pour cela il y a notion d'être « suffisamment » solide et de supporter les émotions et affects de son bébé pour pouvoir s'identifier à lui et donner du sens à ce qu'il se passe en lui. S. ROBERT-OUVRAY traduit cela par le fait que « porter un enfant, c'est être son interprète »⁹.

Le holding est donc une notion qui demande de regarder le bébé, de l'accompagner par des émotions et des mots afin de favoriser un passage de l'état de contraction à un état de détente. Le portage passe aussi par une satisfaction des besoins primaires du bébé par la mère qui devient alors un contenant à la fois physique et psychique. Lors de ce « stade » le bébé intègre et structure son Moi, au début celui-ci est fragile mais il est solidifié et soutenu par les soins maternels. Par la suite, cela conduit le bébé à un état d'unité. Le holding, dans sa visée fondamentale, induit l'émergence et l'installation du sentiment de sécurité et de confiance ce qui permet le développement narcissique du petit d'homme et le guide ensuite jusqu'au monde extérieur.

« Le holding est lié à l'ajustement tonico-affectif entre les deux partenaires de l'interaction »¹⁰ ce qui vient mettre cette notion de holding en étroite corrélation avec celle du dialogue tonico-émotionnel. D.W. WINNICOTT va même jusqu'à dire que le centre de gravité du bébé ne se situe non pas dans son propre corps, mais entre lui et sa mère.

4. Le dialogue tonico-émotionnel

L'émotion est comme une représentation de notre état tonique. Le bébé n'a initialement pas la capacité de créer de telles représentations ni de comprendre ses propres

⁹ ROBERT-OUVRAY S., *Le holding psychomoteur*, p. 3.

¹⁰ Ibid., p. 4.

réactions. Les émotions n'existent chez le bébé que parce que son entourage va nommer ses états toniques comme des émotions. Cela montre donc toute l'importance de la relation avec l'entourage et du dialogue tonique pour les bébés. « Il s'agit donc d'un concept central, véritable ancêtre épistémologique du concept d'interaction, et qui convoque le fonctionnement corporel et psychique des deux partenaires de l'interaction, ce qui s'avère, on le sent bien, résolument moderne »¹¹.

L'émotion est ce qui façonne l'être, si bien qu'il est difficile d'imaginer que le bébé en soit dépourvu. Pour l'adulte l'émotion est l'association entre un ressenti interne et l'objet externe qui provoque ce ressenti. Mais le tout petit, lui, ressent mais ne nomme pas, ne se perçoit pas étant, c'est pourquoi on peut dire que le nourrisson n'a pas réellement d'émotions. L'environnement désigne pour lui ses réactions corporelles par désir de voir en cet être quelqu'un avec une conscience propre. Il existe, comme l'avait remarqué A. BULLINGER, un pas entre l'expérience de l'état tonique et sa représentation mentale, qui ne peut être franchi qu'à la suite d'un processus d'expérimentation, de mise en sens et de représentation.

Le milieu humain est donc primordial. D'abord face aux manifestations du bébé, comme lors de pleurs, l'entourage intervient pour qu'il retrouve son calme intérieur et puisse explorer. Dans un second temps le parent étant connu il est donc un référentiel, le bébé peut s'appuyer sur lui pour expérimenter à nouveau. Enfin, l'intervention du parent a une fonction homéostatique via l'empathie qui engendre un partage des éprouvés et une adaptation tonique au bébé.

Pour expliquer la naissance des émotions chez le bébé J. DE AJURIAGUERRA utilise la notion de dialogue tonique. Tout un jeu s'établit entre les éprouvés du bébé et les réactions parentales en réponse à ceux-ci. Le parent s'ajuste à tout ce que vit le bébé de façon synchrone. Le parent est, en fait, un véritable miroir tonico-émotionnel pour le bébé. Il y a donc un accordage du parent au bébé qui peut être perçu comme une traduction mutuelle de l'état tonico-émotionnel de chaque protagoniste (la mère et son bébé).

Par ailleurs, il faut noter que l'ajustement est souvent accompagné de mots. Le fait de parler via l'ajustement tonique, est important s'il est accompagné de mots. En effet, la

¹¹ GOLSE B., « *Des sens au sens* » - *La place de la sensorialité dans le cours du développement*, p. 99

parole vient rendre présente la fonction tonique, repérer les modifications et y donner de l'importance. Les mots sont facilitateurs de cet ajustement et, plus tard, ils permettent à l'enfant de traduire, d'exprimer ses états toniques. La parole est aussi empreinte du vécu émotionnel de l'adulte, elle peut donc dans certains cas constituer comme une barrière dans le dialogue tonique. Comme lorsque la mère se retrouve dans l'impossibilité de verbaliser pour son bébé et qu'elle ne peut verbaliser que ses propres vécus à elle, ce qui peut mener à une certaine discordance entre les mots posés par la mère et les éprouvés du bébé. Finalement l'expression des émotions, absentes à la naissance, apparaissent lorsque la mère devient moins ajustée, plus éducative et le dialogue tonique moins intense. En fait, il s'agirait plutôt d'une sorte d'inversion des polarités entre communication non-verbale et verbale. Avec une modification du dialogue tonique qui prendrait une place moins importante substituée par la communication verbale désormais plus efficiente.

Le dialogue tonico-émotionnel est essentiel dans la représentation, notamment, de soi et des émotions. Ce dialogue exige alors beaucoup de la part des deux protagonistes en relation. D'une part, l'adulte doit être disponible à la fois physiquement et psychologiquement, et d'autre part, l'enfant doit être capable, notamment selon son bagage biologique, d'utiliser le miroir proposé par l'adulte. De plus, cette relation doit durer assez longtemps pour que ce dialogue puisse se mettre en place. Le dialogue tonico-émotionnel se retrouve à tous les moments de la vie et s'inscrit dans une certaine rythmicité. Cette rythmicité dans le dialogue tonico-émotionnel vient témoigner de la qualité de l'accordage mutuel mère-bébé.

5. Entre microrhythmes et macrorhythmes

Le bébé in-utéro vit dans une continuité de nourrissage grâce au cordon ombilical qui le relie à sa mère mais aussi une continuité dans le contact sensoriel avec la paroi utérine. Cette continuité, le nourrisson la perd lors de sa naissance. Il vit alors un véritable changement rythmique désormais composé de multiples discontinuités dans l'alimentation, les flux sensoriels et la présence de l'adulte. La structuration du bébé, notamment par le biais de son lien avec sa mère, aurait donc pour but de venir retrouver cette continuité. D'abord corporellement grâce aux soins maternels apportés, puis à un niveau psychique.

La qualité de l'accordage affectif est particulièrement sensible aux rythmes : D. MARCELLI propose deux référents temporels que sont les macrorhythmes et les microrhythmes :

- D'une part les macrorhythmes : ils correspondent à l'aspect circulaire du temps. C'est ce temps qui se reproduit de manière répétitive de jour en jour avec le cycle jour/nuit, mais aussi avec l'alternance des états de tension/états d'apaisement, ... Les macrorhythmes reposent donc sur la régularité et la répétition des soins apportés au bébé. En fait D. MARCELLI décrit la qualité de soins suffisamment bons comme reposants sur le caractère régulier, répétitif et donc prévisible des soins maternels. C'est cette régularité qui permet progressivement à l'enfant de percevoir son environnement comme structurant et sécurisant. La répétition des conduites par son entourage donne lieu à une mise en sens de ces conduites. Ce sens peut ensuite être partagé progressivement du parent au bébé. En effet, les soins que le bébé anticipe, qu'il attend, finissent par arriver. Ces conduites sont confirmées par la réalité des soins qu'il reçoit, cela vient donc renforcer le bébé dans son anticipation et sa construction psychique permettant alors l'élaboration de « proto-pensées ».

- D'autre part les microrhythmes : ils sont définis par l'aspect linéaire du temps. Les microrhythmes s'observent donc durant les interactions dites ludiques entre la mère et son bébé. C'est un temps qui se décrit par une succession comprenant un début, un déroulement et une fin avec cette fois l'idée que ce qui est passé ne reviendra jamais. Ces jeux obéissent à une construction en thèmes et variations ce qui signifie que le jeu suit toujours un enchaînement identique :
 - La première étape correspond au temps d'engagement où la mère et le bébé se reconnaissent.
 - La deuxième étape constitue le temps d'installation du jeu où se crée une sorte de règle qui permet d'apprendre la nature du jeu pour que le bébé le comprenne.
 - Lors de la troisième étape des variations s'ajoutent à cette « ligne de conduite ». Ce sont des variations d'intensité, de vitesse, ... Ces variations ont pour but de maintenir l'intérêt du bébé en éveil.
 - Dans la quatrième étape le jeu se termine par une surprise considérée comme une violation de la règle par la mère. Ce moment de surprise met fin au jeu et à l'excitation mais de manière tranquille grâce à la présence de plaisir partagé.

Les macrorhythmes font parties du registre du besoin, la répétition permet alors de construire sécurité et stabilité mais aussi de pouvoir identifier son monde environnant en sollicitant les capacités de mémorisation du bébé. Les interactions appartenant aux microrhythmes font parties du registre pulsionnel, il s'agit de prendre du plaisir ensemble, à être en relation. Les variations présentes lors des microrhythmes permettent d'investir l'inattendu en donnant sens à l'attente excitante et fondant les capacités d'attention.

Les macrorhythmes et microrhythmes sont deux notions qui fondent le temps dans lequel va s'installer le bébé. Le rythme s'inscrit donc dans un équilibre entre ces deux dimensions temporelles, entre répétition et régularisation d'une part mais aussi rupture d'autre part. Sans oublier les moments d'incertitudes, d'attentes et de fluctuations qui font parties intégrantes de stimulateurs importants de la pensée. Les relations mère-bébé reprennent ces deux notions rythmiques qui sont fondamentales dans la construction identitaire de l'enfant.

6. La capacité d'être seul

La capacité d'être seul est un processus élaboré qui signe une certaine maturité du développement affectif chez le jeune enfant. Cette capacité repose sur l'expérience fondamentale d'être seul en présence de la mère (ou du substitut maternel) qui permet, par la suite, le développement de la capacité d'être seul. La condition étant que l'expérience vécue en présence d'autrui soit suffisante. Cette notion met donc en exergue un paradoxe, celui d'être seul mais en présence de quelqu'un d'autre. D. W. WINNICOTT parle de « relation au moi » pour qualifier la relation qui existe à ce moment entre la mère et son enfant. En fait, le nourrisson est seul, peut-être même que la mère aussi est seule, cependant la présence de l'autre importe à chacun des deux individus comme dans une sorte de solitude partagée et plaisante.

Pour permettre le bon développement de cette capacité, il est nécessaire que les bons objets, les bonnes relations aient été intériorisées dans le psychisme de l'enfant. Cette intériorisation lui permet une existence suffisamment établie des bons objets et donc une confiance suffisante pour pouvoir être seul en l'absence physique des objets. Toute cette

confiance vient s'appuyer et se construire en lien avec un environnement et des soins maternels suffisamment bons (good enough) comme le dit D. W. WINNICOTT.

M. KLEIN parle d'un stade primitif avec la nécessité d'avoir un moi mature et donc une unité constituée afin d'avoir accès à cette capacité d'être seul. En effet, les bons objets sont internes, ils font donc partie du monde personnel de l'enfant. Dans la capacité à être seul il est question d'une « mère-support » intériorisée. Le bébé n'a donc plus besoin d'avoir recourt à sa mère comme lors des premiers temps où le moi était encore immature.

Ainsi l'environnement constitue le support du moi, il permet l'édification de la capacité à être vraiment seul. Or, être seul en présence de quelqu'un permet de découvrir sa vie personnelle, l'enfant peut donc renoncer à la présence de sa mère ce qui signifie qu'il se construit un « environnement interne ». Il est donc ici question des prémices de la vie psychique du bébé qui s'élaborent. Cette notion de capacité à être seul serait donc à mettre en lien avec la capacité du bébé à penser, mais aussi avec celle de la mère. En effet, si le bébé peut construire cet objet interne de la mère c'est parce que la mère elle-même peut penser et garder son enfant présent dans son psychisme lorsqu'elle le laisse seul et se retrouve également seule, c'est-à-dire sans son enfant.

PARTIE CLINIQUE : Présentation du cas d'Emma et de sa maman.

I. Présentation de mon lieu de stage : l'UPPP

L'UPPP : Unité de Psychopathologie Périnatale est un service de pédopsychiatrie, par conséquent c'est le bébé qui est l'objet de soin ; même si l'on sait qu'on ne peut soigner un bébé seul sans traiter avec son environnement. L'objectif premier de cette unité est de prendre en charge sur le plan thérapeutique des bébés présentant, au cours de leur première année de vie, des dysfonctionnements en termes de développement relationnel, psychomoteur, de sommeil, d'alimentation et plus généralement des troubles à expression comportementale, somatique et/ou relationnelle pour lesquelles une dimension étiologique psychique prévalente est suspectée.

Les mères sont présentes au titre d'« accompagnante » et non de « patiente » cependant des consultations psychologiques ainsi que des ateliers pour les mères sont organisés. Bien souvent la relation mère-bébé est perturbée voire pathologique, une aide leur est donc apportée pour organiser leur maternité. Une attention particulière est donnée à l'ensemble de la dyade mère-bébé, avec l'idée de soutenir la mise en place de liens et de moments d'interactions.

L'unité comprend quatre lits d'hospitalisation temps plein séquentielle (du lundi après-midi au mercredi matin puis du jeudi après-midi au vendredi après-midi) et cinq places d'HDJ (hospitalisation de jour) qui peuvent aller, selon l'indication médicale, d'une à trois journées passées dans l'unité par semaine.

L'équipe est composée de : trois pédopsychiatres, une cadre de santé, des infirmières de secteur psychiatrique, des infirmières puéricultrices, une auxiliaire puéricultrice, une sage-femme, une psychologue, deux psychomotriciennes, une assistante sociale ainsi qu'une secrétaire.

II. Emma et sa maman : Histoire et éléments d'anamnèse

1. Contexte familial

Au moment où je rencontre Emma, elle est âgée de 8 ½ mois en AR (âge réel) et 6 mois et 3 semaines en AC (âgé corrigé), elle est la deuxième enfant du couple. Les parents d'Emma ont une fille aînée, Nina, elle est âgée de 5 ans. Mr a un emploi qui l'oblige à être souvent en déplacement, il arrive donc qu'il soit absent la nuit. Mme à 30 ans, elle est agent d'entretien, elle est actuellement en congé parental et ne souhaite pas reprendre tout de suite le travail. Selon les dires de la maman, Emma est assez proche de son papa, lorsqu'il est présent le soir cela semble tranquilliser Emma et sa mère.

Il faut par ailleurs savoir que peu de temps après l'arrivée d'Emma et de sa maman dans l'unité de psychopathologie périnatale une IP (Information Préoccupante) a été réalisée suite au fait que Mme avait rapporté avoir secouée son bébé plusieurs fois. Emma n'a présenté aucune lésion consécutive à cet épisode. Les interventions effectuées à domicile par des partenaires (notamment la TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familiale) ont été intensifiées afin d'être plus présent auprès de cette dyade en difficulté.

2. Quelques éléments maternels

Mme a été suivie dans son enfance en pédopsychiatrie au sein d'un CMP (Centre Médico-Psychologique). Plusieurs membres de sa famille sont atteints d'une pathologie psychiatrique sévère et sont pris en charge en CMP pour adultes.

A l'heure actuelle un premier contact a eu lieu avec un CMP, pour une prise en charge psychologique de la mère d'Emma. Cependant aucun diagnostic n'a été posé sur les troubles maternels présents. Il a souvent été évoqué au sein de l'unité, par le pédopsychiatre, l'hypothèse d'une psychose blanche. La « psychose blanche » traduirait l'idée d'une psychose sans symptômes, c'est-à-dire sans signes délirants ou hallucinatoires notamment. La psychose blanche ferait référence à une sorte de paralysie de la pensée avec la notion de « vide ». Quoi qu'il en soit du côté d'un diagnostic maternel, Mme montre souvent un

discours clivant, ce qui peut rendre son discours confus où elle fait coexister des éléments contradictoires.

3. Quand la prématurité s'invite à la naissance

Concernant l'histoire d'Emma, elle est née par césarienne à 33 semaines d'aménorrhée suite à une pré-éclampsie (autrement appelée toxémie gravidique). La pré-éclampsie associe une hypertension artérielle de la maman, une protéinurie ainsi qu'un syndrome œdémateux et une importante prise de poids. L'évolution de la toxémie peut être marquée par des complications qui peuvent alors mettre en jeu le pronostic vital fœtal et maternel. Il peut être décidé de déclencher l'accouchement, la toxémie constitue donc un facteur possible de prématurité.

Emma naît donc avec sept semaines d'avance, elle est ensuite mutée au service de néonatalogie où elle restera pendant un mois. Cette naissance prématurée a été difficile à accepter par la maman qui ne réalisait pas que sa fille était née. Il est plausible d'imaginer que la rêverie maternelle de cette mère ait été subitement stoppée par le déclenchement de son accouchement. Or, on sait à quel point les trois derniers mois de grossesse sont importants pour la maturation du bébé mais aussi pour la maturation des représentations et images psychiques parentales que se font les parents de leur futur bébé à venir.

Emma fait son entrée en service de néonatalogie pour naissance prématurée ainsi que RCIU (Retard de Croissance Intra-Utérin) avec un poids de naissance de 1550g. Elle sera mise en couveuse pendant 18 jours. Durant son séjour en néonatalogie Emma est alimentée par sonde nasogastrique pendant 14 jours mais rapidement elle prend des biberons de lait maternel qu'elle peut réclamer. Emma montre de bonnes capacités de succion, elle sera donc également mise au sein 13 jours après son arrivée.

Par ailleurs, une échographie anténatale a révélé un rein unique chez Emma, pour être plus précise une agénésie du rein gauche. Des inquiétudes parentales ont donc sûrement été portées par les futurs parents déjà lors de la grossesse avec l'image d'un enfant à venir à qui il manque un rein.

Mme est venue voir sa fille en néonatalogie 24 heures après son accouchement. Il est donc ici question d'une séparation précoce bien souvent difficile à supporter pour la jeune mère. Un premier peau à peau est proposé à la maman deux jours après la naissance, mais celui-ci fut furtif car il est décrit un malaise de Mme. En effet, cela est par la suite récurrent avec une maman qui fait régulièrement des malaises quand elle vient voir sa fille et notamment lors des moments de peau à peau.

On peut alors imaginer ce que cette venue dans le service peut provoquer chez cette maman, et plus particulièrement ce contact direct et intime avec sa fille, bébé immature, qu'elle n'a pu garder plus longtemps dans son ventre. Ce début d'histoire d'Emma et de sa maman m'évoque aussi à un niveau plus théorique ce qui peut venir se jouer pour les mamans dont le bébé est né prématurément. Avec ce sentiment de culpabilité souvent partagé par ces mamans de ne pas avoir pu protéger jusqu'au bout leur enfant. Pourtant, selon moi, cette pensée doit se faire dans un double mouvement avec aussi l'idée difficile d'accepter ce bébé qui est arrivé bien trop tôt pour les parents et pour lui-même car immature. De plus, il me semble important de pouvoir ajouter l'impuissance qui peut être ressentie par les jeunes parents et notamment la mère. Effectivement, celle-ci ne peut s'occuper de son enfant comme elle l'aurait fait s'il était né à terme. Son rôle nouveau de mère ne peut donc pas être valorisé du côté des soins maternels puisque ceci restent restreints. La maman se retrouve alors dans un contact de peau contre peau avec ce/son petit bébé si fragile et fort à la fois, ainsi qu'avec sûrement de nouvelles sensations corporelles encore inconnues ou différentes menant aussi à des pensées qui voguent.

Aussi, pour conclure à ce sujet il me semble qu'il est souvent plus difficile d'accueillir un enfant qui vient au monde trop tôt. Les neuf mois de grossesse sont donc, sans doute, autant nécessaires à la psyché parentale qu'au développement du nourrisson. La fragilité du bébé prématuré peut faire peur aux parents. Les sentiments de culpabilité et d'impuissance dans lesquels se trouve la mère peuvent parfois même la mener jusqu'à ne pas pouvoir proposer par la suite des holdings « suffisamment bons ».

III. Indication, projet de soin et dispositif

1. L'indication pour l'UPPP

Pendant le mois en néonatalogie la maman d'Emma a rencontré à plusieurs reprises la psychiatre de liaison, notamment pour une importante anxiété ainsi que des insomnies. Mme exprime par ailleurs son inquiétude quant à une sortie éventuelle de sa fille en fin de semaine, elle est préoccupée par l'état de santé de sa fille, sa « prématurée », elle a peur qu'elle soit malade. Mme ne réalise pas que sa fille est née, elle a du mal à accepter la naissance prématurée. La pédopsychiatre propose donc un relai avec l'UPPP (l'Unité de Psychopathologie Périnatale) présente dans la même structure, proposition que Mme accepte. L'indication est donc portée par le service de néonatalogie dans un contexte de naissance prématurée et d'une « étrangeté maternelle ». Un lien avec la PMI (Protection Maternelle et Infantile) est également fait afin de mettre en place une TISF (Technicien d'Intervention Sociale et Familiale).

2. Cadre et dispositif de l'accompagnement

Emma et sa maman entrent donc à l'unité fin mars, c'est-à-dire trois semaines après la sortie d'Emma du service de néonatalogie, elle est alors âgée de 7 semaines en AR (soit l'âge à laquelle Emma aurait dû naître à terme). Leur admission est dans un premier temps réalisée en séquentiel afin de soutenir au mieux Mme et sa fille. A partir de mi-juillet l'hospitalisation à temps plein est changée en hospitalisation de jour à raison de deux jours par semaine. Emma est vue en psychomotricité une fois par semaine en salle de psychomotricité et c'est à partir de septembre qu'une indication de balnéothérapie est faite. Emma et sa mère sont donc vues tous les mardis en balnéothérapie avec la psychomotricienne, l'heure de la séance varie selon le rythme de sommeil et d'alimentation d'Emma qui a alors 7 mois en AR (5 mois et 1 semaine en AC).

3. L'indication et le projet de soins pour la balnéothérapie

Le projet de soins pour cette dyade a été fluctuant et remanié durant leur séjour. En effet c'est une dyade mère-bébé qui est restée particulièrement longtemps dans l'unité (en

comparaison aux autres dyades reçues). Il a donc fallu au fil de l'âge d'Emma et de l'évolution de la dyade adapter l'indication et le projet de soins. La balnéothérapie a été faite sur prescription du pédopsychiatre, étayé par l'équipe soignante. Le projet de soins vise l'idée de soutenir l'« être ensemble » de cette dyade pour qui les interactions précoces sont difficiles à mettre en place avec des échanges entre Emma et sa maman très pauvres.

Par ailleurs, Emma présente peu d'entrain et peu d'appétence lors des temps d'éveil. Le retard de développement psychomoteur présent chez Emma vient donc aussi pointer la notion dans le projet de soins de faciliter la motricité d'Emma grâce aux propriétés de l'eau. Il s'agirait donc aussi d'offrir à Emma un espace pour pouvoir réaliser des expériences motrices. Il y avait aussi la volonté d'aider Emma grâce à la psychomotricienne présente dans l'eau qui pouvait, à certains moments, prendre le relai et soutenir la maman dans le lien à sa fille. Ce dispositif comprend donc aussi le fait de permettre à Mme de faire quelques expériences dans l'eau quand elle en a le besoin tout en pouvant revenir, par la suite, plus disponible à sa fille. A travers ce dispositif il y a l'idée de faire partager à Mme et à Emma un moment agréable hors de leur quotidien pour tenter de favoriser leurs interactions en passant par différents canaux de communication. En effet, le quotidien vient souvent témoigner des difficultés de la dyade avec toute la notion des troubles chez le bébé et sa mère qui sont mis en avant. Ici, pour Emma et sa maman, il s'agit plus de « mettre de côté » cet aspect symptomatique et chercher à être dans l'échange et dans le plaisir que cet échange induit.

4. Ma position de stagiaire

D'abord pour se repérer il est important de préciser que le bassin où était réalisée la balnéothérapie avec Emma et sa maman se trouvait au sein même de la structure d'accueil.

Ma position de stagiaire s'est faite d'emblée dans l'observation durant le temps dans l'eau, et actrice pendant les moments de transition. Pour être plus précise j'ai la fonction de « relai » auprès de la maman en arrivant dans le « sas d'entrée » de la balnéo où tout le monde doit enlever ses chaussures. La maman et la psychomotricienne vont se changer et pendant ce temps, Emma dans les bras, je lui refais découvrir le bassin qu'elle regarde attentivement. Ensuite je m'occupe de déshabiller Emma et de lui mettre sa couche pour la piscine. Ce temps est également renouvelé après la sortie de l'eau où je sèche Emma puis la

rhabille, et enfin nous disons au revoir au bassin et retrouvons sa maman et la psychomotricienne.

Ce rôle de tiers, de transition permet d'offrir à Emma un temps où elle peut reconnaître le bassin, l'eau, peut-être même anticiper les sensations qu'elle va retrouver en balnéothérapie. Quant à sa maman nous lui donnons un espace de séparation où elle a ce temps seule pour penser à sa fille et au moment qu'elle s'apprête à partager avec elle dans l'eau. Ce temps constitue aussi un temps pour soi, un temps où Emma et sa maman sont « prises en charge » par une thérapeute.

C'est un dispositif que j'ai aussi trouvé très riche pour moi avec des moments où j'étais véritablement engagée corporellement auprès de ce bébé avec qui j'étais directement en relation dans un contact corporel mutuel et dans des soins de maternage. Tandis que pendant la balnéothérapie, où j'étais au bord de l'eau, je restais très engagée mais avec l'impression d'être plutôt dans une observation active. Avec ici l'idée que mon regard était porté sur ces trois protagonistes et qu'elles étaient donc elles aussi sous mon regard. J'ai trouvé intéressant qu'Emma puisse alors venir me trouver du regard parfois, ce qui était de même pour Mme mais avec un aspect plus inquiétant pour elle, alors que mon regard paraissait plutôt soutenant pour Emma. La psychomotricienne aussi pouvait venir me chercher pour partager ses mots et appuyer le dialogue en cours avec la mère d'Emma. Ces deux postures m'ont donc amené différentes visions de cette dyade ce qui était très enrichissant dans notre travail avec la psychomotricienne, mais aussi pour mon travail de réflexion qui me plaçait sous différents angles d'approche.

IV. Observations

Dans un premier temps il me semble important de donner quelques informations sur le développement psychomoteur d'Emma qui ne seront pas données par la suite et qui permettent d'avoir une représentation plus globale de cette petite fille. Petit rappel de l'âge d'Emma qui a 8 ½ mois en AR (6 mois et 3 semaines en AC) lors de mon arrivée. Sur le plan posturo-moteur Emma ne réalise encore aucun changement de postures, un début de recherche d'enroulement sur le côté semble apparaître. Emma montre une motricité spontanée pauvre avec peu de mobilisations de ses membres qui sont souvent étendus le long de son corps. Emma a une préhension encore peu précise, elle cherche à attraper l'objet qu'elle met ensuite à la bouche.

1. Le tonus

Quand je la rencontre Emma est un bébé qui montre un tonus assez bas associé à une attitude passive. C'est-à-dire qu'elle présente très peu d'entrain et de plaisir à se mouvoir et à changer de posture. Emma m'apparaît donc comme une petite fille très peu mobile avec des gestes spontanés des membres rares, ce qui me laisse l'impression d'un bébé qui serait figé dans son corps.

Mme, la mère d'Emma, semble avoir un tonus assez haut et dans l'eau son état tonique élevé me paraît être davantage révélé. En effet, l'eau est un élément où elle ne se sent pas très à l'aise au début. Du coup, son niveau tonique est comme accentué et traduit effectivement une hypertonicité dans le haut du corps et une importante réactivité face aux mouvements de l'eau : éclaboussures, vagues, ...

Le portage semble révéler un désaccordage tonique tant du côté de la maman que du côté du bébé. L'ajustement apparaît disharmonieux avec une maman ayant un tonus haut et peu fluctuant, dans une régulation tonique peu modulée. Quant à Emma elle se laisse porter avec un fonctionnement assez similaire à sa maman. Son tonus montre très peu de modulations, au contraire une certaine constante s'installe, comme révélant une régulation tonique sans possibilités d'amplitude. Cette dyade me laisse l'image d'un bébé au tonus bas qui se laisse couler des bras de sa mère, avec une maman au tonus haut, qui elle, tente

d'attraper quelque chose d'insaisissable (sa fille). La similitude entre Emma et sa maman se ferait donc au niveau d'une difficulté de la régulation tonique et un tonus qui s'inscrit dans un répertoire très restreint voire figé, sans adaptations toniques possibles aux situations différentes.

Par contre au niveau qualitatif Emma et sa maman se montre à l'opposé. Comme je l'ai évoqué précédemment Emma est dans une sorte de passivité et d'hypotonie accentuée lorsqu'elle est portée par sa mère. Quant à Mme le portage de sa fille vient également accentuer son attitude tonique mais du côté d'une hypertonie. Cette raideur est accompagnée par des gestes brusques, peu rassurants et qui me semblent difficiles à anticiper. Pour autant, Emma ne semble pas surprise lorsque sa mère la « saisit » pour la prendre. Peut-être s'est-elle habituée à ce fonctionnement, qui serait finalement devenu aussi leur fonctionnement à toutes les deux ?

2. D'un visage à l'autre et l'intermédiaire du regard

En rencontrant cette dyade ce qui me « saute aux yeux » c'est le peu d'échanges visuels entre Emma et sa mère. Il y a ici quelque chose d'assez particulier avec comme un système de croisement : je qualifierai cela comme « toujours l'un sans l'autre ». En fait, Emma regarde sa mère ainsi que Mme regarde sa fille, mais jamais ensemble. Il y a quelque chose du partage visuel qui ne se fait pas, ou ne peut pas se faire. Quand Mme vient solliciter du regard sa fille celle-ci ne répond pas ou alors lorsqu'elle rencontre visuellement sa mère il y a un détournement qui se fait des deux côtés. Quand l'une regarde, l'autre se détourne dans une sorte de conduite d'évitement visuel voire relationnel. Il n'est pas rare que lorsqu'Emma « attrape » sa mère du regard, cette dernière ne montre aucune réaction. La réciproque est également observable avec une petite fille qui semble parfois laisser sa mère attendre un regard sans jamais ne le lui donner. Cette maman avec son bébé me donne parfois l'impression de se savoir être regardées et de justement ne pas se retourner. A plusieurs reprises elles m'ont plongé dans un profond malaise témoignant, entre autres, de la détresse présente chez cette dyade. Dans ces moments de tentatives d'interactions visuelles j'ai pu me sentir très empathique pour Emma comme pour sa maman. Elles semblaient être dans une certaine attente de l'autre, mais pour une grande majorité de ces occasions Emma et sa maman étaient en décalage et ne pouvaient pas accéder à une véritable rencontre et donc à un partage visuel.

La maman d'Emma a un visage assez figé avec des expressions ténues. En fait, je remarque qu'il est difficile pour moi de lire les émotions que peut ressentir cette maman. A mon arrivée Mme me marque beaucoup par ses rires fréquents qui ponctuent les discussions. Ses rires sont souvent peu adaptés à la situation, ils m'apparaissent comme défensifs. Mme montre également des sourires « d'apparence » qui me paraissent peu appropriés à son attitude qui me donne plutôt l'impression qu'elle est gênée. A l'image de son tonus la mère d'Emma semble bloquée dans ses expressions mais bien plus encore au niveau de ses émotions, qu'elle ne semble pas toujours pouvoir identifier. Je trouve que son visage est très représentatif de son mécanisme psychique avec l'idée qu'à l'instant présent quelque chose semble être compris, saisi et perceptible par cette maman et qui, pourtant après, ne paraît aucunement faire trace. Son visage peut donc s'animer à travers des mimiques très plaquées et répétitives sans spontanéité, comme quelque chose d'inapproprié et de décalé. Cependant, comme je l'ai dit il se joue une réaction et des manifestations faciales qui ne semblent être que de passage, ne s'inscrivant pas corporellement et psychiquement.

Cet aspect figé se retrouve chez Emma qui pourtant, au premier abord, m'était apparue comme un bébé avenant et souriant. En effet Emma est tout sourire mais en fait c'est un bébé qui n'est quasiment « que sourire ». Elle a toujours le sourire aux lèvres et peu importe la personne présente ; que ce soit sa maman, les soignantes de l'unité ou un étranger Emma reste dans ce sourire « plaqué ». D'ailleurs lorsque j'ai rencontré Emma elle avait 8 ½ mois en AR et durant tout son suivi je n'ai jamais remarqué une quelconque peur de l'étranger. C'est un élément qui avait aussi été relevé par l'équipe soignante. Au contraire, Emma se montre toujours très familière et adaptable. Son visage montre un registre d'expressions peu variées. Il semble difficile pour Emma d'exprimer son désaccord ou son mécontentement, à l'inverse Emma sourit beaucoup mais elle ne montre quasiment pas de moments d'excitabilité intense, d'éclats de rire ou de joie.

En lien avec le rôle de miroir de la mère, peut-être qu'Emma ne peut pas accéder à toutes ces manifestations et expressions faciales car elle ne les retrouve pas sur le visage de sa maman et qu'elle ne peut donc pas les associer à ses propres ressentis internes. Or, je crois aussi que la place du visage et du regard dans la mise en sens d'éprouvés doit être associée à une mise en sens verbale et à l'accompagnement vocal maternel. En effet, D. STERN parle

de la mélodie de la voix comme du premier élément de l'enveloppe qui vient recouvrir et contenir le bébé.

3. Autour de la sphère orale

Pour ce qui est de la voix j'observe une maman qui se montre peu dans la verbalisation avec sa fille ce qui, d'ailleurs, se retrouve aussi du côté d'Emma puisque celle-ci émet encore très peu de vocalises quand je la rencontre. Les échanges vocaux se font dans une certaine discontinuité avec une sollicitation de l'une ou de l'autre et souvent pas de réponse de l'interlocuteur, comme pour les échanges visuels. Emma est un bébé qui semble très peu réceptive à la voix de sa mère, voire parfois évitante. Je parle d'évitement car je note qu'à presque chaque interpellation de Mme vers sa fille, en appelant : « Emma », celle-ci n'a pas de réactions, elle ne se retourne pas pour regarder sa mère et continue ce qu'elle fait. Dans ces moments Emma me donne parfois l'impression d'être pour ainsi dire « indifférente » à la voix de sa maman. Je me demande si Emma se reconnaît bien à l'appel de son prénom, capacité qui est « normalement » efficiente aux alentours de 6 mois. Emma ignore-t-elle sa maman « volontairement » comme dans une conduite d'évitement ?

La maman d'Emma discute plus avec nous qu'avec sa fille, elle semble être plus à l'aise pour parler à des adultes qu'à son bébé. C'est un élément que nous avons pu relever avec la psychomotricienne et transmettre par la suite à Mme. En effet, ça n'est pas toujours spontané et naturel de parler à son bébé mais, pour autant, cela a un réel intérêt pour le lien mère-bébé qui se construit. Mme a pu alors s'exprimer sur le fait qu'elle n'arrive pas à parler à sa fille, qu'elle pense qu'Emma ne comprend pas ce qu'elle lui dit parce que c'est un bébé. Je pense alors à l'impact que peut avoir le manque de communication verbale sur la relation mère-bébé. En lien avec la phrase suivante de S. ROBERT-OUVRAY : « ce n'est pas évident de porter psychiquement quelqu'un et encore moins un bébé qui ne parle pas »¹² j'imagine combien il peut être difficile d'être dans un holding psychique avec son bébé quand l'accompagnement vocal des deux partenaires de la relation n'est pas présent.

Il me semble alors que ce qui est difficile pour cette maman n'est pas seulement la mise en mots mais aussi tout ce qui est de l'ordre de la prosodie de la voix maternelle. Ce

¹² ROBERT-OUVRAY S., *Le holding psychomoteur*, p. 3

fameux « baby talk » ne vient pas forcément poser des mots mais plutôt porter la dyade dans un plaisir d'échanger vocalement. C'est la musicalité de la voix de la maman qui est importante, elle comporte toute une part d'affectivité. Cette sonorité si différente qu'utilisent les mamans éveille l'attention des bébés qui sont, apparemment, plus sensibles à cette tonalité de la voix. La maman d'Emma montre bien comme il n'est pas possible pour elle d'être dans ce « baby talk » et de converser avec sa fille seulement pour le plaisir. L'aspect concret et réaliste n'arrive pas à être dépassé tant qu'Emma ne peut pas encore émettre de sons et « répondre » à sa maman. Cependant, au fil de l'évolution de la prise en charge en balnéothérapie Mme a aussi pu nous dire qu'Emma avait grandi et que c'était désormais plus facile pour elle de s'adresser à sa fille. D'autant plus que celle-ci peut commencer à faire des sons. Le dialogue ne lui semble donc plus être qu'à sens unique.

A notre rencontre Emma ne roucoule pas et vocalise très peu, elle est cependant très « occupée » avec sa bouche. Effectivement, la zone orale est bien active avec beaucoup de mises en bouche, d'ailleurs sa conduite aux objets est assez restreinte et tout passe encore par la bouche. Emma peut même donner l'impression que sa bouche est « encore » une main. Comme lors d'une séance où elle met une balle qu'elle garde en bouche et continue à attraper d'autres balles avec ses deux mains. Cette image d'Emma m'interpelle quant au rôle d'espace de transition que peut avoir la zone orale. G. HAAG parle de l'espace oral comme d'une jonction entre les deux hémicorps permettant le passage et le lien entre le côté gauche et le côté droit. Peut-être à travers cette activité intense autour de la zone orale peut-on voir la découverte et le processus d'intégration des deux parties du corps d'Emma ? S. ROBERT-OUVRAY dit d'ailleurs qu'« un bébé a besoin de connaître les deux parties de son corps et d'éprouver sensoriellement et affectivement le passage d'un côté à l'autre »¹³.

Après plusieurs séances Emma délaisse un peu les objets et leur mise en bouche pour explorer oralement l'eau. Elle passe alors de nombreuses séances à expérimenter : à sortir sa langue, la mettre dans l'eau et goûter l'eau. Emma s'essaye même à boire l'eau et à mettre la bouche entière dans l'eau, elle « boit la tasse », avale de l'eau puis elle comprend qu'elle peut aussi maîtriser ce qui rentre et recracher l'eau ou fermer la bouche pour ne pas en avaler.

¹³ ROBERT-OUVRAY S., *Le holding psychomoteur*, p. 2

En parallèle, je vois progressivement émerger quelques babils ainsi que des syllabes comme « ba », « da ». Face aux réactions de la psychomotricienne et de sa maman qui la regardent avec plaisir et reprennent ses « ba » Emma semble éprouver du plaisir dans le fait de produire des sons mais aussi et surtout dans le plaisir provoqué par l'échange vocal entre elle et sa maman. Cet échange qui se fait donc dans un va-et-vient synchrone et dans quelque chose de partagé.

4. La discontinuité dans les rythmes

L'aspect rythmique est me semble-t-il aussi une notion permettant réellement de renseigner l'observateur sur le fonctionnement de la dyade mère-bébé. Dans le cas d'Emma et sa maman un « dysfonctionnement » est véritablement notable avec des difficultés d'adaptation tant du côté des macrorhythmes que des microrhythmes, pour reprendre les termes de D. MARCELLI. D'ailleurs, à travers mes observations sur le tonus, le regard et la voix je pense avoir commencé à illustrer la difficulté pour cette dyade de s'inscrire dans une certaine rythmicité.

a) Les macrorhythmes

Mes éléments d'observations quant aux macrorhythmes se basent sur les temps hors psychomotricité où j'ai pu être présente mais aussi sur ce qui pouvait être discuté en équipe aux relèves ou synthèses ; et bien entendu lors de nos échanges avec la maman d'Emma pendant nos temps de séances de psychomotricité.

Conjuguer le rythme de Mme et de sa fille est un exercice qui est difficile pour la mère d'Emma, en effet rapidement ses besoins paraissent venir se confronter à ceux d'Emma. Il est compliqué pour Mme de penser ses besoins et ceux de sa fille à la fois, il arrive alors souvent que Mme n'arrive pas à prévoir quand il sera l'heure de manger pour Emma. Par conséquent, Emma a parfois faim quand sa maman est elle-même en train de manger ce qui peut venir agacer Mme et la désorienter dans son organisation. Mme reste perplexe. Grâce à l'aide des soignantes elle finit par nourrir Emma mais du coup cela se fait avec une certaine contrariété et irritation de la part de Mme envers sa fille.

Du côté d'Emma c'est un bébé qui est plutôt adaptable et elle ne pleure pas beaucoup. Elle commence à réclamer de façon plus manifeste que lorsqu'elle était plus petite, et souvent de manière assez tranquille. Emma émet de petits sons comme des grognements, elle montre aussi une certaine avidité de la zone orale en suçant, mettant beaucoup en bouche et en rejetant sa tétine. Ce qui me marque c'est surtout sa grande capacité d'attente et lorsque c'est trop long il est rare qu'Emma aille du côté des pleurs ou alors ce sont des pleurs très intenses qui me font davantage penser à des pleurs de colère. En observant Emma et sa maman à ce moment de préparation du repas cela m'évoque D. STERN qui dans « Le journal d'un bébé » évoque les pleurs du nourrisson non pas comme une désorganisation du bébé mais au contraire comme une organisation qui se fait en harmonie avec la respiration et donc dans une certaine rythmicité. Ces pleurs auraient alors pour rôle de venir extérioriser la douleur interne que vit le bébé. Je me questionne alors quant à la volonté, la possibilité pour Emma de pouvoir justement manifester et extérioriser cette douleur. Ou alors est-elle dans ces moments dans un grand désarroi qui la déborde sans possibilités d'anticipation et l'empêche de s'organiser et de réclamer à travers des pleurs ?

D'autres éléments du côté du sommeil révèlent un accordage difficile pour cette dyade. Emma montre peu de signes de fatigue, en tout cas cela reste difficilement lisible pour son âge. Sa mère, elle, se montre encore par moments perdue et tente de coucher sa fille sans trop savoir si elle est fatiguée. Pareillement à l'alimentation Mme est en difficulté pour se saisir de l'aide que pourrait être une feuille de rythme. Avec l'idée que cela lui permettrait une meilleure connaissance de quand Emma a dormi pour la dernière fois et pendant combien de temps, ... Mme refuse et ne peut donc pas s'aider de ces données-ci.

Emma a d'importants troubles du sommeil, notamment aux moments de l'endormissement. De plus, lorsqu'Emma se réveille il lui est difficile de s'auto-calmer, elle se met rapidement à pleurer avec des pleurs de nourrisson très intenses qui peuvent la désorganiser. Emma ne semble pas avoir trouvé suffisamment de sécurité interne pour rester seule un moment lorsqu'elle se réveille, mais aussi pour se laisser aller et trouver le sommeil de manière tranquille. La mère d'Emma peut dire que les problèmes de sommeil de sa fille restent ce qui est le plus difficile pour elle.

Cependant, un certain décalage quant aux troubles du sommeil est également notable puisqu'Emma passe tout de même de bonnes nuits, où elle ne se réveille pas, ou alors des « réveils sucette » : Emma perd sa tétine et Mme doit intervenir pour lui remettre, puis Emma se rendort. Je m'interroge sur la corrélation possible entre l'histoire des troubles du sommeil d'Emma et ceux de sa maman. En effet, la maman d'Emma est « insomniaque », il lui arrive donc régulièrement de se lever la nuit pour réaliser des tâches ménagères ce qui peut alors gêner le sommeil d'Emma. Ce sont des moments où Mme est aux prises à des angoisses et montre alors des conduites obsessionnelles. Est-il possible qu'il y ait quelque chose d'une transmission d'une angoisse, d'une peur entre la mère et sa fille lors de la venue de la nuit et du sommeil ? Emma sent-elle l'état émotionnel et l'inquiétude dans lequel se trouve sa maman dans ces moments-là ?

b) Les microrhythmes

Les interactions ludiques entre Emma et sa mère restent assez rares, peu recherchées et spontanées. La succession d'étapes des jeux mère-bébé décrite dans la partie théorique n'est pas possible pour Emma et sa maman. Cependant, soutenues par un tiers, un autre étayant, leurs échanges peuvent se faire de manière plus durable et continue.

En fait, dans les temps d'interactions qui peuvent être notamment proposés durant la balnéothérapie pour travailler le lien, Mme et Emma sont rarement disponibles en même temps. Parfois Emma ne répond pas aux sollicitations de sa mère et inversement, lorsqu'Emma se tourne vers sa mère et l'interpelle celle-ci peut se montrer absente psychiquement. Parfois la mère d'Emma regarde vers la fenêtre pensive, la relation semble alors vraiment coupée, puis Mme peut revenir vers nous après un temps plus ou moins long.

Ce qui est observable lors des temps d'échanges entre Emma et sa mère c'est, par exemple, la proposition faite à Mme d'essayer de s'échanger un objet avec sa fille : le « tiens-donne ». Emma, au début, est réticente elle ne veut pas lâcher l'objet mais elle comprend rapidement l'idée du jeu et par la suite Emma cède l'objet plus facilement à la psychomotricienne. Puis, le jeu est installé entre Emma et sa mère mais l'échange est peu dynamique. Le rythme des échanges est assez lent avec, il me semble, peu d'enthousiasme manifesté du côté de Mme et une excitabilité du côté d'Emma, qui est par conséquent, très

modérée. En fait, Mme prend l'objet mais parfois elle parle et en oublie ce qu'elle faisait. A d'autres moments elle semble « ailleurs » et du coup elle ne rend pas forcément l'objet à sa fille. Par la suite cela conforte encore plus Emma dans son idée de garder l'objet pour elle. Alors souvent elle se détourne de sa mère, coupe elle aussi le lien et s'intéresse à un autre objet. Ici est un exemple de l'inscription d'une discontinuité dans le rythme de cette dyade. Finalement le va-et-vient remarquable lors des interactions précoces mère-bébé n'est, pour cette dyade, pas possible à installer véritablement de manière stable. De plus, le caractère répétitif de ces jeux précoces n'est pas présent dans ceux d'Emma et de sa maman ce qui amoindrit, probablement, leurs possibilités d'interactions et les opportunités d'intégration psychique pour Emma.

Ici il y a quelque chose d'un renforcement mutuel « négatif » qui est observé, mais j'ai aussi pu noter dans cette dyade un renforcement « positif » mutuel avec des interactions plus riches notamment lors d'une meilleure disponibilité maternelle. En effet, dans ces moments, comme lors de la balnéothérapie, Mme est beaucoup plus en lien avec Emma, sa présence physique comme psychique à sa fille est plus ancrée et authentique. Mme paraît alors davantage s'autoriser à un plaisir partagé avec Emma, et cette dernière en est alors que plus réceptive aussi. Emma se montre plus active corporellement au travers de sa motricité spontanée, elle ne recherche plus en systématique la psychomotricienne et peut être autant dans l'échange avec sa mère qu'avec la psychomotricienne. Plus concrètement je vois un bébé qui commence à taper des bras dans l'eau, elle s'éclabousse et en rit, ceci fait sourire sa maman ce qui maintient l'expression de joie de sa fille et vice versa. Elles s'alimentent mutuellement dans cet échange. La maman d'Emma semble détendue, elle réagit moins aux éclaboussures sa fille, son attention semble davantage tournée vers le partage du plaisir que prend Emma dans l'eau. Et toute cette scène est ponctuellement commentée par la psychomotricienne qui soutient dans la durée ce moment de plaisir partagé.

Pour Emma et sa maman il y a des possibilités de rencontre entre elles deux qui sont favorisées par la présence et le soutien d'une soignante. Mais globalement leurs interactions sont mises à mal, particulièrement, par une maman qui sollicite très peu le lien à sa fille et en retour un bébé qui est peu dans la recherche de l'adulte. Mme et Emma sont donc souvent l'une à côté de l'autre, dans un « côte à côte » mais rarement dans un « être ensemble ».

La rythmicité de cette dyade témoigne d'un réel désaccordage et d'une divergence nette entre le rythme d'Emma et celui de sa maman. Il y a ici une impossibilité à conjuguer les deux rythmes et à n'en faire qu'un seul cohérent et continu dans le temps. Il me semble que cet aspect vient témoigner du réel manque d'ajustement présent dans cette dyade.

V. Axes de travail et évolutions de la dyade

1. Le dispositif de la balnéo comme facilitateur de mobilité

L'eau, grâce à ses diverses propriétés, et en particulier à la relative apesanteur qu'elle propose modifie le tonus et permet d'avoir une motricité différente. Cette motricité singulière offre l'occasion de découvrir ou de revisiter nos schèmes moteurs. Dans ce milieu liquidien le corps peut « retourner » à une expérience de passivité mais à l'inverse l'eau, par le portage et les flux qu'elle offre, peut devenir un élément facilitateur de mobilité.

L'eau constitue à la fois un contenant et un accompagnant du mouvement pour le bébé. Pour les mamans, l'eau peut parfois venir faire obstacle, notamment, si la maman n'est pas à l'aise dans cet élément ; ce qui peut aussi être le cas pour un bébé. Dans le cas d'Emma et de sa maman l'eau a été un élément à apprivoiser. Emma s'est montrée assez rapidement à l'aise, le temps de (re)découvrir les sensations que l'eau pouvait lui procurer. Pour Mme se fut un peu plus long, elle a premièrement été figée dans son corps car l'eau la rendait quelque peu anxieuse. Puis, progressivement, elle a pu aussi se saisir des aspects bénéfiques de l'eau pour pouvoir se mouvoir avec sa fille plus facilement. Cela venait en quelque sorte offrir à cette maman une continuité à ses gestes ce qui les rendait aussi moins brusques. Il était alors davantage possible pour elle de porter attention aux sensations produites par le fait de se mouvoir. Mais aussi, dans un second temps, de se mouvoir à deux lorsqu'elle portait Emma.

Dans l'eau, Emma se montre plus active que lorsqu'elle est en milieu aérien. Les mouvements de ses membres sont plus nombreux. Par ailleurs l'eau apporte une certaine mouvance et légèreté du corps qui offre à Emma la possibilité de mouvements plus fluides. En effet, au fur et à mesure des séances les gestes commencent progressivement à être plus déliés, comme pour sa maman. Durant ces temps, chacune à leur rythme mais ensemble, Mme et Emma ont pu trouver une certaine harmonie dans leur motricité. Avec pour Emma l'avantage de pouvoir plus se mouvoir, et donc de découvrir une partie de son potentiel moteur qu'elle n'avait pas encore pu explorer en milieu aérien. Sur le tapis flottant, en partie immergé, Emma a pu être accompagnée dans ses retournements sur le ventre et le dos. Un peu plus tard elle a ensuite expérimenté seule le retournement. Emma, tenue par la

psychomotricienne sous la nuque et l'assise, essaye aussi de taper des pieds dans l'eau. Au début elle le fait que d'un seul pied, puis elle arrive à coordonner ses deux pieds ensemble en donnant une impulsion avec le bassin. Progressivement Emma fini même par « pédaler des jambes » en rythme, c'est-à-dire alternativement.

2. L'exploration sensorielle de la zone orale

Durant l'accompagnement de cette dyade j'ai pu observer chez Emma une activité intense autour de la zone orale, mais surtout cette activité s'est modifiée de manière progressive au cours des séances de balnéothérapie. Emma, dans un premier temps, a beaucoup joué à mettre en bouche les objets. Puis, elle s'est davantage tournée vers l'exploration orale au contact de l'eau. Emma a alors pris beaucoup de plaisir à tirer la langue et goûter l'eau, qui semblait tant lui faire envie et qu'elle tentait de « saisir, d'attraper » avec la bouche. Emma allait ensuite un peu plus loin dans sa découverte et immergeait sa bouche dans l'eau, elle pouvait alors expérimenter les nouvelles sensations, non plus de l'eau en contact des lèvres ou de la langue, mais celles de l'eau qui rentre et ressort de la bouche.

Il me semble alors que toute cette exploration orale en lien avec l'élément de l'eau a permis de faire trace chez Emma. En effet, progressivement Emma a pu fermer spontanément la bouche quand elle la plongeait dans l'eau, comme si cette expérimentation sensorielle de la zone orale témoignait d'une mémoire corporelle. C'est aussi suite à cela qu'Emma a pu éprouver le fait de rejeter l'eau comme dans une chaîne logique après avoir fait rentrer l'eau du dehors au-dedans. Emma a acquis une certaine maîtrise lui permettant de stopper l'eau, puis finalement de la faire passer du dedans au dehors. En jouant l'expulsion d'eau, Emma a pu montrer un moment sensible de son développement puisque c'est aussi à cette période qu'elle a pu réaliser ses premières bulles en soufflant dans l'eau. Et surtout, Emma a manifesté une évolution et un investissement accru de sa voix, qui était encore peu explorée. Les temps de séances étaient désormais ponctués de vocalises et de syllabes comme « ba », « ta » ce qui me semble parle bien du travail des flux de l'air qu'il faut extérioriser, expulser comme l'eau pour pouvoir produire un son ou faire des bulles.

3. L'eau pour se rencontrer différemment

a) Le portage

La balnéothérapie comme médiation et donc l'eau comme médiateur nécessite une approche et une mise en jeu corporelle différente de celle nécessaire en milieu aérien. Réellement, un portage doit se faire dans un contact direct de peau à peau, ce qui témoigne aussi de la singularité de cette expérience corporelle. Il y a alors dans ce dispositif la possibilité de porter et d'être porté de multiples façons, aussi la mère n'est plus seulement celle qui porte mais elle peut aussi devenir celle qui est portée par l'eau, en plus de porter son enfant. Alors effectivement dans le cas d'Emma et de sa maman cet aspect a été visible et marqué par une appropriation progressive du milieu aquatique par Mme. Elle a ensuite pu se laisser davantage porter par l'eau et proposer un portage différent à sa fille. La mère d'Emma avait tendance à la porter toujours comme un tout petit, c'est-à-dire à l'horizontal. La psychomotricienne a pu proposer à Mme un mode d'entrée dans l'eau différent, davantage progressif et en tenant sa fille assise contre elle. C'est donc en parallèle et au fur et à mesure de la détente de Mme dans l'eau que le portage d'Emma s'est montré de plus en plus ajusté. Il y avait cette fois pour Mme la possibilité de s'adapter à sa fille dans son portage tout en étant passée auparavant par un temps d'adaptation pour elle. Je pense que justement ce temps d'expérimentation pour elle était nécessaire afin qu'elle puisse par la suite proposer un portage ajusté à Emma, permettant un début d'accordage entre elles deux. Le portage d'Emma par sa maman était moins ferme et crispé mais davantage contenant du fait d'une meilleure assurance de Mme qui pouvait proposer son corps comme appui à Emma alors qu'auparavant elle tenait sa fille qu'avec ses mains et donc assez éloignée d'elle.

Concernant plus particulièrement Emma, il me paraît plausible de mettre en lien son évolution psychomotrice et la réalisation de ses différentes expériences avec celles de sa mère. J'entends ici le fait que la meilleure disponibilité de Mme ainsi que sa mise en jeu corporelle à travers le portage auraient permis à Emma de se sentir davantage soutenue pour avancer dans ses explorations sensorimotrices. Le portage, dont Emma a pu bénéficier, lors de la balnéothérapie, que ce soit le portage par sa maman, par la psychomotricienne mais aussi par l'eau lui ont fait expérimenter les variations et modulations dans les différentes manières d'être portée, notamment au travers d'états toniques. Elle a alors pu intégrer en elle

une certaine partie de ces différentes explorations avec l'idée qu'elle était suffisamment bien soutenue et accompagnée physiquement et psychologiquement pour prendre appui sur son environnement et davantage s'essayer dans sa motricité volontaire. Cela va dans le sens d'un bébé qui peut progressivement se tourner vers l'extérieur. C'est cet aspect du développement du bébé qui, d'abord autocentré sur lui et ses sensations peut s'orienter par la suite vers son monde environnant, m'amène à l'écriture du paragraphe qui suit. Celui-ci est plutôt axé sur une expérience précise vécue par la maman d'Emma qui me fait penser qu'elle a eu des moments pour sa propre expérimentation lui ayant sûrement permis, par la suite, de faire expérimenter à sa fille.

Il me semble que pour cette maman, pour qui la naissance prématurée de sa fille a été brutale et peut-être traumatisante, ce dispositif de la balnéothérapie a permis de repasser par des expériences en lien avec celles de la grossesse. En effet, à plusieurs reprises Mme a pu porter sa fille contre son ventre avec une « frite » qui venait entourer et tenir Emma et sa maman ensemble. Mme semblait alors retrouver des sensations similaires à celles de sa grossesse puisqu'elle sentait sa fille contre elle, contre son ventre et qu'elle avait ses mains de libres ; comme si elle portait encore Emma dans son ventre. Ces quelques moments étaient tout à fait remarquables puisque c'est pendant ces temps que Mme parlait de sa peur qu'Emma ne grandisse trop vite, qu'elle voudrait la garder toute petite auprès d'elle. Il me semble qu'il y avait donc bien ici quelque chose qui venait se rejouer de l'ordre d'expériences antérieures voire primaires de portage pour cette maman et sûrement aussi pour Emma. Par ailleurs, cela me fait associer que dans l'abord de devenir parent se joue aussi la question de la part infantile de chaque parent qui est remaniée et ravivée. Aussi je m'interroge quant à cette expérimentation de portage dans l'eau qu'aurait pu vivre la mère d'Emma. Cela parlerait peut-être aussi de manière sous-jacente du portage de Mme par sa propre mère durant sa petite enfance ?

b) La contemplation

« Finalement, c'est surtout sur le visage de l'autre que l'on croit pouvoir lire ses sentiments et ses intentions. Et cet apprentissage commence dès le tout début de l'existence »¹⁴.

¹⁴ STERN D., *Journal d'un bébé*, p. 68

Durant les séances de cette prise en charge il y a une autre notion dont j'ai eu envie de parler dans mon mémoire : celle de la « contemplation » et du processus d'imitation qui sont mis en œuvre. En effet, en balnéothérapie il me semble que le regard est aussi un élément qui est bien présent et mis au travail par les différentes possibilités données. Toute la question de l' « être ensemble » et du partage peut donc aussi se poser par le biais du regard.

La psychomotricienne porte Emma et pendant ce temps Mme et sa fille peuvent se regarder en face à face tout en étant distancées sans se toucher, ou alors on se rapprochant de très près. Emma et sa mère peuvent donc s'observer sous des angles différents, tout comme elles peuvent observer la psychomotricienne. Je perçois alors chez Mme de réels moments où elle observe de loin sa fille. Et il est vrai qu'après réflexion dans les temps d'accueil Emma et sa maman sont soit ensemble et donc proches dans des temps de soins, soit elles sont très à distances sans aucun contact. Le juste milieu dans la distance est difficile à trouver, il n'y a pas d'intermédiaire. J'ai donc l'impression que c'est ce qu'a pu expérimenter cette maman en gardant un contact visuel avec sa fille tout en étant à distance. Ces moments ont également pu donner lieu à des verbalisations de la part de Mme quant aux observations qu'elle pouvait faire des capacités et réalisations de sa fille. Une fois en regardant sa fille portée sous le torse par la psychomotricienne, Mme pouvait dire « on dirait qu'elle essaye de nager ». Elle a également pu noter qu'Emma bougeait plus ses bras dans l'eau, et surtout sa main droite. Il me semble que la possibilité de Mme de pouvoir s'éloigner et se rapprocher lui a donné un certain recul pour pouvoir finalement davantage poser son regard sur la globalité de sa fille. La psychomotricienne par son soutien corporel et aussi verbal permet d'avoir un regard objectivant sur le bébé réel, ce qu'elle peut transmettre à la maman d'Emma. En fait, cette dernière semblait être encore dans une vision du bébé imaginaire qui l'empêchait de voir réellement sa fille.

Ainsi, progressivement quand Emma cherchait sa maman du regard elle pouvait la retrouver et la rencontrer au moins à travers un échange de regards. D'ailleurs, A. BULLINGER parle de cette importance de l'échange avec l'autre en disant qu'« au-delà de la régulation tonique, l'échange avec autrui participe à la mise en forme du corps du bébé,

ce qui l'amènera à se reconnaître en autrui »¹⁵. Ceci peut alors aussi être mis en lien avec la notion développée par G. HAAG sur l'interpénétration des regards.

Pour Emma cette contemplation de l'autre, maternelle ou non, lui a permis de d'apprécier toutes les mimiques faciales, puis de s'en saisir progressivement et de pouvoir par la suite les rejouer, d'abord peu de manière habitées, mais dans un jeu d'imitation direct. Enfin, Emma nous a montré de véritables modulations dans ses expressions qui semblaient désormais intégrées et appropriées. Son sourire en systématique figé a perdu de sa « séduction » pour laisser place à un air perplexe comme si Emma était pensive. Il serait faux de dire qu'Emma n'est pas restée un bébé très souriant et avenant mais ses expressions ce sont faites plus justes et adressées au fil du temps. Un véritable jeu de miroir s'est installé presque inconsciemment entre Emma et la psychomotricienne, cette dernière sur-jouait beaucoup ses émotions, elle exagérait donc aussi ses traits et mimiques faciales. Emma qui semblait découvrir tout ce panel d'expressions s'exerçait alors à les reproduire ; elle tentait par exemple de froncer les sourcils, de « faire la moue ». D'ailleurs, pendant une séance la psychomotricienne portait Emma face à sa mère et encourageait Mme à reprendre ce jeu d'imitation avec sa fille. Mme s'essayait à ouvrir/fermer la bouche et à jouer la surprise quand une balle jaillissait de l'eau. Emma en réponse battait des cils et jetait de l'eau, elle semblait être très enjouée.

Ce sont les expériences avec l'eau qui l'ont alors aussi aidé dans cet exercice d'imitation et d'appropriation. Je pense notamment au moment où Emma a bu la tasse pour la première fois et que de l'eau lui est rentrée dans le nez. Et bien l'instant d'après Emma faisait divinement bien la moue et fronçait les sourcils à en devenir rouge, et tout cela très spontanément. Il me semble qu'à ce moment, en plus d'expérimenter, Emma a pu mettre un certain sens, sur une expression de son visage qu'elle reproduisait, et l'associer à un vécu particulier. C'est aussi sans doute à mettre en lien avec les réponses renvoyées par la psychomotricienne, des réactions qui sont venues mettre du sens et faire sens pour Emma. Par la suite ses mimiques, au départ assez plaquées, ont trouvé davantage d'amplitude.

Tout ce processus de contemplation et d'imitation s'est avéré révélateur de capacités tant du côté maternel que du côté du bébé. Mme a pu trouver une place lui permettant de

¹⁵ BULLINGER A., *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*, p. 33

véritablement « voir » sa fille, tout comme Emma a appris à se connaître et à traduire en expressions ses émotions internes. Selon moi, il s'agit aussi ici de la notion du juste accordage qui peut se trouver/créer même en étant à distance physiquement du moment que l'autre est présent à soi visuellement et/ou psychiquement.

J'imagine alors que pour cette dyade l'eau a pu avoir valeur de contenant pour Emma et pour sa maman. Elles se sont retrouvées comme dans une sorte d'enveloppe commune qu'a constituée l'eau, leur permettant une rencontre différente, partagée et décalée vis-à-vis du quotidien qu'elles vivent. Avec l'image que l'eau ainsi que la psychomotricienne leurs ont offert un espace-temps, un corps où prendre appui.

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

Pendant neuf mois la maman crée, rêve, imagine et se représente son futur bébé, c'est ce qu'on appelle la rêverie maternelle, mais c'est aussi comme F. DOLTO le dit « le bébé qui crée la mère ». Toute cette intime construction d'un juste accordage se jouerait donc dans une influence mutuelle, une « interdépendance » entre le bébé et sa maman comme le dit A. CICCONE. Aussi, à travers ce mémoire il me tient à cœur de parler et de penser le désaccordage dans le lien mère-bébé comme un profond malaise ressenti par la mère et par son bébé. Je formule alors à nouveau ma problématique : comment essayer de comprendre le désaccordage dans le lien mère-bébé et quelle place pour le psychomotricien auprès de ces dyades ?

I. L'influence mutuelle dans le dialogue tonico-émotionnel

Dans l'établissement de la relation mère-bébé et des premiers liens il y a nécessité d'un ajustement mutuel. M-F. LIVOIR-PETERSEN dit que « l'ajustement est bilatéral ou il n'est pas »¹⁶. Qu'advient-il justement quand « il n'est pas » ? Dans le cas d'Emma et de sa maman il m'apparaît intéressant d'imaginer cette difficulté d'accordage du côté d'une compensation par l'hyper-adaptabilité du bébé. Dans cette dyade la mère est en grande difficulté pour porter physiquement et psychiquement sa fille. Il me semble que les angoisses de Mme (aussi en lien avec sa structuration psychique pathologique) prennent beaucoup de place laissant alors peu de disponibilité pour répondre aux besoins d'Emma de manière continue. Effectivement les soins donnés à Emma et les interactions avec sa maman sont caractérisés par leurs aspects discontinus, il me semble qu'il est alors possible de dire que l'ajustement adéquat nécessaire n'est pas. Je vais alors tenter de mettre cela en lien avec une impossibilité d'organisation structurante du dialogue tonico-émotionnel, ne permettant pas l'intégration d'un Moi assez solide et à fortiori d'un sentiment continu d'exister.

¹⁶ LIVOIR-PETERSEN M-F., *Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme*, p. 60

Tout d'abord il me paraît intéressant de revenir à l'origine du dialogue tonique afin de pouvoir prendre en compte un maximum d'éléments et ce dès la grossesse et la naissance. Le dialogue tonique est d'ores et déjà présent pendant la grossesse de la mère qui est dans une écoute attentive de l'enfant qu'elle porte. Puis cette écoute se prolonge après la naissance. En fait, il est ici question de la préoccupation maternelle primaire qui traduit, en effet, un état psychique spécifique tendant vers une adaptation tonique de la mère. Ceci apparaît alors comme un point d'ancrage dans les prémices de la relation entre la mère et son nouveau-né. Si la mère n'est pas, ou ne peut être, assez disponible pour être à l'écoute des besoins physiologiques et psychiques de son bébé, et pour s'adapter à lui ; alors la maman n'est pas dans une préoccupation maternelle primaire « suffisante ». Ceci témoignerait pour moi d'un obstacle précoce à un « bon accordage » et à l'établissement de premiers liens stables et solides entre l'enfant et sa mère. Peut-être est-ce déjà cette préoccupation maternelle primaire qui a été mise à mal chez la maman d'Emma avec une origine compliquée par l'arrivée prématurée de sa fille ?

Pour revenir pleinement dans la clinique, il me semble que l'attitude dans laquelle se montre Emma constitue un point important autour duquel axer une partie de ma réflexion. Véritablement, dans l'attitude passive d'Emma je vois un bébé qui tend à se faire discrète et qui vient compenser l'attitude de sa maman. Mme est en difficulté pour gérer à la fois ses besoins et ceux de sa fille, aussi en réponse Emma se montre peu sollicitante auprès de sa maman. Par ailleurs, il me semble que se montrer dans une certaine passivité c'est aussi un signe qui vient parler du fait de ne pas grandir. Or, dans le discours de Mme ce qui revient régulièrement c'est aussi sa peur que sa fille grandisse « trop vite ». Mme dit qu'elle aimerait pouvoir la garder toute petite, qu'elle ne veut pas qu'elle la quitte. D'ailleurs les progressions psychomotrices d'Emma sont déjà vécues par Mme comme un pas vers l'autonomie et l'indépendance, ce qui lui est difficile à accepter. Mme reste aussi dans une certaine ambivalence avec également l'envie qu'Emma fasse des choses qu'elle n'est pas encore capable de réaliser, comme par exemple marcher. Ceci traduit un réel décalage entre les souhaits, les peurs de la mère d'Emma et le développement réel de sa fille. Ma réflexion se fait alors autour de cette attitude de la part d'Emma qui pourrait, au-delà de la vision concrète d'un retard psychomoteur, traduire une adaptabilité du bébé à sa maman pour pallier aux appréhensions de celle-ci.

C'est aussi à ce point d'attention qu'il me paraît être question du rôle que joue le dialogue tonico-émotionnel dans la relation mère-bébé. En effet, dans la mesure où le bébé peut s'adapter à sa mère et inversement c'est en partie parce qu'il y a une transmission d'états toniques qui s'effectue entre la mère et son bébé. Aussi, Emma percevrait toutes ces tensions maternelles qui sont aussi inscrites dans son tonus, elles viendraient à leur tour se jouer corporellement chez Emma, laissant alors une empreinte tonique. En effet, F. BOSCAINI parle du tonus, et cela dès la naissance, comme « une sorte d'enregistreur qui conserve en mémoire toute l'histoire biologique et psychologique »¹⁷. Ces traces alors présentes chez Emma et teintées de l'état émotionnel de sa maman pourraient, entre autres, être à l'origine de sa structuration psychomotrice avec comme possible conséquence son attitude passive et compliant. Cependant, cette réflexion quant à une « hyperadaptabilité » d'Emma à sa mère pourrait peut-être aussi venir parler d'un retrait relationnel. En effet, le tonus de fond bas d'Emma couplé à son attitude passive pourrait aussi aller dans le sens de l'établissement d'un processus défensif tendant à se « protéger » en se retirant de la relation avec sa mère, comme dans un évitement.

Par ailleurs, le dialogue tonico-émotionnel se caractérise aussi par l'accompagnement verbal que fait la maman sur les vécus de son enfant en lui adressant et renvoyant une sorte d'interprétation de son état émotionnel. Or, dans ce cas clinique d'Emma et de sa maman il n'y a que très peu de mises en mots mais aussi, au-delà des mots, d'accompagnement par la voix maternelle. Ce manque de mise en sens et de partage par la musicalité vocale et le langage des vécus d'Emma vient donc sûrement faire obstacle à la fonction structurante du dialogue tonico-émotionnel. Cela ne lui permettrait donc pas de s'approprier les expériences vécues et d'intégrer un corps vécu comme s'unifiant. La reconnaissance de sensations est ici mise à mal par un manque d'intervention du « milieu humain » sur lequel le bébé est censé prendre appui. Il apparaît alors plausible de penser qu'Emma ne puisse aller naturellement du côté d'une mobilisation et d'une activité motrice, puisqu'elle est encore trop aux prises avec ses propres sensations et états toniques. Quand surgit une émotion interne chez un bébé, celle-ci s'inscrit dans son corps sous forme de réactions toniques et c'est ensuite grâce au « milieu humain », décrit par A. BULLINGER, qu'une modification tonique peut être induite chez le bébé. Ce peut-être un relâchement mais aussi un recrutement tonique selon la situation dans laquelle se trouve le bébé. Et c'est la mère par

¹⁷ BOSCAINI F., *Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique*, p. 13

son intervention qui vient moduler et induire une modification du tonus chez son enfant, en lien étroit avec son propre état tonique. C'est ce qui permet, par la suite, de mettre en sens les éprouvés du bébé. Dans le cas d'Emma, je pense qu'elle reste parfois avec des réactions toniques qui ne peuvent être mises en sens du fait d'une non-intervention de sa maman, ou plutôt d'une intervention non ajustée au contexte dans lequel se trouve Emma.

« Le tonus va se structurer en fonction des réponses réciproques »¹⁸. Cette phrase fait écho pour moi à une possible structuration tonique difficile chez Emma, peut-être par un manque d'échanges de réponses et de continuité. A. BULLINGER accorde d'ailleurs une grande place au milieu humain comme structurant la régulation tonique, il dit que « le dialogue avec le milieu humain est le moyen privilégié de régulation tonique du tout petit. Cette capacité de régulation n'est pas une propriété de l'organisme, elle lui est externe et relève des interactions avec ce milieu »¹⁹. Or, concernant cette régulation tonique Emma montre un tonus bas avec un aspect assez figé, c'est-à-dire peu de recrutements et de variations possibles. C'est d'ailleurs une observation que je retrouve aussi chez Mme, par exemple dans les moments de portage où elle semble avoir un tonus fixe sans réelles modulations. Il y a quelque chose d'un « identique » entre la mère et sa fille dans leur fonctionnement tonique qu'elles dévoilent. Je fais alors l'hypothèse que le tonus d'Emma, ayant peu accès aux variations, s'est construit en appui et en lien avec le tonus maternel montrant également peu de possibilités d'amplitudes. J'ajouterais même qu'une sorte de complémentarité et d'adaptation s'est installée entre Emma et sa maman, avec l'idée que le tonus de fond bas d'Emma vient en quelque sorte répondre au tonus de fond haut de sa maman, comme pour établir ou rétablir un semblant d'équilibre dans la relation tonique mère-bébé.

Pour terminer sur cette partie je souhaite à nouveau citer F. BOSCAINI par cette phrase qui me semble bien illustrer le lien entre cette réflexion et la partie suivante que je vais développer, puisque finalement tout se retrouve étroitement intriqué : « La pauvreté d'expression du dialogue tonique affecte autant la manipulation que le maintien »²⁰.

¹⁸ Ibid., p. 17

¹⁹ BULLINGER A., *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*, p. 33

²⁰ BOSCAINI F., *Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique*, p. 19

II. L'enjeu du holding dans la relation mère-bébé

L'histoire autour de la naissance prématurée d'Emma a sûrement laissé peu de place à la mise en place d'un holding de qualité. Ceci est à mettre en lien avec les difficultés rencontrées à la fois par la maman et par Emma. En fait, pour ce qui est du portage physique Emma a été placée dans une couveuse limitant, de fait, les moments de portage possibles. Mais aussi, les moments de peau à peau qui ont été proposés, ont souvent été source de « malaise » de la part de Mme. Qu'est-ce que ce contact venait provoquer chez cette jeune mère ? Par ailleurs, la grossesse n'ayant pas pu être menée à terme la rêverie maternelle et l'élaboration psychique a elle aussi été sûrement stoppée. Comment alors Mme a-t-elle porté psychiquement sa fille ?

Au niveau psychomoteur ce qui est visible chez Emma c'est qu'elle est encore en difficulté pour se tourner vers l'extérieur. Elle peut rester de longs moments au sol allongée sans rien manifester et sans solliciter un autre adulte. Or, pour passer du centrage sur soi à l'action du monde environnant il faut avoir construit suffisamment de sécurité interne et c'est bien ici toute la fonction du holding. C'est en portant son enfant que le parent peut lui amener un sentiment de confiance et de sécurité grâce à son corps qui s'unifie. Sauf que dans le cas de cette dyade le portage est « défaillant ». Emma est très peu portée par sa maman, elle est surtout « manipulée ». Je m'autorise à utiliser ce terme car il me semble être en adéquation avec ce que j'ai pu ressentir en observant cette dyade. Lorsque Mme tient sa fille dans les bras il y a quelque chose de désaffectivé et de très rigide dans sa posture. Dans ces moments Emma et sa maman ne sont pas en lien, au contraire. Mme parle à quelqu'un ou est dans ses pensées, elle semble même en oublier la présence de sa fille qu'elle porte. Emma, elle, m'apparaît fonctionner en miroir par rapport à sa maman : soit elle se coupe du lien et a le regard dans le vague, soit elle interagit avec une personne autre que sa maman. Cette dyade montre alors combien il y a un manque d'accordage et un « dysfonctionnement » dans le holding qui ne peut pas se faire de manière suffisamment étayante. On peut donc supposer qu'Emma n'a pas pu, dans ses expériences, construire une sécurité interne suffisante et un sentiment de base de confiance. Aussi, cela l'empêcherait d'être prête pour se mobiliser davantage et se tourner vers autrui. Il y aurait encore nécessité pour Emma de rester centré sur elle et ses expériences sensorielles.

Par ailleurs, à travers cette réflexion faite autour du holding j'aimerais faire le lien avec le concept du contact-dos et de l'interpénétration du regard développé par G. HAAG. En effet, dans le portage il y a un élément fondamental qu'est ce contact-dos apporté par la mère et permettant l'élaboration d'un objet d'arrière-plan pour le bébé. En fait c'est grâce à ce contact-dos que l'interpénétration du regard va venir trouver une « butée », un fond où s'arrêter. Ceci amène donc l'idée de quelque chose de sécurisant, d'une délimitation du corps et d'une fin de ce regard qui traverse. En ce sens, B. GOLSE dit que « la qualité de l'appui postérieur offert au bébé, en lien avec la qualité du holding par le regard, permet l'émergence de la verticalité psychique de l'enfant qui favorise, à l'évidence, l'efficacité du dialogue tonique »²¹.

Avec Emma, il me semble qu'il est question d'un contact-dos difficile à « lâcher » puisque l'essentiel de son registre moteur reste défini par la position en décubitus dorsal. Peut-être n'est-elle pas encore prête à laisser ce contact-dos avec le sol qui vient la rassurer ? D'ailleurs les observations d'Emma et de sa maman montrent un portage très distancié entre les deux corps. Mme porte beaucoup Emma sous les bras, sans la tenir proche d'elle. Ce contact-dos n'est donc que très rarement offert à Emma par sa maman. De même que l'interpénétration du regard puisque Emma et sa maman se recherchent peu visuellement. Et quand elles se trouvent je pense que l'installation de chacune et que le temps d'échange n'est pas suffisant pour permettre une rencontre et une véritable interpénétration. Or, il me semble que cet objet d'arrière-plan que peut construire le bébé se fait grâce au contact-dos associé à l'interpénétration du regard finalement présent dans le holding. G. HAAG dit alors « avoir cerné un niveau très précoce d'organisation du moi corporel pouvant retentir sur le tonus de posture et toute l'activité motrice [...] »²². De plus cette théorie sur l'arrière-plan est aussi mise en lien par G. HAAG à « la fonction psychique primordiale de la mère, de recevoir les débordements du bébé »²³. Aussi, il est alors possible de comprendre cette réflexion sous l'abord du débordement psychique maternel face aux besoins, aux sollicitations du bébé auxquels la maman n'est alors pas en capacité de répondre de manière adaptée, comme il pourrait être le cas pour la mère d'Emma.

²¹ GOLSE B., « Des sens au sens » - *La place de la sensorialité dans le cours du développement*, p. 99

²² HAAG G., *Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie*, p. 7

²³ Ibid., p. 6

Il y aurait donc ici l'idée que la construction précoce du Moi en appui sur le rôle que joue la mère dans la fonction de holding de soutien physique mais aussi psychique serait étroitement en lien avec l'organisation tonico-posturale du bébé, et par conséquent agissant aussi sur l'activité motrice de ce dernier. En effet, A. CICCONE développe cette idée selon laquelle, face à des réponses non adéquates de la mère, le nourrisson doit compter sur ses défenses afin de pallier à son angoisse. Pour cela deux défenses et possibilités : soit le mouvement perpétuel, soit l'immobilisation qui correspondrait ici davantage au cas d'Emma. Il y a dans cette notion d'immobilité le fait que cela viendrait chez le bébé suspendre l'existence, et par conséquent plus ou moins le bloquer et l'entraver dans son développement psychomoteur. Emma serait donc peut-être prise dans cette « [...] impossibilité de quitter la sensation d'un objet d'arrière-plan ou de soutien assis et de se lancer dans l'espace [...] »²⁴.

Le holding est donc, selon moi, un facteur parlant et illustrant en quelque sorte la qualité de la relation mère-bébé établi. En effet, autour de ce portage se retrouve mêlé plusieurs dimensions dont celles du tonus, du regard et de la voix qui donnent de nombreuses informations sur l'accordage entre la mère et son bébé. Le holding c'est aussi la notion de porter psychiquement et physiquement, je comprends désormais le réel lien qui unit ces deux aspects. Je pense alors que dans le cas d'une naissance prématurée, ou dans d'autres naissances où le contexte est compliqué, il est question d'une entrave du portage psychique. Cet empêchement dans le portage psychique trouve un corps où se retranscrire à travers le portage physique. Inversement, il me semble qu'il y a un réel sens à entendre dans les difficultés de portage. Je remarque qu'au-delà des mères mises à mal dans le portage de leur enfant, les bébés peuvent aussi se montrer difficiles à porter avec des bébés en hyperextension ou hypotones. Il m'apparaît alors que ces problématiques autour d'un désaccordage dans le portage entre la mère et son enfant vient parler d'une difficulté du côté du portage psychique et donc représentatif d'un trouble dans la relation mère-bébé.

Dans le cas d'Emma et de sa maman, au fil de leur évolution, j'ai pu voir que la notion de holding, par l'aide apportée à Mme dans le portage de sa fille, venait finalement les soutenir toutes les deux dans leurs interactions et permettre un meilleur ajustement.

²⁴ Ibid., p. 6

III. Le regard du psychomotricien

En périnatalité l'observation du psychomotricien offre un regard particulier sur le développement psychomoteur du bébé tout en étant attentif à l'accordage mère-bébé présent ou non. C'est ici une globalité de la dyade qui est prise en compte, avec ce qui se joue chez chacun des deux protagonistes mais aussi ce qui se joue dans la relation à deux et donc dans leurs interactions. En fait, cette place de la psychomotricité vient lier, ou tout du moins tenter de mettre en lien, la dimension interactionnelle et affective aux manifestations psychomotrices.

Une des spécificités du psychomotricien c'est ce double espace d'intervention avec à la fois la position d'observateur extérieur qui peut se situer dans la distance vis-à-vis des dyades mère-bébé prises en charge, mais aussi la place du psychomotricien qui s'engage corporellement.

1. L'observation psychomotrice

L'observation est un outil essentiel pour le psychomotricien qui lui permet de constituer une image de l'organisation psychomotrice de son patient. Cette observation vient donc s'ancrer dans une prise en compte globale et totale du sujet. Le psychomotricien en se mettant à distance, au dehors de la relation, peut observer et s'imprégner de ce qui se joue dans l'accompagnement mère-bébé. C'est cette observation clinique qui nous sert de guide et permet d'orienter notre travail qu'il est nécessaire de repenser et réajuster en passant toujours par des moments d'observation.

D'ailleurs durant mon stage, nous commençons quasiment systématiquement par un temps d'observation quand le bébé et sa mère arrivaient. Le bébé était posé au tapis ou restait sur les genoux de sa maman. Ce temps en tant qu'observateur extérieur était un moment qui permettait au bébé de s'adapter, de se familiariser avec l'environnement de la pièce. C'était aussi un moment pour discuter avec la maman et prendre connaissance de l'état de celle-ci, de celui du bébé et de comment ils arrivaient aujourd'hui ensemble. Notamment avec la maman d'Emma, ce temps de « reprise » était aussi pour nous le moment où recréer, retrouver une alliance thérapeutique qu'il faut maintenir ou « rétablir » d'une semaine sur l'autre. Enfin, ce temps nous permettait aussi d'observer le bébé dans sa motricité spontanée,

de commenter avec la maman ce qui se passait et donc d'avoir des éléments sur son développement, son état tonico-émotionnel et son niveau de vigilance à cet « instant T ».

Dans l'observation psychomotrice il y a l'idée de porter attention à l'autre tout en gardant une certaine continuité, cela permet d'être là en présence de l'autre. Cet outil nous est donc très précieux en tant que psychomotricien ; qui plus est dans le suivi de très jeunes enfants et de prises en charge mère-bébé. Effectivement, le bébé a comme seul objet d'expression son corps et son développement est dépendant de la mise en place d'une relation sécurisée avec ses parents. Aussi, il est important de pouvoir observer les différentes modalités d'interactions qui sont présentes entre le bébé et sa mère. Ce sont des éléments précieux qui renseignent sur le mode de fonctionnement de cette dyade et qui orientent, par la suite, notre façon d'agir auprès du bébé et de sa maman de manière adaptée à cette dynamique familiale.

Le psychomotricien, à travers son observation psychomotrice, est particulièrement sensible à la communication infra-verbale présente dans la relation, et donc à l'expressivité corporelle de chacun des deux partenaires. Avec l'idée d'observer aussi les difficultés et les possibilités du bébé ainsi que celles de sa mère. Est-ce un bébé qui sollicite sa maman, et par quoi passent ses sollicitations ? Idem pour la maman : interpelle-t-elle son bébé et comment ? Son enfant peut-il alors lui répondre ? Quelles conséquences peuvent avoir des troubles psychomoteurs sur la relation et inversement : quelles conséquences peuvent avoir des troubles relationnels sur le développement psychomoteur ? Cette observation vient renseigner quant aux canaux d'échanges qui sont plus ou moins privilégiés en fonction de chaque dyade (le tonus, le regard, la voix, ...) et donc de la richesse de ces échanges. Ceci nous rapproche aussi progressivement de toute l'observation autour de l'accordage affectif, du dialogue tonico-émotionnel. Y-a-t-il du plaisir partagé et recherché dans les échanges ? C'est donc cet écueil d'observations qui vont influencer sur notre positionnement et permettre d'ajuster au mieux notre approche.

2. L'engagement corporel du psychomotricien

Le psychomotricien c'est aussi un thérapeute qui s'engage corporellement et vient s'insérer au-dedans de la relation mère-bébé en s'y rapprochant au plus près. En effet, il est question de l'intimité dans cet espace relationnel qui unit le bébé à sa mère. Cet espace est

riche en échanges et met en exergue la place du corps dans la relation. Une implication corporelle de la part du psychomotricien dans une telle prise en charge est donc inévitable et fondamentale. C'est avec son corps comme outil d'expression et d'étayage qu'il va pouvoir faire office de soutien à la relation.

Cette proximité permet d'être aussi pleinement dans l'interaction avec le bébé, avec la maman et avec les deux à la fois. Ces moments où nous sommes acteurs corporellement donne une nouvelle dimension à notre pensée, notre réflexion sur les accompagnements que nous réalisons. Il est alors possible de s'appuyer sur nos éprouvés corporels, sur ce que nous avons véritablement vécu et ressenti intérieurement dans l'interaction. L'engagement corporel permet d'amener, en effet, de nouvelles possibilités avec la notion du toucher et de l'échange tonique entre les deux personnes qui touchent et sont à la fois touchées. Je trouve que cette implication du corps rend, notamment, très riche les éléments sur le tonus qui peuvent être différents de ceux recueillis lors de l'observation. Cela a aussi pour intérêt de venir mobiliser la maman et son bébé différemment. En offrant un soutien, des champs de possibles peuvent s'ouvrir. En effet, il est possible de noter de meilleures capacités relationnelle et d'adaptation chez une dyade mère-bébé quand celle-ci peut prendre appui sur nous avec par exemple davantage de possibilités dans l'interaction, le niveau attentionnel, la capacité de détente, ...

Le psychomotricien à travers cet engagement corporel vient lui aussi s'appuyer sur ses propres appuis internes composés de repères théoriques qu'il s'est appropriés et d'expériences corporelles qui lui permettent d'avoir une conscience particulière portée sur ses ressentis. C'est tous ces appuis internes qui font aussi que le psychomotricien peut compter et jouer avec ses appuis externes, davantage physiques, comme la manière dont il est installé, c'est-à-dire sa posture, son tonus mais aussi la distance ajustée de son positionnement. Pour le psychomotricien il y a aussi toute la façon d'utiliser sa voix dans l'interaction avec le bébé et sa maman, avec les différentes intonations possibles ou bien la voix qui simplement fredonne une mélodie et créer une sorte d'enveloppe. La psychomotricienne en balnéothérapie avec Emma et sa maman reprenait beaucoup les babils d'Emma et cela permettait de maintenir un véritable lien. Emma pouvait alors continuer de vocaliser avec un certain plaisir. J'ajouterai aussi le toucher comme un élément important, d'abord parce qu'il faut être précautionneux quand on touche un bébé, il y a tout un savoir autour de la manière de manipuler, toucher le bébé. Mais aussi par rapport au regard de la

maman qui voit son enfant être touché par un « autre » et qui peut souhaiter que l'on reste à distance, au moins dans les débuts de notre rencontre. Les mères peuvent d'ailleurs aussi être touchées, par exemple quand il est question de les aider à s'ajuster dans le portage de leur bébé. En confiant Emma à la psychomotricienne, Mme l'autorisait donc à toucher Emma, à la tenir dans ses bras, contre elle ou sur le tapis. Ces moments de touché dans l'eau permettaient par exemple à la psychomotricienne de venir accompagner Emma dans la réalisation de rotations au niveau de sa ceinture scapulaire et pelvienne, donc de la mobiliser différemment. La psychomotricienne pouvait aussi offrir son corps comme appui ou bien soutenir une posture particulière en contenant Emma par son contact et en facilitant un échange en face à face avec sa maman.

Les éléments qui sont apportés ne sont pas les mêmes selon notre distance et notre implication corporelle, mais ils apportent une complémentarité à notre compréhension et notre ajustement aux patients rencontrés. Il me semble que c'est d'ailleurs ensuite ces allers-retours entre éloignement et rapprochement qui permettent de prendre du recul et de jongler avec nos ressentis subjectifs avec lesquels nous travaillons ainsi que notre observation qui est plus objective. Il s'agit là de la capacité de penser du psychomotricien et tout ce travail participe à l'élaboration d'une représentation globale de la dynamique relationnelle présente entre la mère et son enfant.

Ces deux points de vue d'observation et d'implication corporelle sont indissociables l'un de l'autre, c'est ce qui marque notre spécificité de psychomotricien avec la notion d'être à la fois dedans et dehors. La place du professionnel dans cette proximité mouvante est en perpétuel remaniement, et elle est à penser et réajuster de manière continue. C'est aussi selon moi cette association qui nous permet d'avoir une place fondamentale auprès des dyades en pouvant offrir un soutien physique et psychique adaptable en fonction des besoins, des souffrances du bébé et de sa mère.

IV. Le psychomotricien : un soutien à la relation mère-bébé

A travers sa fonction le psychomotricien assure un rôle de portage affectif et relationnel auprès de la dyade mère-bébé. Ce portage passe par exemple par la valorisation des capacités du bébé ce qui permet à celui-ci de se saisir de notre soutien pour expérimenter. C'est aussi une manière de venir toucher la maman dans ses propres compétences. En étant au plus près du bébé et en l'accompagnant dans son développement et ses possibilités il y a un réel effet de revalorisation narcissique de la fonction maternelle. Derrière ce travail il y a l'idée de venir redonner une place au corps relationnel parfois substitué par le corps fonctionnel sur lequel la mère peut se trouver focalisée et figée. L'approche psychomotrice peut donc permettre d'amener un regard différent posé sur le bébé et sur la maman avec l'idée d'un portage qui « ouvre ainsi à l'expression et au sens de ce qui se vit »²⁵. Aussi, en plus d'apporter une nouvelle vision le psychomotricien prend en quelque sorte cette fonction d'interprète de la mère décrite par J. BERGES en mettant du sens sur les vécus du bébé et de la mère afin d'établir une communication au sein de la relation dyadique.

Cette nouvelle vision que peut alors avoir la maman de son enfant vient réellement recréer du lien dans la relation. Ici se trouve mis en avant la double fonction de tiers et de liant du psychomotricien. En effet, par ce regard à la fois objectif et subjectif le professionnel peut prendre une place d'intermédiaire dans cette relation duelle. Cette place qu'occupe le psychomotricien pourrait parfois être rapprochée du rôle que joue le père en tant que tiers dans le lien mère-bébé ; mais ceci est encore une autre réflexion. En tout cas il y a dans ce positionnement un certain recul qui est pris par rapport au bébé et à la mère qui sont encore dans un fonctionnement de dépendance important. Cette distance et proximité permet au psychomotricien de venir faire du liant entre la mère et son bébé pour leur permettre d'être plus qu'ensemble, c'est-à-dire se rencontrer et avoir du plaisir partagé.

C'est aussi à ce niveau qu'il faut voir notre fonction comme adaptable selon chacun des partenaires. Nous pouvons alors être la personne qui, au début, vient suppléer la maman ou le bébé dans les moments de « dysfonctionnement ». Le psychomotricien est en quelque sorte cet entre-deux qui répond à la maman par des mots quand le bébé ne répond pas aux

²⁵ BASUYAU-ROUQUETTE B., *Le « portage » thérapeutique de la dyade mère-bébé en psychomotricité*, p. 78

sollicitations maternelles. Et inversement, quand la maman est débordée nous pouvons être les bras ou la voix qui calme le bébé et qui met en mots ce qui se passe pour l'un comme pour l'autre : « comme un écho qui s'offre aux éprouvés et à la pensée »²⁶. Sans prendre la place du bébé ou de sa mère il s'agit plus de venir proposer un appui aux dyades en souffrance, pour qui, cet échec dans la relation peut devenir insurmontable. L'intervention de la psychomotricienne, qui vient gazouiller auprès du bébé en reprenant ses babils, en jouant avec lui au « coucou-caché » dans un échange de plaisir, donne aussi à la maman un support sur lequel prendre appui pour organiser sa maternalité. Comme le font les bébés avec leurs mamans, les mères peuvent imiter la psychomotricienne pour ensuite s'approprier ces différents types de conduites dans le jeu, dans le portage, ... Il me semble donc qu'il y a dans ce travail la notion d'identification de la mère au psychomotricien, avec l'avantage que lorsqu'il y a une personne qui montre, qui ose, il est peut-être plus facile de se lancer par la suite. C'est selon moi une manière de créer l'alliance thérapeutique avec les mamans. En effet, nous ne sommes pas en train d'expliquer à la maman comment elle doit s'y prendre mais elle peut voir, observer comment nous faisons et c'est là toute la différence. Il est alors possible de commenter nos agirs mais c'est « notre » manière de faire, la mère est donc libre de faire autrement, ou de faire comme nous ce qui peut la rassurer dans un premier temps. Nous offrons un miroir aux mamans en leur renvoyant une image d'une manière d'être avec leur enfant. C'est ce réfléchissement qui peut leur permettre de s'identifier à nous, de s'imaginer à notre place avec leur bébé et ensuite de reprendre ce qu'elles ont perçu, ou en tout cas d'oser plus.

Par ailleurs le psychomotricien, en étant l'intermédiaire qui englobe à la fois la mère et son bébé, a une fonction dite de réceptacle quant aux projections possibles de la mère envers son bébé. Cette fonction contenante du psychomotricien permettrait donc aussi de diminuer les tendances agressives que peut avoir la mère à l'égard de son enfant. A un autre niveau cela permettrait à la maman de déposer et de mettre en mots cette agressivité latente. Ainsi, progressivement la mère et son bébé sont invités à être davantage acteurs dans les allers-retours que fait le psychomotricien. Des possibles leurs sont donc offerts et ils peuvent prendre la place qu'ils souhaitent et surtout qu'ils sont en capacité de prendre. A nous ensuite de nous retirer pas à pas en fonction de l'évolution observée. Dans ces moments d'autonomisation de la dyade je revois la psychomotricienne qui venait soutenir la maman

²⁶ Ibid., p. 78

d'Emma en la laissant être et faire avec sa fille. Il y avait ici davantage une notion de guidance maternelle avec un accompagnement majoritairement verbal et donc moins corporel.

Ce soutien dans les interactions précoces vient tisser un bout de lien qui parfois ne peut pas se faire jusqu'au bout sans l'aide d'un tiers. En effet, il y a parfois une véritable « coupure relationnelle » et notre travail est d'aller chercher une réhabilitation de la dyade. Pour pouvoir offrir ce rôle de soutien à la relation mère-bébé il est fondamental que le psychomotricien puisse construire ses propres appuis internes comme externes. Malgré toute la beauté de ces premiers temps de vie et de liens qui se tissent entre la mère et son enfant, cette pratique en périnatalité confronte aussi à des suivis qui peuvent mobiliser de fortes émotions qu'il faut pouvoir apprivoiser tout en y voyant un support à l'élaboration clinique.

CONCLUSION

Après les trois mois de prise en charge en balnéothérapie (Emma a alors 11 mois ½ en AR et 9 mois et 3 semaines en AC) Emma a acquis le retournement du dos au ventre et du ventre au dos. Sa posture en décubitus ventrale est harmonieuse mais avec encore peu d'investissement du bas du corps. Lors du passage de la position couchée à assise Emma montre un bon appui latéral de la main. Elle peut tenir la position assise, dans laquelle sa maman la met beaucoup, cependant Emma ne sait pas encore s'asseoir seule. Concernant la préhension, la pince fine pouce-index est possible mais peu utilisée avec, pour le moment, une manipulation préférentiellement palmaire. Les interactions entre Emma et sa maman restent difficiles, cependant Emma se montre parfois bien en lien et dans un certain plaisir partagé comme lorsqu'elle fait « bravo » et émet des sons.

A l'heure actuelle Emma a maintenant 15 mois. Elle a quitté, avec sa maman, notre unité et un relai s'est fait auprès d'un CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) afin qu'Emma et sa mère puissent encore bénéficier du soutien qu'offre un suivi.

La rédaction de mon mémoire a été pour moi un réel support à ma réflexion clinique. J'ai aussi dû retraverser beaucoup de concepts théoriques afin de les comprendre davantage et d'essayer de les intégrer en me les appropriant. J'ai alors réalisé à quel point ce travail sur la théorie n'était qu'un début, et que cela se continuerait encore tout au long de ma pratique future. Cet exercice de mise en lien entre la théorie et la clinique, bien qu'éprouvant, reste véritablement une expérience passionnante. En rédigeant ce mémoire j'ai redécouvert ce plaisir de l'écriture que j'avais déjà avant mais qui, cette fois-ci, s'associait à un second plaisir : celui de la clinique psychomotrice.

Durant toute cette élaboration j'ai rapidement été confrontée à l'intrication de toutes les théories sur la relation mère-bébé qui s'entremêlent et sont finalement toujours liées entre elles. Aussi, dans la construction de mon mémoire j'ai rencontré des obstacles qu'il m'a fallu surmonter. J'ai, notamment, dû apprendre à faire des choix et aussi à mettre de côté certaines notions tout en déterminant un axe principal et un fil conducteur dans mon sujet de mémoire.

La place de la dyade mère-bébé y est effectivement centrale, cependant j'ai aussi en tête toute la place des pères qui peut être laissée ou non par la dyade, par les lieux d'hospitalisation, par la société, ... Mais selon moi c'est encore un autre thème de mémoire qui s'ouvre ici sur les pères et leur rôle dans toute cette sphère intime de la relation mère-bébé.

Ce travail d'écriture m'a invité, tout au long de son élaboration, à me pencher sur la notion d'accordage entre la mère et son bébé avec tous les processus que cela comprend. J'ai abordé cet aspect sous l'angle des interactions précoces et de l'établissement de premiers liens entre la mère et son bébé. Avec aussi toute la question des troubles qui peuvent se jouer à ce début de la vie et s'inscrivent souvent dans une profonde souffrance de la mère et son bébé qui n'arrivent pas à s'accorder. C'est à partir de cette réflexion et de mon accompagnement en stage auprès d'Emma et de sa maman que j'ai voulu identifier plusieurs points essentiels de la relation mère-bébé en lien avec un désaccordage.

Le rôle du psychomotricien en périnatalité, tel que je l'ai découvert cette année durant mon année de stage, est avant tout d'offrir un réel accueil par l'écoute attentive mais aussi d'accompagner les dyades mère-bébé mises à mal en les étayant par notre approche corporelle et nos mots. Nous, psychomotriciens, jouons ce rôle de réceptacle ainsi que de contenant quant aux souffrances de la mère et de son bébé, quelles qu'elles soient, physiques, psychiques et relationnelles. La mise en jeu du corps semble alors prendre une place importante dans l'aide apportée à la mère et à son enfant. Avec l'accompagnement d'un dialogue tonico-émotionnel à la fois réciproque et ajusté nous venons solliciter la dyade mère-bébé du côté d'un partage émotionnel et d'un plaisir dans l'échange et l'« être ensemble ».

Ce stage m'a également permis de penser et d'avoir une vision nouvelle dans mon second stage auprès d'enfants âgés de trois à dix ans. La structuration des enfants que je rencontrais venait souvent me faire écho à tout ce travail d'élaboration autour de la relation mère-bébé et des premiers liens qui s'établissent précocement, ce qui me permettait de faire des associations et hypothèses sur leur problématique psychomotrice.

Ce mémoire est aussi pour moi un premier aboutissement de mon souhait de travailler autour de la prise en charge précoce de mères et de bébés mis à mal dans l'établissement de premiers liens stables. J'y vois aussi une réelle valorisation de notre métier de psychomotricien qui peut trouver une place fondamentale au sein de cette clinique. En effet, cette place en périnatalité permet d'aller à la rencontre des débuts de la vie et des potentiels troubles qui s'installent précocement. Le psychomotricien offre une approche singulière de la relation mère-bébé en mettant en lien et en avant l'interdépendance entre les troubles relationnels, d'accordages affectifs et le développement psychomoteur et psycho-affectif de l'enfant. Tout en prenant, bien entendu, en compte l'impact psychique possible sur la mère et l'entourage proche du bébé.

Accompagner les mères et leurs nouveau-nés a, depuis longtemps, été un souhait. Durant cette année de stage le partage et les émotions que j'ai éprouvés ont confirmé ma sensibilité particulière pour cette population. L'envie de continuer sur ce chemin, de suivre pas à pas les liens et l'accordage qui se tissent entre la mère et son bébé, est devenue une évidence que j'espère pouvoir expérimenter et accomplir au plus tôt.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- COUVET M., (2011), *Les premiers liens*, Bruxelles, Editions Fabert, 2011.
- MARTEL M-J. & MILETTE I., (2006), *Les soins du développement – Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*, Montréal, Editions du CHU Sainte-Justine, 2006.
- STERN D., (2004), *Journal d'un bébé*, Paris, Editions Odile Jacob, 2012.
- VASSEUR R. & DELION P., (2010), *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, Editions Erès, 2013.

Chapitres d'un livre :

- WINNICOTT D. W., La capacité d'être seul, in D. W. WINNICOTT, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Millau, Editions Payot, 1969, p. 325-333.
- WINNICOTT D. W., La préoccupation maternelle primaire, in D. W. WINNICOTT, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Millau, Editions Payot, 1969, p. 285-291.
- WINNICOTT D. W., La théorie de la relation parent-nourrisson, in D. W. WINNICOTT, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Millau, Editions Payot, 1960, p. 358-378.
- WINNICOTT D. W., Le rôle de miroir de la mère et de la famille, in D. W. WINNICOTT, *Jeu et Réalité*, Malesherbes, Editions Gallimard, 1975, p. 203-214.

Articles :

- BACHOLLET M-S. & MARCELLI D., 2010, Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements, *Enfance & Psy*, N° 49, p. 14-19.
- BASUYAU-ROUQUETTE B., 2008, Le « portage » thérapeutique de la dyade mère-bébé en psychomotricité, *Spirale*, N°46, p. 71-79.
- BOSCAINI F., 2004, Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique, *Evolutions psychomotrices*, N° 63, p. 12-20.
- BULLINGER A., 1998, La genèse de l'axe corporel, quelques repères, *Enfance*, Tome 51, N°1, p. 27-35.
- CICCONE A., 1995, Le nourrisson et la douleur psychique, *Dialogue*, N° 128, p. 6-15.
- DRUON C., 2012, Quel lien entre le bébé prématuré et ses parents en médecine néonatale ?, *Revue française de psychosomatique*, N° 41, p. 135-147.
- FAVA VIZZIELLO G., 1999, Le suivi affectivo-relationnel des enfants hospitalisés : la naissance en néonatalogie : prévention, observation ou thérapeutique ?, *Cahiers psychiatriques*, N°26, p. 91-105.
- GOLSE B., 2011, « Des sens au sens » – La place de la sensorialité dans le cours du développement, *Spirale*, N°57, p. 95-108.
- GUEDENEY N. & BEKHCHI-MISTYCKI V., 2008, Evaluation des représentations maternelles de la protection dans la grande prématurité, *Devenir*, Volume 20, N°1, p. 5-33.
- HAAG G., 1985, La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, Volume 33, N° 2-3, p. 107-114.

- HAAG G., 1988, Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, Volume 36, N° 1, p. 1-8.
- LAMOUR M. & LEBOVICI S., 1991, Les interactions du nourrisson et ses partenaires : évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques, *Psychiatrie de l'enfant*, N° 34, p. 171-275.
- LIVOIR-PETERSEN M-F., 2008, Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme, *Contraste*, N°28-29, p. 41-70.
- MARCELLI D., 1992, Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson, *Psychiatrie de l'enfant*, N°35, p. 57-82.

Sites internet :

- ROBERT-OUVRAY S. (<http://s.robortouvray.free.fr/articles.htm>), pour les articles :
 - Le holding psychomoteur

ACCORDAGE ET ETABLISSEMENT DES PREMIERS LIENS DANS LA RELATION MERE-BEBE



Mots clés

Relation mère-bébé – Compétences – Interactions précoces – Accordage – Désaccordage – Premiers liens – Plaisir partagé – Dialogue tonico-émotionnel – Portage – Regard du psychomotricien – Fonction de soutien.

Résumé

La relation qui lie la mère et son enfant se construit en appui sur leurs différentes compétences interdépendantes. Ces compétences apportent, par la suite, un réel soutien au développement des interactions précoces qui sont fondamentales dans l'établissement de premiers liens sécurisés et stables. Mais lorsque des troubles dans la relation mère-bébé adviennent, qu'en est-il des répercussions sur l'accordage de la dyade ? Comment le désaccordage peut-il être compris ? Et comment mettre en lien trouble des interactions précoces et développement psychomoteur chez le bébé ? Afin de tenter de répondre à ces questions, je vous invite à partir à la rencontre d'Emma et de sa maman. Puis, plusieurs réflexions sur le regard du psychomotricien et sa fonction de soutien dans la relation mère-bébé seront développées.

Laurence TEULADE-DURANT

~~U~~