



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

La posturation dans le suivi psychomoteur de la dyade mère-bébé en
unité de psychiatrie périnatale

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Romane GRÉAUD

Mai 2024 (Session 1)

N°1835

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Jacques LUAUTÉ

La *posturation* dans le suivi psychomoteur de la dyade mère-bébé en
unité de psychiatrie périnatale

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

Par : Romane GRÉAUD

Mai 2024 (Session 1)

N°1835

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président CA
Pr. Philippe CHEVALIER

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. Gilles RODE**

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –
Lyon Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. Philippe PAPAREL**

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Président **Pr. Carole BURILLON**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

UFR Faculté des sciences
Directrice **Mme Sylvie VIGUIER**

Département de Génie électrique et des
procédés
Directrice **Mme Sophie CAVASSILA**

Département Informatique
Directrice **Mme Saida BOUAKAZ
BRONDEL**

Département Mécanique
Directeur **Mr Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

Vice-président relations hospitalo-
universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

U.F.R. d'Odontologie
Directeur **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **Mr Guillaume BODET**

Institut Universitaire de Technologie Lyon
1 (IUT)
Directeur **Mr Michel MASSENZIO**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Mr Christian ROBERT**

Observatoire de Lyon
Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

Institut National Supérieur du
Professorat et de l'éducation (INSPé)
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

DÉPARTEMENT-PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques

M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Elodie ROYER

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD
Psychomotricienne

Coordinatrice Recherche

Mme Jeanne-Laure EECKHOUT
Psychomotricienne

SOMMAIRE

Introduction	1
Partie Théorique	3
1. Le développement psychomoteur du bébé	3
1.1. Le substrat neurologique dans le développement précoce.....	3
1.1.1. Le tonus et la motricité primaire.....	3
1.1.2. Les modalités de traitements des informations sensorielles dans l'environnement.....	4
1.1.3. Quelques signes d'alerte	6
1.2. Un modèle théorique : La sensori-motricité selon A. Bullinger	7
1.2.1. Une modélisation de l'environnement par le concept de <i>flux sensoriel</i>	8
1.2.2. Les étapes du développement psychomoteur du bébé selon <i>l'axe de développement</i>	8
2. La relation mère-bébé	10
2.1. La construction précoce de la relation.....	10
2.1.1. Les travaux sur les dynamiques interactionnelles de D. Winnicott.....	10
2.1.2. La notion d'attachement et d'interactions précoces	12
2.2. Des exemples de pathologies pouvant entraîner des difficultés relationnelles dans la dyade	13
2.2.1. Le cas du Reflux Gastro-Oesophagien (RGO) chez le bébé.....	13
2.2.2. Le cas de la dépression du post-partum de la mère	15
3. La <i>posturation</i> en psychomotricité	16
3.1. Définitions de posture et portage	16
3.1.1. La posture	16
3.1.2. Le portage.....	17
3.2. Les fondements théoriques de la <i>posturation</i>	17
3.2.1. L'équilibre tonico-postural.....	17

3.2.2. Le dialogue tonico-émotionnel	18
3.3. La <i>posturation</i> , un outil spécifique du psychomotricien	19
3.3.1. Origines et définitions	19
3.3.2. La <i>posturation</i> et le portage	19
Partie clinique	21
1. Présentation de l'unité	21
1.1. L'unité de psychiatrie périnatale.....	21
1.2. Ma place de stagiaire	22
2. Présentation de Thomas et de sa maman	23
2.1. Anamnèse de la dyade	23
2.2. Observations psychomotrices de la dyade.....	24
2.2.1. La première rencontre	24
2.2.2. Hypertonicité, hypervigilance, hyperextension	26
2.2.3. Portage, installation et disponibilité à l'environnement.....	27
3. Projet de soin de Thomas et Mme N au sein de l'unité.....	28
3.1. Objectifs thérapeutiques interdisciplinaires	28
3.2. Projet thérapeutique du groupe « Rythme et Musique »	29
4. Les séances individuelles de psychomotricité	30
4.1. Tableau initial de la rencontre avec Mme N et Thomas.....	30
4.1.1. Récit maternel et éléments de vie quotidienne	30
4.1.2. La première séance de psychomotricité	31
4.1.3. Les prémices du soin.....	32
4.2. Donner des appuis à Thomas et à sa maman.....	33
4.2.1. La contenance physique et l'imitation	33
4.2.2. La co-modalité sensorielle	35
4.3. Une base de sécurité pour Thomas et sa maman.....	36
4.3.1. Le dialogue-tonico-émotionnel.....	36
4.3.2. La place du regard.....	37

5. Aspect pluridisciplinaire de la prise en charge dans les lieux communs	38
5.1. Le groupe rythme et musique	38
5.2. Les temps dans les lieux du quotidien.....	40
5.3. La mise en place du séquentiel.....	41
Partie théorico clinique	43
1. Les difficultés dans la dyade	43
1.1. Du côté de Thomas.....	43
1.2. Du côté de la mère.....	45
1.3. Du côté de la relation	47
2. Restaurer une relation parent-enfant de qualité	49
2.1. Donner des appuis corporels	49
2.2. Un accordage tonico-émotionnel.....	50
2.3. Une ouverture à la relation.....	52
3. Placer l'éveil du bébé au centre des préoccupations parentales	54
3.1. Transmission du savoir-faire au parent : la <i>posturation</i>	54
3.2. Les périodes sensibles justifient un accompagnement précoce	55
3.3. Un besoin d'étayage développemental spécifique	57
Conclusion	59

« *On n'apprend rien à l'enfant, on lui donne des appuis* »

A. Bullinger, 2004

LEXIQUE

APGAR : Apparence Pouls Grimace Activité Respiration

APLV : Allergie aux Protéines de Lait de Vache

ATNP : Asymmetric Tonic Neck Posture

ATNR : Asymmetric Tonic Neck Reflex

CIM 11 : Onzième édition de la Classification Internationale des Maladies

DPP : Dépression du Post-Partum

DSM-V : Cinquième édition du Manuel de Diagnostic et Statistique

HDJ : Hôpital De Jour

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMI : Protection Maternelle Infantile

PMP : Préoccupation Maternelle Primaire

RGO : Reflux Gastro-Cœsophagien

SA : Semaine(s) d'Aménorrhée

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma dernière année de formation en psychomotricité, j'effectue mon stage en unité de soin conjoint parents-bébé. Ce service hospitalier de psychiatrie périnatale accueille des enfants de zéro à deux ans et leurs parents. Ces derniers intègrent l'unité lorsque des difficultés relationnelles sont relevées présentant des risques sur le développement du bébé. L'unité prend donc en charge les familles avec des troubles et difficultés variés (dépression du post-partum, épuisement parental, troubles du sommeil chez le bébé, troubles de l'alimentation du bébé, irritabilité, hypertonicité, pleurs incoercibles, *etc.*). Les indications relèvent soit d'une cause psychique/relationnelle soit d'une cause somatique ayant des répercussions sur la relation parent-enfant.

Je rencontre donc Thomas âgé de deux mois, orienté dans le service pour une irritabilité importante, et sa maman, Mme N qui dort peu et mange peu depuis l'accouchement. Je m'appuierai ainsi sur leur récit pour illustrer mes propos au cours de cet écrit.

Comme l'affirmait Winnicott (1989), « Un bébé, ça n'existe pas. Il fait essentiellement partie d'une relation ». Cette citation expose la nécessité de s'intéresser à l'environnement et aux interactions de l'enfant au vu de l'immaturité physiologique et psychique qui le rend pleinement dépendant de l'autre. Bien que le patient soit l'enfant, la prise en soin s'effectue toujours en co-construction avec un parent puisque le travail du lien parent-enfant est primordial pour un bébé. Il est donc essentiel de parler de l'enfant et de ceux qui en prennent soin au quotidien dans ce travail de mémoire.

Dans cette unité de psychiatrie périnatale, le travail de la *posturation* est central au cours des séances de psychomotricité. Une attention est portée à l'installation et à la posture du parent et de son enfant afin de les aider à se rendre disponibles pour une activité conjointe et un moment relationnel.

J'ai souvent pu observer ce travail de *posturation* dans différentes cliniques aussi bien avec des adultes, des enfants, que des bébés durant mes stages. Cela me semble même être au cœur de notre pratique psychomotrice. S'assurer de la bonne posture et des bons appuis du patient durant les séances de psychomotricité est souvent essentiel pour

permettre une activité de qualité. Je souhaitais donc approfondir ce sujet au cours de mon mémoire de dernière année d'étude.

Ce que André Bullinger nomme « *la mise en forme du corps* » (2004) ou Roger Vasseur et Pierre Delion « *la posturation* » (2010) correspond au fait d'installer une personne de façon à lui donner des appuis posturaux et émotionnels pour lui permettre de réguler son tonus et d'être acteur de sa motricité, de ses échanges avec le milieu et de son développement. Je me suis donc posé la question suivante : en quoi la *posturation* de la dyade mère-bébé permet de soutenir la relation parent-enfant et de favoriser le développement du bébé, dans un contexte de dépression du post-partum ?

Préalablement, dans une partie théorique, nous étudierons le développement psychomoteur du bébé. Puis nous aborderons les processus interactionnels qui se jouent entre une mère et son enfant dans les premiers mois de sa vie. Enfin nous expliquerons le concept de *posturation* en psychomotricité. Dans une seconde partie clinique, nous exposerons le cas de Thomas et de sa maman et leur prise en charge au sein de l'unité. Pour finir, nous mettrons en lien les éléments précédents, dans une troisième et dernière partie afin d'apporter une réflexion aux difficultés de la dyade.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THEORIQUE

1. Le développement psychomoteur du bébé

1.1. Le substrat neurologique dans le développement précoce

1.1.1. Le tonus et la motricité primaire

Selon le dictionnaire du Larousse (2023), le mot « tonus » vient du latin *tonus* et du grec *tonos* qui signifie « tension ». Vulpian définit le tonus musculaire par « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent. » (Vulpian, cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 161). Le tonus est dépendant d'une activité réflexe d'origine médullaire. Il assure la résistance à la pesanteur en soutenant la posture (qui permet le mouvement). Une régulation tonique permet de préparer, orienter et soutenir le mouvement. Cette régulation est mature lorsque les systèmes neuromusculaires le permettent aux alentours de sept ans.

Il existe différents types de tonus. Le tonus de base désigne la tension des muscles au repos. Le tonus de posture (ou d'attitude) caractérise la tension musculaire maintenue pour soutenir la posture corporelle, contribuant à la stabilité et à l'équilibre. Le tonus d'action se réfère à la tension musculaire qui facilite le mouvement volontaire et la réalisation des actions motrices. La tonicité correspond à la manière dont l'individu communique au travers de son tonus. (Pireyre, 2021).

À la naissance du bébé, l'organisation tonique est immature. L'état tonique du nouveau-né à terme, se caractérise par l'association d'une hypotonie axiale et d'une hypertonie segmentaire. Le faible tonus des muscles du tronc et de la nuque empêche tout redressement actif de l'axe vertébral. La tonicité des muscles fléchisseurs des membres est supérieure à celui des muscles extenseurs, ce qui entraîne une « attitude en flexion » des membres inférieurs et supérieurs. (Rivière, 2005). Les bras et les jambes du nouveau-né sont donc regroupés sur son tronc relâché et lui confèrent une position enroulée appelée « enroulement primaire » (Robert-Ouvray, 2007). Cet enroulement permet de centrer le bébé sur lui-même, de sentir une stabilité intérieure et une sensation de contenance physique et psychique (Kloekner, 2011).

Au cours des premiers mois de vie, la maturation neurologique permet au tonus de se développer en suivant les lois de développement céphalo-caudale (de la tête vers le bas du corps) et proximo-distale (des parties proches du tronc vers les extrémités). Le tonus axial augmente de la tête vers le bas du dos. Puis, le tonus des membres s'équilibre des parties proches du tronc (telles que les épaules) vers les parties distales (telles que les mains). Les muscles fléchisseurs des bras et des jambes se relâchent et les extenseurs se renforcent progressivement. (Rivière, 2005). L'évolution du système nerveux central confère au bébé un contrôle tonique et postural lui permettant une meilleure maîtrise de ses mouvements (Robert-Ouvray, 2007).

La motricité primaire du nourrisson est caractérisée par une motricité réflexe dite archaïque qui n'a pas encore de visée instrumentale.

Il n'y a pas de fonction visée, excepté l'intégration sensori-motrice des muscles et des articulations du corps qui prépare la motricité volontaire : lorsqu'il pédale, l'enfant prépare sa marche future ; lorsqu'il babille, il s'exerce au langage articulé.

L'enfant se sent exister dans cette motricité primaire spontanée et incessante grâce aux sensations proprioceptives. (Robert-Ouvray, 2014, p. 16-17)

Les réflexes archaïques sont des réponses automatiques et involontaires du nourrisson. Ils servent à des fonctions dites « primitives » telles que la survie ou la protection et permettent l'établissement de connexions neuronales nécessaires au développement de la motricité volontaire (Robert-Ouvray, 2014). Par exemple, réflexe de succion permet de se nourrir, le réflexe d'agrippement permet de s'accrocher durant le portage, le réflexe de Moro permet de protéger le corps en cas de chute (Pinelli, 2010). Le réflexe de Moro est souvent observé chez les bébés en difficulté en unité périnatale. Il est caractérisé par l'extension des bras et l'ouverture des mains en réponse à une sensation de chute ou de sursaut, suivi par un mouvement de contraction des bras vers le corps. (Robert-Ouvray, 2014). Les réflexes archaïques tendent à disparaître à mesure que le bébé grandit et que le système nerveux se développe, cédant la place à des réponses plus sophistiquées et contrôlées. Le bébé pourra alors agir sur son environnement et découvrir le monde qui lui sera présenté. L'environnement occupe donc une place prépondérante au développement cérébral du bébé (Lécuyer, 2005).

1.1.2. Les modalités de traitements des informations sensorielles dans l'environnement

D'après Alvarez et Golse (2020), le bébé possède un équipement neuro-physiopsychologique qui lui confère de multiples compétences dès la vie fœtale. Le bébé est

capable de percevoir les informations sensorielles de façon amodale, c'est-à-dire qu'il serait capable de traiter les informations reçues par un canal sensitivo-sensoriel donné et de les traduire dans une autre modalité sensorielle. C'est également ce que Stern (2003) nomme la transmodalité. Cette multisensorialité leur permet d'appréhender le monde de manière riche et complexe dès le stade fœtal (Vaivre-Douret, 2003).

Comme nous l'avons étudié précédemment, les réflexes archaïques permettent au bébé de soutenir l'élaboration de sa motricité et de communiquer avec l'environnement. Cela lui confère la possibilité de s'auto-apaiser et de se réassurer seul dans un environnement sécurisé (notamment durant les phases d'endormissement). Ainsi, dès le stade fœtal le bébé est capable de sucer son pouce. À sa naissance, il pourra émettre des sons pour se créer une enveloppe sonore puis plus tard il sera capable de s'enrouler et s'auto-bercer volontairement. (Robert-Ouvray, 2014).

Les réflexes archaïques soutiennent également l'émergence des interactions sociales. L'enfant peut initier un mouvement en réaction à une stimulation de l'adulte et être acteur de la rencontre. Cela valorise l'autre qui se sent alors reconnu et investi dans un lien de réciprocité. Ces compétences motrices sont le soubassement des interactions parents-bébé. Les capacités cognitives permettent au bébé de percevoir et reproduire des comportements plaisants et d'éviter des comportements déplaisants. (Alvarez & Golse, 2020).

Dès sa naissance, le bébé est très actif pour adresser des signaux à son entourage, indispensables à sa survie (crie, pleure, sourit, émet des sons, oriente son regard, etc.) pour obtenir « la proximité physique et la satisfaction de ses besoins ». Ces vécus sont ensuite interprétés par l'Autre qui y répondra selon ce qu'il a perçu du signal. L'interprétation dépend donc également de la qualité attentionnelle que l'Autre porte à l'enfant. « Si l'interprétation est pertinente, le bébé y trouve une sécurité, une stabilité et il gagne la force, l'énergie d'explorer son environnement sans anxiété. » (Vasseur, 2015, p. 65).

La mise en jeu du corps du bébé peut s'apparenter à sa production psychique. Son corps lui permet de s'exprimer tout comme la parole ou le dessin permet à un enfant plus grand de le faire. Les projections de l'adulte peuvent alors venir entraver ce travail d'observation en sur-interprétant des comportements (Alvarez & Golse, 2020).

1.1.3. Quelques signes d'alerte

D'après Alvarez et Golse, un des premiers signes d'alerte d'un bébé à risque de psychopathologie est le manque de variabilité et de flexibilité dans ses interactions avec l'environnement.

De ce fait, l'*irritabilité* concerne l'intolérance de certains bébés à ces fluctuations, paraissant particulièrement vulnérables aux stress les plus communs, répondant par une désorganisation de leur comportement. La *consolabilité* mesure la facilité avec laquelle le bébé pourra trouver en lui-même les ressources lui permettant de s'auto-apaiser et, simultanément l'aisance grâce à laquelle il pourra être apaisé par son entourage. Aussi, l'intensité de son *activité motrice* et sa réactivité *neurovégétative* sont des facteurs dont le clinicien doit tenir compte, de même que les caractéristiques de l'*activité de succion*, la qualité de ses *états de vigilance*, ses capacités d'*orientation sensorielles*, la clarté des *signaux* traduisant ses états internes (faim, inconfort, plaisir). (Alvarez & Golse, 2020, p. 28-29).

Un bébé en difficulté pour gérer les flux sensoriels intéroceptifs et de l'environnement sera entravé dans sa capacité à s'adapter et réguler ses différentes expériences corporelles, physiologiques, relationnelles et affectives. Il sera alors plus susceptible de présenter de l'irritabilité, une hypervigilance, une altération des capacités d'apaisement, de succion et d'orientation sensorielle rendant ses signes de communication peu différenciables et identifiables pour l'adulte. Lorsque l'adulte ne parvient pas à discerner les signaux émis par l'enfant les réponses peuvent devenir inadéquates. (Alvarez & Golse, 2020).

Si l'interprétation n'est pas pertinente, il est laissé seul à sa sensation brute d'origine, impossible à penser, à se représenter, le laissant dans la solitude de son corps, en situation de détresse psychique, ce qui se traduit aussitôt dans son organisation tonique, musculaire, posturale, de façon plus ou moins durable, voire définitive si une réponse adéquate n'est pas apportée. Le bébé est alors littéralement plombé dans son développement, incapable de déployer toutes les ressources de son contrôle postural. (Vasseur, 2015, p. 65).

La fréquence de réponses inadaptées peut entraîner des conséquences durables sur le développement psychique, moteur et tonique du bébé. Selon Pireyre (2021), un enfant laissé avec ses vécus bruts ne se sent plus sécurisé et est donc « dans une recherche envahissante de sensations organisatrices » pour se sentir exister. Il développe alors des stratégies compensatoires d'une détresse psychique comme le mouvement, l'hypertonie, l'inhibition, etc. (Pireyre, 2021, p. 174).

D'après Robert-Ouvray, l'hypertonie oblige le bébé à vivre « sur un mode sensori-moteur périphérique toutes les stimulations qu'il percevra, qu'elles viennent de l'intérieur ou de l'extérieur de lui » (Robert-Ouvray, 2002, p 55). C'est-à-dire que les bébés ayant une hypertonie sont envahis par le flux sensoriel qu'ils ne peuvent pas organiser. Bullinger (2004) explique que cette désorganisation entraîne un recrutement tonique supplémentaire et une perte de contrôle de son corps. La répétition de cette boucle ne permet pas au bébé de développer son équilibre sensori-tonique et d'atteindre une maîtrise de son corps pour interagir de manière adaptée avec l'environnement.

Pireyre (2021) explique que le tonus musculaire est lié à la vigilance. Une faible tonicité suggère une diminution de la vigilance, à l'inverse une hypertonie reflète généralement d'une hypervigilance.

La vigilance est un état neurovégétatif changeant dont le substrat neurobiologique se situe dans la formation réticulée du tronc cérébral, [...] Ce socle neurobiologique accueille la vie psychique, ayant pour résultat la modulation de la qualité de la conscience et de l'attention, sous la forme d'une oscillation entre les différents états de veille et de sommeil. (Alvarez & Golse, 2020, p. 26-28).

La vigilance est donc une fonction involontaire du corps qui modifie la qualité d'attention et influe sur la modulation de l'activité mentale et physique. La disponibilité à l'environnement dépend donc entre autres du niveau de vigilance. Une mauvaise alternance des périodes d'éveil, de sommeil et d'attention serait délétère à l'ouverture du bébé à l'environnement. (Alvarez & Golse, 2020)

Différents signes cliniques peuvent alerter sur les risques de développement du bébé. L'irritabilité, l'hypervigilance, l'hypertonie, le manque de clarté de ses signaux, la faillite des apprentissages d'auto-apaisement peuvent donc freiner l'intérêt porté à l'environnement et entraver le développement psychomoteur du bébé. Les différents signes peuvent être liés entre eux et rendre difficile la compréhension du mal-être. (Alvarez & Golse, 2020).

1.2. Un modèle théorique : La sensori-motricité selon A. Bullinger

La sensori-motricité selon Bullinger est un modèle théorique au service de la compréhension du développement du tout petit pour les psychomotriciens. Il s'agit d'un processus complexe qui met en évidence l'interaction entre les systèmes neurosensoriels

et neuromoteurs dans la découverte et la compréhension de son environnement (Bullinger, 2004).

1.2.1. Une modélisation de l'environnement par le concept de *flux sensoriel*

Le *flux sensoriel* désigne « les effets des interactions matérielles entre un organisme et son milieu » (Bullinger, 2004, p. 57). Ils représentent les différentes modalités sensorielles par lesquelles les bébés perçoivent et interagissent avec leur environnement.

Il distingue plusieurs flux qui dépendent des systèmes sensoriels de l'organisme. Tout d'abord, le *flux gravitaire* est perçu par le système vestibulaire qui est responsable de l'équilibre, du positionnement et de la perception du mouvement. Les informations gravitaires fournissent des repères essentiels à l'organisme pour s'orienter dans l'espace, ajuster ses mouvements et maintenir son équilibre lors de diverses activités motrices. Le *flux tactile* concerne les informations perçues sur la surface du corps (oralité, toucher, douleur, gaz, etc.). Le *flux olfactif* fait référence aux perceptions des odeurs qui mobilisent le bébé pour parvenir à « une satisfaction orale avec un aspect gustatif » (Bullinger, 2017, p. 83). Le *flux auditif* concerne l'ensemble des sons ambiants. Il a une fonction d'alerte et permet l'orientation et la spatialisation. Le *flux visuel* correspond aux informations perçues à travers la vue. La sensori-motricité se développe à partir de l'interaction entre les systèmes sensoriels et les flux sensoriels issus de l'environnement. L'ensemble de ces flux guident les actions motrices du bébé. (Bullinger, 2004)

Chez le nourrisson, ces flux suscitent d'abord une forte réaction tonique à composante émotionnelle. L'ensemble des signaux transmis par ces flux forment une représentation cohérente de l'environnement et du corps dans l'espace. « C'est la concomitance de ces signaux qui permet de construire une proprioception, première élaboration sensori-motrice de l'organisme » (Bullinger, 2004, p. 57). La proprioception permet de percevoir la position et les mouvements du corps dans l'espace, ainsi que la tension et l'étirement des muscles et des articulations, sans avoir besoin de visualisation externe. Elle joue un rôle central dans la régulation de la posture, la coordination des mouvements, ainsi que dans l'élaboration des compétences motrices.

1.2.2. Les étapes du développement psychomoteur du bébé selon l'axe de *développement*

Bullinger (2004) décrit des étapes au développement sensori-moteur du bébé. À mesure que le bébé explore son environnement à travers ces différents flux sensoriels, il acquiert la conscience et la capacité de contrôler différents espaces corporels : l'espace oral, l'espace du buste, l'espace du torse et l'espace global du corps. Chacune de ces étapes prépare l'enfant à la suivante. Les expériences sensorielles et motrices à travers le traitement des différents flux sensoriels contribuent à façonner la perception de soi et la capacité d'action de l'enfant dans son environnement.

Le bébé met tout d'abord en place la perception de « *l'espace oral* ». Il commence à développer une conscience de sa bouche, de sa langue et de sa capacité à explorer son environnement en utilisant sa zone orale (Bullinger, 2004). Selon Vasseur et Delion (2010), le bébé perçoit son corps avec un intérieur (qu'il peut remplir par l'alimentation). Il développe alors une sensation de contenance « par la dimension d'incorporation-exploration ». (Vasseur & Delion, 2010, p. 166)

Ensuite, le bébé développe une maîtrise de « *l'espace du buste* ». À mesure que les enfants grandissent, ils développent une conscience de leur torse et de leurs membres supérieurs. Ils commencent à utiliser leurs bras et leurs mains de manière plus précise pour saisir, manipuler et explorer leur environnement. Ils apprennent également à coordonner les mouvements de leur buste avec ceux de leurs membres supérieurs et participent au redressement. (Bullinger, 2004). Vasseur et Delion (2010) parlent de la découverte de l'espace arrière et avant par l'expérimentation de l'extension et du regroupement (d'abord avec ses parents dans le portage puis progressivement en autonomie). Kloeckner explique que cette étape cruciale permet à l'enfant une sensation de contenance et de retour à soi actif permettant de se réassurer. Sans cette étape, « c'est l'extension qui domine, avec toutes les désorganisations potentielles que cela peut entraîner » (Kloeckner, 2011, p. 144).

Le contrôle de « *l'espace du torse* » se met alors en place jusqu'aux six ou sept mois de l'enfant (Bullinger, 2004). Ce stade du développement implique une prise de conscience accrue du tronc, du bassin et des muscles abdominaux. Les enfants développent une meilleure posture et apprennent à utiliser leur torse pour soutenir leur équilibre et leur mouvement. Le bébé découvre la liaison entre les deux hémichamps permettant la réunion des deux hémicorps grâce au « *relais oral* » qui devient un lieu d'exploration et de préhension (Vasseur & Delion, 2010). « La bouche délègue progressivement aux mains sa fonction exploratoire. » (Kloeckner, 2011, p. 145). L'axe corporel devient un axe de rotation qui permet de dissocier les ceintures et de développer les fonctions spécifiques

des mains. Ils commencent également à explorer des activités qui nécessitent une coordination entre leur torse et le reste de leur corps comme les coordinations pieds-mains-bouche. Cet espace leur permet d'expérimenter les retournements au tapis (Bullinger, 2004).

Pour finir, « *L'espace de préhension* s'étend à celui des déplacements » (Kloeckner, 2011, p. 146). À mesure que le bébé grandit et se développe, il intègre toutes ces expériences et acquisitions pour former une conscience globale de son corps. Il est alors capable de mouvements plus complexes et coordonnés, en utilisant son corps dans son ensemble pour interagir avec le monde qui l'entoure comme le ramper, le quatre pattes et la posture assise. C'est « *l'espace du corps* ». L'exploration de l'espace haut-bas par la verticalisation permet au jeune enfant de différencier « les bras préhenseurs » et « les pieds porteurs » (Bullinger, 2004).

Le flux sensoriel contribue au développement des différents espaces corporels et à l'émergence d'une conscience corporelle plus complexe chez le bébé. En intégrant ces flux sensoriels dans leurs interactions avec le monde, les bébés développent progressivement leurs compétences sensori-motrices et leur capacité à interagir de manière efficace et adaptée avec leur environnement. « L'activité psychique va se développer sur le terreau de ces interactions avec le milieu et permettre la progressive élaboration des représentations et l'accession aux notions de corps, d'objet et d'espace » (Kloeckner, 2011, p. 136).

2. La relation mère-bébé

Le Larousse (2023) définit la relation comme étant l'« Ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles. » La relation peut être définie comme l'interaction et la connexion entre des individus caractérisés par des échanges émotionnels, sociaux, ou physiques, influençant mutuellement leur expérience et leur comportement. (Laznik, 2022).

2.1. La construction précoce de la relation

2.1.1. Les travaux sur les dynamiques interactionnelles de D. Winnicott

Lorsque les parents décident d'avoir un enfant, une création psychique (de sa personnalité) et physique de l'enfant se développe chez le parent en même temps que

l'embryon. Cela permet de créer « un espace psychique d'accueil » pour le futur bébé (Vasseur & Delion, 2010, p. 172). La grossesse est alors une période de remaniement intense et de fragilité dans l'équilibre familial d'autant plus chez les femmes primipares. Le quotidien de la famille s'apprête à être bouleversé. La femme enceinte voit son corps se modifier, ses préoccupations se centrent sur son bébé ainsi que sur ses compétences maternelles en lien avec son histoire de vie antérieure en tant qu'enfant. (Missionner et al., 2004)

Selon Winnicott (2011), dès la fin de la grossesse et jusqu'aux premiers mois de la vie du nouveau-né, la mère a pour principale préoccupation son enfant. C'est ce qu'il nomme la *préoccupation maternelle primaire* (PMP). Il y a durant cette période une « complémentarisation » entre la mère et le nourrisson qui les ferait fusionner permettant à la maman d'être particulièrement sensible aux signaux de son bébé (Winnicott, 2011). La mère peut alors répondre de manière rapide et ajustée aux besoins de l'enfant par ce que Winnicott (1989) nomme le *holding*, le *handling*, et la fonction *object presenting*.

Le *holding* se traduit par « maintien ». Cela renvoie à la façon dont le bébé va être soutenu physiquement (dans le portage) mais aussi psychiquement (capacité de la mère à penser les émotions de son bébé). En portant son bébé de manière suffisamment contenante et sécurisante, la maman contient les vécus trop excitants ou angoissants et le protège du débordement. (Pireyre, 2021)

Le *handling* correspond aux « manipulations » du nourrisson. Cela décrit la façon dont la mère porte attention à son enfant, le touche, interagit avec lui durant les soins de maternage (habillage, toilette, caresses, etc.) (Winnicott, 1989). Au cours de ces moments, le bébé découvre son corps et commence à prendre conscience des contours et des limites de celui-ci, que Bullinger (2004) nomme « l'entourance ».

La fonction *object presenting* décrite par Winnicott peut être traduite par « la présentation d'objet ». Cette fonction correspond à la capacité de la mère à présenter à l'enfant l'objet dont il a besoin. Elle met l'objet à sa disposition de manière à l'ouvrir au reste de l'environnement afin qu'elle ne soit plus son seul point de référence. (Winnicott, 1989)

La mère suffisamment bonne a une préoccupation maternelle suffisante pour répondre aux besoins de son enfant de façon suffisamment régulière, répétée et ajustée. L'objet de satisfaction est amené par la *bonne mère* au moment même où le bébé le désire. Ainsi, cela donne l'illusion au bébé d'être le créateur de cet objet que Winnicott nomme *l'objet trouvé-créé*. Cette étape de toute puissance du nourrisson permet à l'enfant de ne pas

ressentir de rupture et donc d'éprouver un « sentiment de continuité d'existence ». Un défaut d'ajustement de la mère produirait chez le bébé des angoisses importantes nommées *agonies primitives*. (Winnicott, 1989)

Au fur et mesure que le bébé grandit, la préoccupation de la mère sur son enfant évolue. La présence d'un tiers dans la relation aide la maman à réinvestir autre chose que son enfant (Missionner et al., 2004). La mère s'adapte progressivement moins étroitement aux besoins de son bébé qui réalise alors qu'il ne crée pas le monde et que l'Autre est indépendant de lui. D'après Pireyre (2021), l'introjection de l'objet maternel, permettrait alors à l'enfant de construire sécurité interne suffisante pour se sentir capable d'exister sans la protection de l'autre. Le bébé est alors capable d'attendre sans se désorganiser (Winnicott, 2011).

Une situation de préoccupation maternelle primaire qui se poursuivrait dans le temps ne permettrait pas au bébé de s'ouvrir au monde et de se construire en tant que sujet (Winnicott, 2011). Mais comme l'affirment Alvarez et Golse (2020), la construction et l'intégration psychique du bébé ne dépendent pas seulement de la qualité de la *bonne mère*, mais également de l'enfant et de ses propres compétences. Le modèle psychopathologique du bébé est donc plurifactoriel. Le bébé n'est pas considéré comme un objet malléable, mais un sujet ayant lui-même des qualités propres et singulières.

2.1.2. La notion d'attachement et d'interactions précoces

L'attachement du bébé à ses parents n'est pas inné. Il se construit progressivement au travers des interactions précoces entre le nourrisson et ses figures d'attachement (principalement les parents).

Le lien d'attachement se réfère aux connexions émotionnelles entre les personnes lorsqu'elles sont en relation d'intimité avec les autres. Le lien d'attachement est dirigé du plus faible vers celui qui protège : seul l'enfant est attaché à ceux qui l'élèvent. Les parents, eux, lui donnent protection et réconfort, mais ne lui sont pas attaché au sens de la théorie de l'attachement. (Guédeney N. & Guédeney A., 2016, p. 121).

Le bébé reconnaît ses parents en tant que figures d'attachement lorsqu'il trouve en eux, de manière préférentielle, une proximité et une sécurité. Il existe différents types d'attachement selon Ainsworth (cité par Guédeney N. & Guédeney A., 2016). L'attachement peut être suffisamment sûr ou avoir des formes moins efficaces en fonction du contexte développemental.

Dans le contexte de l'attachement, le *caregiver* fait référence à la personne qui prend soin de l'enfant. « Prendre soin dans les dimensions de protection, de consolation et de soutien à l'exploration » (Guédeney N. & Guédeney A., 2016, p. 26). Le *caregiver* répond de manière sensible et adaptée aux besoins émotionnels et physiques de l'enfant. Des interactions positives et cohérentes favorisent la confiance de l'enfant envers ses *figures d'attachement* qui deviennent alors les *caregivers*.

Le *caregiving* demande au parent de mettre à la disposition de son enfant toutes les capacités pour l'aider à surmonter sa détresse ou sa peur, et à résoudre les défis auxquels il est exposé. Un *caregiving* optimal répond aux besoins d'attachement de l'enfant en permettant au parent de jouer son rôle de havre de sécurité/base de sécurité auprès de son enfant. L'engagement et le sentiment de responsabilité dans la protection de son enfant font partie du *caregiving* : c'est la motivation à avoir une relation durable avec cet enfant. (Guédeney N. & Guédeney A., 2016, p. 19).

Chez le *caregiver*, protéger l'enfant est source de plaisir et de satisfaction. À l'inverse, lorsqu'il est dans l'impossibilité de le faire, de la colère, de la tristesse et de l'anxiété l'incombe. Lorsque le *caregiver* repère chez l'enfant des signes de réconfort, ce système « se désactive » pour laisser place à l'autonomie de l'enfant.

Chez les parents sécures, il y a une synergie entre les deux systèmes, celui de l'attachement favorisant la pleine expression du *caregiving*. Chez les parents insécures, le système d'attachement ne joue plus son rôle de facilitateur de l'expression du *caregiving*. Chez les parents désorganisés, il peut y avoir compétition entre les deux systèmes. (Guédeney N. & Guédeney A., 2016, p. 19).

La qualité de la relation entre le *caregiver* et l'enfant influence la sécurité affective de ce dernier et sa capacité à explorer le monde de manière confiante. Ainsi, le *caregiver* est central dans la construction d'un attachement sécurisé chez l'enfant.

2.2. Des exemples de pathologies pouvant entraîner des difficultés relationnelles dans la dyade

2.2.1. Le cas du Reflux Gastro-Oesophagien (RGO) chez le bébé

D'après la Onzième édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), le reflux gastro-oesophagien est une maladie de l'appareil digestif. Il s'agit d'une « Affection

qui se développe lorsque le reflux du contenu gastrique provoque des vomissements chez le nouveau-né, accompagnés d'une gêne, de difficultés à s'alimenter et/ou d'une perte de poids. » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2024)

Berkind-Gerson, gastropédiatre et neurogastroentérologue explique que le RGO pathologique endommage l'œsophage et provoque des brûlures. Il entraîne des difficultés respiratoires (comme la toux, des sifflements ou des apnées) et des douleurs thoraciques et abdominales. Il existe différentes étiologies de la survenue du RGO chez le nourrisson. Le RGO peut être dû à un défaut du sphincter inférieur œsophagien qui n'empêche pas suffisamment le reflux de remonter dans l'œsophage. Il peut également être lié à des allergies alimentaires comme les Allergies aux Protéines de Lait de Vache (APLV), des maladies métaboliques ou des anomalies anatomiques (Belkind-Gerson, 2023).

D'autres auteurs comme Missionnier, Kelalfa-Foucaud et Boige expliquent que le RGO du nourrisson serait en partie une manifestation somatique d'une problématique relationnelle dans la dyade parent-bébé. Face à la difficulté du parent à identifier et apaiser ses tensions, l'enfant manifesterait alors sa détresse corporellement.

Le RGO est la part somatique, chez le nourrisson, d'un syndrome interactif incluant la confrontation d'identifications projectives pathologiques parentales et un renoncement précoce du bébé à l'aide que peut lui apporter sa mère ou ses substituts pour se protéger de cet empiétement. (Missionnier et al., 2002, p. 85).

Laznik (2022) écrit que le RGO rompt les interactions. Les douleurs ressenties dans le RGO mettent le bébé en grande tension et le coupe de la relation. « Ces bébés à risque, dès qu'ils sont pris de douleur [...] ne peuvent plus entrer en contact. Les parents, face à cette douleur qui ne cède pas, deviennent des *Nebenmensch* incapables de secourir, incapables de trouver la solution pour faire baisser la tension. ». Par son aspect persistant et chronique, le RGO peut créer un sentiment d'impuissance chez le parent qui se sent alors incapable de soulager son bébé. (Laznik, 2022, p. 29).

Beaulieu (2022) docteur en psychologie et ostéopathe, indique que l'excès d'excitation reçu lors de douleurs chez les bébés est « déchargé par le réflexe tonique d'extension ». De ce fait, les douleurs répétées augmentent le tonus des bébés et favorisent le schéma d'extension. Il s'agit d'après elle d'un « déséquilibre entre l'avant et l'arrière du corps, au profit de la cambrure arrière. ». Le schéma d'extension a des répercussions sur le

développement de l'enfant qui se construit avec un tonus élevé et en utilisant principalement ses chaînes postérieures. (Beaulieu, 2022, p. 133-145).

Le RGO provoque donc chez le bébé de multiples tensions, présentes également pour le parent. Il rend également difficile le portage et l'interprétation des signaux du bébé, ce qui fragilise la relation parents-bébé.

2.2.2. Le cas de la dépression du post-partum de la mère

La cinquième édition du Manuel de Diagnostic et Statistique (DSM-V), propose une définition de la dépression du post-partum (DPP). La DPP intervient dans les 4 semaines après l'accouchement. Elle correspond à « une humeur dépressive et/ou une perte d'intérêt ou de plaisir » durant plus de 2 semaines avec plusieurs symptômes tels qu'une perte ou prise de poids importante, une perte d'appétit, des troubles du sommeil (insomnies, hypersomnies, *etc.*), une agitation ou un ralentissement psychomoteur, un sentiment d'inutilité ou de culpabilité, une diminution de la capacité de concentration, des pensées suicidaires ou meurtrières, *etc.* (American psychiatric association, 2013)

Moldenhauer docteur en médecine obstétrique et gynécologique relève d'autres signes évocateurs de la DPP tels que la fatigue extrême, une irritabilité, de l'anxiété, des angoisses irréalistes à propos de leur bébé ou à l'inverse un désintéressement de celui-ci, *etc.* (Moldenhauer, 2022).

Les mères en dépression ont d'après Guédeney N. et Guédeney A. (2016) plus de difficulté à engager des interactions avec leur bébé (moments de jeu, câlins, discussions, *etc.*). Les mères déprimées ont également des difficultés « à percevoir et interpréter les signaux de détresse de leur enfant, à le protéger et en prendre soin. ». Aussi, « elles expriment moins leur affection ; leurs règles éducatives sont souvent moins cohérentes, elles ont plus tendance à user de comportements intrusifs et punitifs ; elles expriment se sentir moins attachées et plus rejetantes envers leur enfant ». (Guédeney N. & Guédeney A., 2013)

Selon Masmoudi et al. (2006) la DPP est un facteur de risque important de difficultés relationnelles avec le bébé et de fait de troubles du développement psychoaffectif du bébé. Hays (2017) explique que chez les mamans ayant une DPP, une angoisse importante entraverait les capacités de la maman à s'occuper ou s'adapter à son bébé. La dévalorisation de leurs compétences maternelles est fréquente. Certaines mamans ne se sentiraient alors pas capables de répondre aux besoins de leur enfant et resteraient donc

dans une forme de passivité. D'autres mères seraient à l'inverse dans une agitation anxieuse avec une volonté d'agir constamment et de proposer de multiples stimulations à leur enfant. (Hays, 2017).

D'après Guédeney N. et Guédeney A. (2013), la chronicité d'une dépression maternelle fragilise le lien avec son bébé et rend instable ses interactions et ses capacités à soutenir son enfant. Les mamans déprimées seraient en difficulté « pour organiser un monde stable et cohérent pour son jeune enfant ». Cela confronte alors l'enfant à une alternance imprévisible de présence/absence, soutien/rejet, intrusion/désengagement de la relation. Cette imprévisibilité insécurisante active alors un système d'attachement désorganisé chez l'enfant qui se construit dans une vigilance constante.

Il est donc plus difficile pour les mères atteintes de DPP, d'accompagner leur enfant et d'être dans une interaction adaptée et constructive. L'identification des besoins du bébé et la mise en place d'actions ajustées pour y répondre peuvent également être mises à mal.

3. La *posturation* en psychomotricité

3.1. Définitions de posture et portage

3.1.1. La posture

Scialom (2015) définit la posture comme :

le maintien du corps dans une position donnée grâce à une activité musculaire permanente qui s'oppose au jeu des articulations, c'est donc la position des parties du corps, les unes par rapport aux autres, et par rapport à la pesanteur. La posture prépare et soutient le mouvement. Elle a également une valeur communicative importante. [...] La posture est régulée par le tonus, par les émotions et le système sensoriel (Scialom et al., 2015, p. 36)

Il distingue deux types de posture. La posture orthostatique (ou antigravitaire) correspond à une position statique, debout, avec un tonus juste suffisant pour résister à la gravité. La posture dynamique (ou directionnelle) concerne la posture qui prépare le mouvement (Scialom et al., 2015). La posture est donc une activité dynamique qui nécessite un réajustement constant, basé sur l'intégration du flux gravitaire au travers de l'équilibre sensori-tonique (Bullinger, 2004).

3.1.2. Le portage

Le portage désigne « la façon dont le bébé est porté » par les personnes qui prennent soin de lui. Un contact physique est établi entre le bébé et la personne qui le porte ce qui facilite les liens d'attachement (Guédeney N. et Guédeney A., 2013).

Comme nous l'avons étudié dans une partie précédente, le substrat neuromoteur du bébé lui confère une posture anatomique de base en flexion, regroupé. Cet enroulement primaire lui permet de se sentir sécurisé et est essentiel au développement des coordinations, à la maîtrise de son équilibre postural (Robert-Ouvray, 2007).

Durant la grossesse, le bébé est enroulé et contenu par la paroi utérine. Il baigne dans le liquide amniotique et n'est donc pas directement confronté à la gravité. À la naissance, la gravité entraîne dans les premiers temps une perte du maintien de l'enroulement. « Par le portage, l'environnement humain va compenser cette perte » (Lefeuvre, 2018, p.34). Pour respecter sa posture physiologique, le bébé doit être porté enroulé dans une posture stable « par un maintien contenant et une position regroupée qui apporte une enveloppe, un contenant assurant la stabilité axiale » (Bullinger & l'ABSM, 2015, p. 65). Pour favoriser une stabilité et une posture en enroulement, « un appui dos et une flexion de la nuque et du bassin » sont nécessaires (Bullinger, 2004, p. 12). Cette stabilité et ce soutien dans le portage vont permettre à l'enfant de se relâcher et de vivre ses premières sensations d'appui nécessaires au développement de son équilibre et de sa motricité. (Lefeuvre, 2018). Cette mise en forme corporelle est d'abord intimement liée à la qualité des soins de maternage puis s'en affranchit progressivement au cours du développement du bébé.

3.2. Les fondements théoriques de la *posturation*

3.2.1. L'équilibre tonico-postural

Dans le *holding* et le *handling* de Winnicott (2011), la mère adapte son tonus (dans ses gestes, dans sa prosodie, dans son rythme) à l'état tonique de son bébé, à sa disponibilité et à ses particularités sensorielles et sensibles. Le bébé s'ajuste toniquement en retour à ce que sa mère lui transmet par son contact physique (Winnicott, 2011). D'après Bullinger, ce dialogue basé sur les perceptions sensorielles permet au bébé « de métaboliser la tension accumulée et de donner du sens aux états toniques. » (Bullinger, 2004, p.79). C'est donc à partir du dialogue tonique perçu par le flux sensoriel que se crée l'*équilibre sensori-tonique*.

Le bébé apprend à réguler son tonus par le dialogue tonique apporté du milieu humain. « Le dialogue tonique constitue une des premières sources de régulation tonico-posturale à disposition du bébé. Il puise ainsi dans son milieu les moyens de sa régulation. » Il permet au bébé de modifier le tonus et d'alterner entre des états de tension et de relâchement nécessaire pour ajuster sa posture. (Bullinger, 2004, p. 85). Une régulation tonico-posturale efficace est nécessaire pour maintenir une posture stable.

L'équilibre tonico-postural « constitue le point d'appui de l'action » (Bullinger, 2004, p. 85). À partir d'un bon équilibre tonico-postural le bébé peut se rendre pleinement disponible à l'activité. Sa capacité à traiter et à utiliser les flux sensoriels s'appuie sur l'interaction avec son environnement. Cela facilite les échanges relationnels et les explorations sensori-motrices.

3.2.2. Le dialogue tonico-émotionnel

D'après Wallon (1976), le tonus musculaire jouerait un rôle dans la vie émotionnelle du bébé. Lorsque le bébé est inconfortable, son corps se met en tension. À l'inverse, lorsque ses besoins sont satisfaits, son corps se détend. Ajuriaguerra (1974) explique qu'il existe une dimension émotionnelle au dialogue tonique.

Les modifications toniques accompagnent normalement non seulement chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience. Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature; la variation gagnant d'un muscle à l'autre, il en résulte, pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus qui le caractérise. (Ajuriaguerra, 1974, p. 142)

Les émotions ont une expression corporelle qui modifie l'état tonique de la personne et permet d'établir une communication infra-verbale entre la mère et son bébé. C'est une interaction dynamique et réactive qu'Ajuriaguerra nomme le *dialogue tonico-émotionnel*.

Chacun des affects de l'enfant et de sa mère a sa propre dimension tonique, son propre spectre vibratoire. L'enfant dans les bras de sa mère va ressentir et intégrer des vibrations différentes, selon que sa mère est fatiguée, heureuse, angoissée, énervée, joyeuse. Il va répondre à ces vibrations par ses propres vibrations toniques. (Robert-Ouvray, 2002, p. 96)

Dans le portage, le dialogue tonico-émotionnel est très présent et se vit réciproquement. La mère et le bébé communiquent leur état affectif et s'influencent mutuellement. Lorsque l'enfant vit un état tonico-émotionnel, la mère réagit corporellement à cet état. L'enfant inscrit alors dans son corps cette réaction et pourra l'intégrer progressivement afin de réguler lui-même ses propres états tonico-émotionnels. « La notion de dialogue tonique

s'enrichit ainsi d'une fonction d'intégration qui devient complémentaire de sa fonction de communication. » (Robert-Ouvray, 2002, p. 96). Le parent donne donc du sens aux états toniques du bébé dans le portage.

3.3. La *posturation*, un outil spécifique du psychomotricien

3.3.1. Origines et définitions

Bullinger (2004) nomme *la mise en forme du corps*, les appuis que l'on peut donner au bébé pour lui permettre de s'équilibrer et de se mobiliser. Tout comme le *holding* de Winnicott, les appuis sont compris au sens physique en offrant au bébé un soutien corporel (le portage) et au sens psychique en sécurisant le bébé dans ses états émotionnels. Kloeckner écrit à propos de la mise en forme de Bullinger :

La constitution de ces points d'appui permet au bébé de contrôler les échanges avec le milieu et de s'organiser autour d'un état d'équilibre. [...] Les différents appuis que l'on peut proposer à l'enfant offrent un ensemble de sensations tactiles et proprioceptives qui participent à sa « contenance » même à des âges plus avancés. L'appui sur les flux sensoriels participe à une meilleure régulation tonique. La stabilisation de la posture va permettre la mise en route de coordinations et d'activités instrumentales plus élaborées. (Kloeckner, 2011, p. 148).

Enfin, c'est à partir des travaux de Bullinger (2004) sur *la mise en forme du corps* que Vasseur et Delion (2010) utiliseront le néologisme de *posturation* pour souligner le caractère intentionnel de la personne qui soutient l'enfant pour lui permettre de se mobiliser plus aisément. Il s'adresse donc davantage dans le cadre du soin et a une visée thérapeutique. Des appuis physiques et psychiques sont apportés volontairement à l'autre afin de le contenir, le soutenir et le soulager dans sa posture pour lui permettre de se rendre disponible aux interactions avec l'environnement.

3.3.2. La *posturation* et le portage

Le portage offre au bébé un soutien fondamental à sa construction psychocorporelle. Par le *holding*, Winnicott (1989) décrit qu'en contenant son enfant dans ses bras, la mère le protège du débordement. Elle contient les vécus insensés et soutient ses états psychiques. Cette enveloppe protectrice formée par les bras de la mère ; qui l'investit émotionnellement ; lui confère un sentiment d'unité corporelle. Cela donne au bébé un

sentiment de sécurité et de contenance qu'il va pouvoir intérioriser pour se former lui-même sa propre sécurité interne. (Pireyre, 2021). En fonction du développement psychocorporel du bébé, la mère ajuste son portage aux besoins de son enfant (Winnicott, 2011). Le portage a différentes fonctions.

Il permet tout d'abord de sécuriser et protéger son enfant. La mère porte son bébé tourné vers elle et le contient physiquement avec son corps tout en s'ajustement émotionnellement aux vécus de son enfant (Mellier, 2008).

Le portage permet également au bébé de vivre des expériences motrices. Le parent en portant son enfant peut inscrire des postures et des mouvements dans le corps de l'enfant qui sera alors en capacité de les intégrer et les reproduire de lui-même. Par exemple, c'est par l'expérimentation de l'extension et du regroupement d'abord exercé dans le portage du parent que le bébé peut ensuite l'expérimenter de lui-même. (Vasseur & Delion, 2010).

Enfin, il permet de présenter son bébé à l'environnement. L'enfant tourné vers le monde peut observer son environnement et commencer à l'appréhender tout en étant sécurisé dans les bras de ses parents. Il peut alors repousser les limites de son champ visuel et de son champ d'intérêt pour s'intéresser à son environnement ce qui lui permettra de se déplacer lorsqu'il sera prêt à le saisir (Pinelli, 2010). Le portage influence donc les interactions du bébé avec son milieu.

Bullinger (2004) relate que la posture modifie sa disponibilité à l'environnement. Il distingue deux types de postures : l'Asymetric Tonic Neck Posture (ATNP) et l'Asymetric Tonic Neck Reflex (ATNR). L'ATNP correspond à une posture asymétrique entre les deux hémicorps. Les points d'appui sur un seul hémicorps permettent de mobiliser l'hémicorps controlatéral pour les interactions avec l'environnement. Le *creuset postural* est l'alternance des postures ATNP droites et gauches et le passage harmonieux entre les deux grâce au schème d'enroulement. Ces postures favorisent la disponibilité du bébé à son environnement et les échanges avec le milieu. L'ATNR correspond à une posture symétrique des deux hémicorps généralement liée à une variation brusque d'un flux sensoriel. Les postures ATNR fixes et répétées limitent la mobilité corporelle et les échanges avec le milieu (Bullinger, 2017).

Le portage offre donc des appuis psychocorporels fondamentaux à son développement psychomoteur. Le concept de *posturation* sous-tend la pratique du portage.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

1. Présentation de l'unité

1.1. L'unité de psychiatrie périnatale

J'effectue mon stage de dernière année d'étude le lundi dans une unité de soin psychiatrique périnatale.

L'unité accueille des enfants de 0 à 2 ans et leurs parents lorsque des difficultés relationnelles sont repérées pouvant interférer avec le développement de leur enfant. Les difficultés de l'enfant relèvent soit d'une cause psychique/relationnelle soit d'une cause somatique entraînant des répercussions sur la relation parent-enfant. Les familles intègrent donc l'unité pour des raisons variées (épuisement parental, dépression du post-partum, troubles de l'alimentation du bébé, troubles du sommeil, irritabilité, pleurs incoercibles, *etc.*).

L'unité est aménagée comme un foyer pour que les familles puissent se sentir chez elles et évoluer dans un environnement qui soit le plus confortable possible. Ainsi, un grand espace commun, vitré et chaleureux à l'entrée de l'unité est disponible pour les familles. L'unité comprend un espace salon (avec de nombreux canapés, fauteuils, tapis et bacs de jeux pour les enfants), une salle à manger avec une cuisine ouverte et équipée. Aussi, un espace détente tamisé est présent avec des poufs et des méridiennes pour permettre aux familles de se mettre au calme et de se reposer tout en restant dans les lieux partagés. Les espaces communs comprennent également deux salles de change, deux dortoirs pour les bébés, des salles de soin et une partie administrative. Quatre chambres sont également disponibles pour les familles qui nécessitent une prise en charge de nuit. Elles sont constituées d'un lit deux places pour accueillir les deux parents, un lit bébé si l'enfant dort dans la même chambre, une salle de bain et un bureau.

Les lieux communs permettent aux différentes familles de créer un lien entre elles. Elles y partagent leurs expériences, leurs difficultés tout en étant accompagnées et soutenues par l'équipe soignante au quotidien.

Les parents et les bébés peuvent être pris en charge selon deux modalités : en Hôpital de Jour (HDJ) sur une ou plusieurs journées du lundi au vendredi de 10h à 16h et/ou en

séquentiel, sur une séquence du lundi à partir 14h30 au mercredi à 11h ou du jeudi à partir 16h au vendredi à 16h.

Durant leur journée, les familles participent à des séances individuelles et à des groupes thérapeutiques. Chaque matin, le planning de la journée est annoncé aux familles. Les séances individuelles sont prévues dans la journée (soit le matin soit l'après-midi) mais sans créneau précis puisqu'elles dépendent de l'enfant et de son état de veille. Les séances sont donc irrégulières d'une semaine à l'autre et peuvent ne pas avoir lieu. Les groupes thérapeutiques suivent la même logique, de sorte que seuls les enfants disponibles y participent avec leur(s) parent(s).

Différents professionnels accompagnent les familles : une pédopsychiatre cheffe de service, une pédiatre, deux psychologues, deux psychomotriciennes, une orthophoniste, six infirmières dont une infirmière puéricultrice et une infirmière de la Protection Maternelle Infantile (PMI), une assistante sociale et une équipe administrative avec une cadre de santé et une secrétaire.

À leur arrivée dans l'unité, une infirmière est référée pour chaque famille. Elle est davantage présente pour eux dans l'unité et met en commun les observations de l'équipe lors d'une réunion de synthèse. Chaque professionnel qui intervient auprès de la famille partage ses observations dans les premières semaines de prise en charge afin de discuter des objectifs thérapeutiques et des modalités de soin lors de la réunion de synthèse. Un bilan psychomoteur est réalisé à l'arrivée dans l'unité, sur la base d'observations psychomotrices, mais le suivi dépend également des observations et des besoins repérés par l'équipe.

1.2. Ma place de stagiaire

À mon arrivée dans l'unité, j'ai d'abord eu une place d'observatrice afin de m'imprégner du rythme de vie dans l'unité et de la façon dont les professionnelles interagissent avec les patients. Je suivais les familles dans les temps communs et durant les séances de psychomotricité menée par ma tutrice de stage que je nommerai Rose. Lors de mon arrivée dans l'unité, un nouveau groupe thérapeutique nommé « Rythme et Musique » devait être mis en place sur ma journée de présence dans le service. J'ai donc pu participer à l'élaboration du groupe et le co-animer dès le début de mon stage. Petit à petit, j'ai pu participer à l'élaboration du projet de soin des patients et proposer des activités lors des séances de psychomotricité, tout en gardant une place d'observatrice en présence de Thomas et sa maman en séance individuelle. Également, sur les temps

communs, j'ai pu progressivement accompagner des temps de jeux et des temps de repas avec les différentes familles de l'unité.

2. Présentation de Thomas et de sa maman

Je fais ainsi la connaissance de Mme N, 28 ans, maman de Thomas, 2 mois et demi lorsque je les rencontre pour la première fois en HDJ.

2.1. Anamnèse de la dyade

Mme N nous explique que l'annonce de la grossesse est arrivée de façon inattendue au sein du couple tout juste formé. Le papa ayant déjà une petite fille de 3 ans d'une précédente union, ne souhaitait pas accueillir un nouvel enfant dans l'immédiat. La question d'une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) se pose alors pour le couple, mais Mme est réticente à cette idée puisqu'il s'agit pour elle d'une "grossesse miracle". Mme avait subi plus jeune une IVG puis deux fausses couches. Un parcours de Procréation Médicalement Assistée (PMA) avait été mis en place lors d'une précédente relation où elle avait appris qu'il lui serait difficile d'avoir des enfants puisqu'elle aurait "une réserve ovarienne faible". L'annonce d'une grossesse triple est donc un bouleversement, "c'était un rêve" explique Mme N. Cette nouvelle fait finalement pencher le choix des parents vers un maintien de la grossesse.

À 7 Semaines d'Aménorrhée (SA), il est annoncé aux parents qu'un embryon est décédé, puis à 14 SA qu'un second a involué. Il ne reste donc qu'un seul embryon, Thomas. Mme se retrouve en grande détresse face à cette perte et entame donc un suivi prénatal en hôpital pédiatrique. Thomas naît à 37 SA avec un score APGAR de 9-10 et un poids de 2,765 Kg. Mme nous raconte qu'elle n'était pas du tout préparée à « l'arrivée précoce » de Thomas et le présente comme un bébé prématuré.

Le dossier médical relate qu'à sa naissance, Thomas pleure beaucoup. Mme N est très anxieuse, elle ne se sent pas ajustée à son enfant et culpabilise énormément. Elle dort et mange peu. Ils sont donc tous deux orientés en unité périnatale spécialisée dans l'accompagnement précoce où ils restent une semaine. Un retour à domicile est alors prévu avec un accompagnement de la PMI de secteur.

Aux deux mois de Thomas, Mme N qui présente alors une dépression du post-partum est finalement adressée avec son fils en unité de psychiatrie périnatale au vu de la dégradation de l'état de Thomas qui manifeste une irritabilité importante et des pleurs incoercibles.

À leur arrivée dans l'unité, Thomas a deux mois et demi, il dort peu et seulement dans les bras. Il est difficilement consolable et se montre irritable. Il présente maintenant un RGO et une APLV qui sont traités par la pédiatre du service. Les traitements sont favorables pour Thomas (GAVISCON et INEXIUM) qui peut se détendre sur une plus longue durée après la prise des médicaments. Mme N allaite son fils exclusivement au sein et souhaite prolonger cela le plus tard possible. Par conséquent, elle doit être très attentive à son alimentation au vu des allergies de Thomas.

Mme N et Thomas vivent en appartement avec le papa qui reçoit sa fille un week-end sur deux. Mme N nous explique que les relations avec le papa sont difficiles depuis la naissance de Thomas. D'après Mme N, le papa « est détaché de ses enfants » et elle dit ne pas avoir confiance en lui.

Dans ce contexte de grande vulnérabilité maternelle et devant un enfant aux besoins intenses, une prise en charge en HDJ est proposée rapidement. Thomas et sa maman intègrent l'unité deux jours par semaine le lundi et le mardi. Le papa n'est pas présent dans l'unité puisqu'il travaille et n'habite pas dans le département. Il y a très peu de contacts entre les professionnels et le papa de Thomas.

2.2. Observations psychomotrices de la dyade

2.2.1. La première rencontre

Mme N et son fils effectuent leur première entrée dans l'unité lors de mon premier jour de stage.

Lors de notre rencontre, Mme N est assise dans un fauteuil, son enfant au sein, immobile, tout emmitoufflé dans les bras de sa maman à tel point que je ne le perçois pas tout de suite. Il est allongé face à sa maman, le dos droit, les jambes tendues et les bras en chandelier contre le buste de Mme (annexe : *image 1*). Je m'approche et il tourne la tête soudainement. Thomas a un petit visage très fin et plissé qui lui donne un air bougon. Il a un menton fuyant marqué par une fossette. Ses grands yeux ronds, noirs et très ressemblants à ceux de sa maman regardent chacun des mouvements qui se produisent près de lui. Son petit corps semble assez fragile et perdu dans toutes les couches de vêtements tricotés par sa maman. Mme N a quant à elle un visage rond très expressif et bienveillant. Elle a de longs cheveux attachés en queue de cheval, une attitude très féminine et est habillée confortablement en tenue de sport.

Les présentations se font avec les autres mamans, leur(s) enfant(s) et les professionnels dans le salon, Thomas continue de têter. La communication est fluide avec Mme N qui se

montre très sociable, enthousiaste et volubile avec les autres parents du service. Toutes deux nouvelles dans l'unité, des regards et sourires s'échangent dès notre rencontre. Mme N me dit être rassurée de ne pas être seule à être nouvelle. Un premier lien se crée.

Rapidement, Thomas se tend, pleure et se désorganise en se mettant en hyperextension sur les genoux de sa maman. Il s'arc-boute vers l'arrière, tend ses jambes très fortement, serre les poings, fléchit ses bras en chandelier et les met en arrière en contractant ses chaînes musculaires postérieures. Les cris et la posture très marquée de Thomas m'interpellent et me renvoient à une manifestation de grande souffrance. Pour l'apaiser, Mme N nous explique qu'elle lui donne le sein, ce qui a effectivement l'air de le soulager puisqu'il s'arrête de pleurer, mais seulement durant quelques minutes.

Mme regarde les professionnels à tour de rôle d'un air démuni comme si elle cherchait de l'accompagnement. Elle ne semble pas trouver en elle-même un comportement adéquat pour venir apaiser son enfant. Ses regards affolés traduiraient ce défaut de contenance et permettraient de solliciter une aide extérieure pour venir pallier ses difficultés. Une infirmière propose alors à Mme de le bercer dans ses bras en marchant. Mme N se lève avec Thomas toujours en extension. Elle le porte alors à la verticale, face à son buste. Les bras de Thomas sont tendus en croix le long du torse de sa maman, ses poings sont serrés, ses jambes sont tendues et son axe vertébral est légèrement courbé en arrière. Mme N tient son fils avec son avant-bras gauche au niveau des poplites des genoux de Thomas. Sa main droite maintient la nuque et la tête de Thomas contre son cou (annexe : *image 2*). Elle lui caresse les cheveux doucement et maintient sa tétine dans sa bouche, mais Thomas hurle, son visage devient bordeaux. Par moments, la voix de Thomas se coupe, on entend des pauses respiratoires et des bruits de gorge. Tout au long de mon stage, j'ai l'occasion de voir se reproduire cette même scène à plusieurs reprises, et la détresse renvoyée par la dyade me laisse toujours face à un même sentiment d'angoisse. Je me sens impuissante à cette étape face à Thomas qui semble très douloureux. Je m'interroge quant à ce comportement récurrent : sa respiration hachée et ses bruits de gorge sont-ils présents du fait de la crise émotionnelle que Thomas traverse ou sont-ils liés à son RGO ? Les symptômes du RGO pourraient-ils se trouver intensifiés par le désordre tonico-émotionnel qui traverse le corps de Thomas ? Les difficultés de Thomas laissent sa mère face à un sentiment de détresse qui entrave ses capacités de portage et de contenance. Témoins de la violence de cette scène, les professionnels sont plongés dans une urgence à agir, tant les difficultés semblent empêcher la relation dyadique et le bon développement de Thomas.

2.2.2. Hypertonie, hypervigilance, hyperextension

Au cours des premières semaines de prise en charge, Thomas semble parfois soudainement douloureux et peut se contracter fortement dans tout son corps avec une élévation du tonus visible par son visage plissé et contracté, son corps rigide et tendu et ses cris intenses. Cette désorganisation est récurrente. Sa maman peut alors se montrer désespérée et nous dire qu'elle est désespérée. Elle fait alors le lien entre l'inconfort de Thomas et un RGO, et lui donne le sein pour l'apaiser. Cependant, la pédiatre du service explique que cette alimentation constante est délétère dans le traitement du RGO. Dans la mesure où Thomas a toujours l'estomac plein, les remontées acides ont lieu en permanence. Malgré les conseils des professionnels de laisser l'estomac de Thomas se reposer en l'allaitant toutes les 3h seulement, Mme nous explique que seule la tétée lui permet de soulager son fils. À cette étape, notre souhait serait de proposer à Mme un accompagnement autour des bercements.

Thomas et sa maman ont tous deux une respiration courte et rapide. Mme N peut parfois avoir besoin de faire des pauses pour reprendre sa respiration lorsqu'elle est logorrhéique. Thomas a une respiration haletante et saccadée, plutôt haute, au niveau thoracique et utilise peu son ventre pour respirer. Thomas est très réactif et alerté par tous les bruits et mouvements autour de lui et sursaute fréquemment. Il peut surréagir à de nombreux stimuli sonores (des jeux qui tombent par terre, un gargouillis de ventre, une voix qui intervient, *etc.*) ou stimuli visuels (une personne qui s'approche, un geste fait proche de lui, *etc.*). Ses yeux observent tout, mais ne s'arrêtent sur aucun élément de la pièce. Il scrute l'environnement et peut parfois garder son regard accroché au visage de sa maman pendant un long moment, bien que celle-ci ne le regarde que très peu. Qu'est-ce qui empêche cette mère de poser son regard sur son enfant ? Est-elle elle-même dans une forme d'hypervigilance qui empêche la rencontre des regards ? Sa DPP la plonge-t-elle dans une culpabilité si grande qu'elle ne peut regarder son fils sans être renvoyée à un vécu de défaillance parentale ?

Cette hypervigilance maintient Thomas dans une tension constante où la moindre stimulation ou changement le déborde. Il se montre alors régulièrement irritable. Il pleure, gémit, crie et se tend à différents moments de la journée. Il peut se mettre en hyperextension fréquemment comme décrit précédemment. Tout son corps est en hypertonie, contracté et rigide et cela semble même entraver sa respiration. Il suffoque, rougit et un râle se laisse entendre au moment où il inspire enfin. Comme fréquemment observé dans le tableau clinique de la DPP, Mme N, nous explique se sentir déprimée et

ne plus savoir identifier les signes de son enfant. Cependant elle montre des réticences à demander du soutien aux soignantes. D'où vient cette difficulté à demander de l'aide ? Souhaite-t-elle à tout prix trouver une solution par ses propres moyens pour amoindrir cette culpabilité parentale qui l'habite ?

2.2.3. Portage, installation et disponibilité à l'environnement

Dans les temps du quotidien, Mme N garde le plus souvent Thomas dans ses bras, assise dans les fauteuils du salon. Lorsque Mme N s'assoit, son bassin en rétroversion glisse dans l'assise. Son dos est courbé, ses jambes sont repliées sous l'assise. Ses pieds sont en flexion plantaire et seuls les deux premiers orteils touchent le sol. Thomas est allongé à plat dos, les yeux écarquillés. Sa tête et ses jambes sont en appui sur les deux cuisses de sa maman. Son bassin et ses bras sont entre les jambes de Mme qui le retient au niveau des côtes d'une main. (annexe : *image 3*) Mme N peut parfois ne pas sentir son enfant glisser de ses genoux lorsqu'elle mange notamment. Thomas est également régulièrement installé assis sur les cuisses de sa maman. Le dos de Thomas est contre le buste de sa mère. Les jambes de Thomas sont pendantes entre les cuisses de sa mère. Le bras de Mme N revient son enfant au niveau du thorax en passant sous les bras de Thomas. Les épaules de Thomas sont remontées et ses bras surélevés, sont en appuis sur le bras de sa maman. (annexe : *image 4*)

Lors de la tétée, Mme N est assise. Thomas est allongé sur le côté, face à elle. La tête de Thomas est en appui sur l'avant-bras de sa maman qui le tient au niveau du bas du dos. Les jambes de Thomas sont tendues sur les jambes de sa maman ou dans le vide (selon la hauteur du bras de Mme). Le bras du bas de Thomas est en extension contre la hanche de sa mère. (annexe : *image 1* et *image 5*)

Pour bercer son enfant avant les endormissements ou lorsqu'il est en détresse, Mme se met debout. Le dos de Mme N est légèrement courbé en avant, ses épaules s'enroulent et son polygone de sustentation est élargi. Elle porte son fils verticalement contre son buste et son cou, comme précisé lors de la première rencontre (les bras en croix et les jambes tendues) (annexe : *image 2*).

Lorsqu'elle se déplace avec Thomas dans ses bras, Mme N porte son fils à la verticale, le dos de Thomas contre son buste face au monde. Il est alors tenu soit d'un bras sous ses aisselles (annexe : *image 6*), soit en pince entre ses jambes par le bras de Mme qui passe devant l'épaule et le buste de son enfant. Les bras de Thomas sont en arrière contre le torse de sa maman et ses jambes sont droites, attirées par la gravité (annexe : *image 7*).

Dans son portage, Mme N est hésitante, elle ne semble pas trouver une position stable et propose peu d'appuis à Thomas. Les difficultés de la mère à porter son bébé, et à trouver pour elle-même une posture confortable, montrent un fonctionnement en miroir de l'adulte et de l'enfant. Porté, Thomas est peu mobile, il a la tête dans l'axe et son corps est figé. Il tourne parfois lentement ses poings et fait de petits mouvements d'inversion et d'éversion des pieds. Son visage est figé et ses yeux écarquillés observent de partout. Que perçoit-il du monde qui l'entoure ? Son installation lui permet-elle d'être disponible à son environnement, et d'entrer en interaction avec lui ? Dans les différents types de portage, Thomas est en déséquilibre et contraint dans ses mouvements. Les positions proposées ne lui permettent pas de se regrouper, de se mouvoir et favorisent les postures en extension. Lui est-il possible d'ajuster par lui-même sa posture, au vu de son hypertonie, de son hypervigilance et de ses douleurs ? Au vu de son RGO important, Thomas est souvent douloureux dans différentes postures de portage classiques. Cela rend le portage de Thomas difficile. Une attention accrue aux signaux d'inconfort de Thomas et un apprentissage des postures spécifiques sont nécessaires pour parvenir à l'apaiser dans les bras.

3. Projet de soin de Thomas et Mme N au sein de l'unité

3.1. Objectifs thérapeutiques interdisciplinaires

Les objectifs institutionnels inscrits dans le dossier médical de Thomas sont de « permettre à Mme N de mieux identifier les signes de son enfant et de pouvoir s'ajuster à ses besoins plus finement, d'accompagner Mme dans les endormissements de son enfant et de réduire l'irritabilité et l'hypertonie de Thomas ». Les différents objectifs de soins sont discutés en équipe et validés par la pédopsychiatre, cheffe de service qui coordonne les soins.

Des rendez-vous avec la pédopsychiatre, l'infirmière référente de Thomas et la dyade ont lieu toutes les trois semaines afin de discuter des modalités de leur prise en charge et des demandes de la famille quant à leur soin dans l'unité.

La pédiatre du service reçoit Thomas et sa maman afin de surveiller l'état de santé de Thomas notamment au niveau de son RGO et de son alimentation.

Un suivi avec une psychologue de l'unité est proposé à Mme N et Thomas une fois par semaine. La psychologue m'informe de ses objectifs pour la dyade : « en début de prise en charge, il s'agit tout d'abord de tranquilliser Mme N quant à sa parentalité afin qu'ils puissent progressivement se différencier et nourrir des liens autrement. » Au fur et à mesure que la relation évolue, le suivi s'étend à des problématiques plus larges, autour des dynamiques familiales et des places que chacun occupe dans la famille.

Un suivi en psychomotricité est également pensé pour la dyade afin qu'ils puissent entrer en relation plus sereinement. L'objectif est de soutenir les compétences maternelles en transmettant le savoir-faire professionnel dans la sphère parentale (en accompagnant d'abord le portage puis vers sept mois les temps de jeux) et d'améliorer le confort de Thomas pour qu'il puisse développer ses compétences motrices et relationnelles notamment.

Plus tard dans la prise en charge, aux cinq mois de Thomas, le groupe « Rythme et Musique » est proposé pour la dyade. Les objectifs sont de permettre à Thomas de diminuer son niveau tonique et sa vigilance en offrant un espace contenant, et d'accompagner Mme N à identifier les signes de son enfant et lui proposer d'utiliser d'autres méthodes pour l'apaiser.

3.2. Projet thérapeutique du groupe « Rythme et Musique »

Le groupe « Rythme et Musique » que je co-anime avec deux infirmières est un groupe ouvert. Il s'adresse aux familles en difficulté pour observer leur(s) enfant(s), entrer en lien avec, identifier leurs besoins et mettre en place des actions pour y répondre. Les enfants participants doivent être âgés de plus de quatre mois (AC). Seuls les enfants éveillés, rassasiés, confortables et disponibles pour jouer participent au groupe.

Dans le groupe, différents rythmes et tempos (rapide, lent, fort, court, *etc.*) sont proposés à partir de sollicitations sensoriels (musique, chant, vibrations, tapotement, bercements, *etc.*). L'objectif est de permettre aux bébés d'explorer différentes sensations, états toniques et d'aider les parents à identifier ces différents états toniques, rythmes et états de veille chez leur enfant. Cela passe par l'observation fine des modifications de leur propre corps et de celui de leur enfant. Le groupe a également pour objectif de favoriser un temps relationnel dans la dyade parent-bébé en proposant un moment d'attention conjointe et de plaisir partagé autour d'une activité vectrice de partage.

Les séances se déroulent toujours de la même manière. Tout d'abord, le retentissement du carillon marque le début et la fin du groupe. À leur arrivée, les parents décrivent comment ils sentent leur enfant, dans quel état tonique et niveau de veille il est au moment présent. S'ensuit un temps d'exploration libre de l'activité du jour. Il s'agit généralement d'un moment relationnel dans la dyade. Puis un temps guidé est prévu. Les professionnels présentent différents rythmes et tempos à expérimenter. Enfin, un temps de retour est organisé au tapis, les parents expriment ce qu'ils ont perçu de leur enfant à partir des différents signaux.

4. Les séances individuelles de psychomotricité

4.1. Tableau initial de la rencontre avec Mme N et Thomas

4.1.1. Récit maternel et éléments de vie quotidienne

Mme N relate qu'à la maison seule la tétée au sein nourrit et soulage Thomas lorsqu'il est en détresse ce qui met le papa en retrait et crée des conflits conjugaux. Elle nous dit ressentir une pression de son conjoint qui souhaiterait soulager son fils en le nourrissant au biberon lorsqu'il est inconsolable. Dans l'unité, Mme N nous décrit que Thomas ne supporte pas d'être séparé d'elle et qu'il lui est impossible de le poser au tapis. Mme nous exprime avec fierté qu'elle et son fils " sont toujours collés". La psychologue m'explique à ce sujet que « ce fantasme de toute puissance maternelle » est d'autant plus marqué en séance de psychologie « Mme exprime souvent qu'elle est la seule à pouvoir s'occuper de son fils et qu'il n'accepte qu'elle. Elle insiste souvent sur l'incompétence de ses proches à s'occuper correctement de Thomas. ».

Comme fréquemment observé dans un tableau clinique de DPP, Mme N laisse peu d'accès à Thomas dans l'unité. Bien qu'elle dise se sentir démunie face à la souffrance de son garçon, elle ne se saisit pas du soutien des soignantes, les propositions d'aide et d'accompagnement étant bien souvent refusées. Mme N semble avoir du mal à se séparer physiquement de son garçon, mais lui porte pourtant peu d'attention. Il y a peu de moments d'interactions et de jeux dans la dyade et les propositions de portage de Mme N peuvent se dégrader (Thomas glissant de ses jambes) sans qu'elle ne s'en rende compte lorsqu'elle est prise dans une discussion. L'objectif est donc dans ces moments de recentrer l'attention de Mme sur son enfant. Le comportement de Mme N montre une

ambivalence entre un mal-être important qu'elle exprime à plusieurs reprises et ces réticences à accueillir l'aide du soignant. Est-elle partagée entre une envie de donner l'image d'une mère solide et un besoin d'être elle-même contenue par l'institution et les soignants ? Son besoin de soutien est manifeste, mais il paraît nécessaire de lui laisser le temps d'appréhender l'espace thérapeutique avant de voir une alliance s'établir.

4.1.2. La première séance de psychomotricité

Lors de la première séance de psychomotricité, Thomas a trois mois. Ma tutrice de stage propose à Mme N d'installer Thomas au tapis afin d'observer ses mouvements au sol et son organisation corporelle. Les épaules de Mme N se haussent, son corps se tend. Elle nous explique de façon logorrhéique que son fils ne va pas apprécier et qu'il ne va pas le supporter. La réaction de Mme N laisse transparaître son anxiété : cette dernière découle-t-elle comme elle le dit d'une anticipation de la réaction négative de Thomas, ou la séparation corporelle est-elle en elle-même source d'angoisses maternelles ?

Le transfert des bras de Mme au tapis est difficile à gérer pour Thomas qui pleure tout de suite. Au sol, il est complètement écrasé par la gravité. Ses membres sont en extension immobiles et tendus et ses poings sont serrés. Sa maman le reprend dans ses bras en glissant une main sous la nuque de Thomas et l'autre main au niveau de son dos. Thomas est inconsolable et toujours en extension. Mme N est debout, courbée vers l'avant et change Thomas de position dans ses bras à plusieurs reprises. Elle semble hésitante dans ses gestes et ne pas savoir comment le porter. Elle le porte alors verticalement, dos à elle, contre son buste. Thomas est maintenu par le bras de sa maman qui passe sous ses aisselles et au niveau de son torse (annexe : *image 6*). Rose lui propose de porter son enfant enroulé en appui sur son avant-bras et de lui rassembler les membres, mais Mme nous dit avec détresse "il est tout dur je ne peux pas" tout en le berçant fortement. Rose lui propose un ballon pour s'asseoir et bercer Thomas plus confortablement et demande à Mme si elle connaît une comptine pour essayer d'apaiser Thomas. Mme s'assoit et effectue des rebonds en chantonnant timidement. Elle porte Thomas semi-assis, en appui sur son avant-bras et maintenu au niveau des poplites des genoux (annexe : *image 8*). Thomas s'endort par le fort bercement et le son de la voix de sa maman. Avec son fils dans les bras, Mme est en difficulté pour se relever du ballon. La psychomotricienne propose alors à la maman de porter Thomas afin qu'elle puisse se redresser, elle hésite, mais accepte finalement. Le transfert des bras de sa maman vers ceux de la psychomotricienne réveille Thomas qui semble affolé par la situation. Thomas est porté de la même manière, mais Rose joint ses deux bras et les resserre autour de

Thomas. Installé dans les bras de Rose très contenu, enroulé, les membres rassemblés et le corps bien en appui dans ses bras, Thomas se calme rapidement et ferme de nouveau les yeux. Le corps de Rose est très contenant et forme comme un moule solide dans lequel repose Thomas. La maman signifie en tendant ses bras vers son enfant qu'elle est bien prête à récupérer son fils, mais la psychomotricienne propose d'essayer de le mettre dans son lit pour éviter à Thomas un transfert supplémentaire. Cela semble trop difficile pour la maman qui insiste alors pour bercer son fils et le mettre elle-même dans son lit. Est-il trop difficile pour elle de voir Thomas dans les bras de quelqu'un d'autre ? La réaction de Thomas, qui semble apaisé dans les bras de Rose, vient-il la heurter narcissiquement et nourrir plus encore sa culpabilité maternelle ?

Rose lui explique alors de manière très précise comment porter et maintenir Thomas pour éviter une perte de maintien dans son portage. Mme N ramène alors rapidement Thomas à elle. Cela me semble montrer une difficulté de Mme N à se séparer physiquement de son fils. Thomas se réveille alors brusquement et s'agite. Mme N l'enveloppe dans ses bras et le serre contre elle. Face à cette importante désorganisation, Thomas présente des difficultés à s'apaiser pour s'endormir même dans les bras de sa maman. Mme N nous exprime alors ressentir une grande culpabilité de ne pas pouvoir endormir son fils qui a pourtant besoin de repos.

4.1.3. Les prémices du soin

Alors que j'observe cette scène de l'extérieur, je me sens moi-même troublée par les mouvements qui s'opèrent dans la séance. Ne sachant où me placer, je reste à distance. Je reste immobile, craignant qu'un changement de ma part vienne désorganiser davantage l'équilibre fragile de la séance. Je me surprends à souhaiter que la séance prenne fin rapidement. Chaque changement semble désorganiser davantage Thomas. Il n'est confortable qu'avec une stabilité extrême. Je me demande si le souhait de Thomas n'est pas plutôt de rester absolument immobile dans les bras de sa mère. De ne vivre aucun changement. La posture que j'ai intuitivement adoptée, renverrait alors au besoin de Thomas, de faire le moins de remous possible pour que l'environnement reste à l'identique. Cette séance à visée évaluative n'a pas permis d'observer les compétences motrices de Thomas, mais nous avons pu observer que Thomas est capable de se saisir de ce que Rose peut proposer. Cette scène a majoritairement fait ressortir une problématique d'ajustement résultant de difficultés du bébé à s'organiser et de la mère à contenir son enfant. La séparation et les angoisses maternelles désorganisent profondément la dyade. Ainsi, le travail avec Thomas et sa maman s'effectue davantage en position basse : nous évitons, en tant que soignant, de faire à la place de la mère et

cherchons plutôt à l'accompagner dans l'adoption de stratégies plus adaptées. Cela permet qu'elle soit plus actrice du soin de son enfant et qu'elle se sente valorisée dans sa posture de mère.

Dans les premiers mois de suivi psychomoteur, l'objectif est donc de sécuriser Mme N et de la valoriser dans ses compétences maternelles afin qu'elle puisse accepter l'accompagnement professionnel. Les séances se font avec Thomas dans les bras de sa maman assise au tapis. Une attention est portée à l'installation de Mme N afin qu'elle puisse être pleinement disponible pour soutenir son fils.

4.2. Donner des appuis à Thomas et à sa maman

4.2.1. La contenance physique et l'imitation

Thomas a quatre mois. En séance, je suis assise en tailleur de $\frac{3}{4}$ par rapport à Mme N et Rose est à genou sur le tapis face à elle, à une distance laissant la possibilité à Mme de poser son enfant au sol. Rose propose à Mme N de s'asseoir en tailleur avec son fils sur elle. Mme se penche pour s'asseoir et Thomas grimace et pleure. Mme N s'assoit selon les conseils de Rose, dos au mur, mais pas en appui dessus. Son dos est courbé en avant, elle tient Thomas de manière fébrile et peu tonique. Elle le change de posture à plusieurs reprises et semble chercher sa position. Ces changements me laissent penser qu'elle n'est pas pleinement confortable. Mme N semble avoir du mal à se poser dans son propre corps. Rose lui positionne un pouf à bille derrière elle de façon à ce qu'elle prenne appui dessus. Mme s'adosse contre le pouf qui prend alors la forme de son corps. Le pouf l'enveloppe complètement et la soutient. Ses épaules s'abaissent, son bassin est en rétroversion, son corps semble détendu. Son visage est expressif et concentré sur Rose, elle continue de parler, mais le débit de parole est ralenti. Nous l'écoutons attentivement et avec bienveillance. Thomas ne pleure plus, mais son visage et ses poings sont contractés. Il est porté, semi-assis par sa maman et la regarde. Les bras de Mme N sont en appui sur son propre ventre et resserrés autour de Thomas. La nuque de Thomas est en appui sur le creux du coude de sa maman, ses jambes sont surélevées au niveau des poplités des genoux par les mains jointes de Mme. Le bassin de Thomas est en appui sur le bas ventre de sa maman, il est enroulé. Les bras de Thomas sont cependant encore en extension, un bras est pris sous le bras de sa maman le long des côtes de Mme et l'autre pend dans le vide (annexe : *image 9*). Je me fais la réflexion qu'ils ont une posture similaire. Ils sont tous deux enroulés. Le ventre et les bras de sa maman l'enveloppent comme le pouf enveloppe Mme N. Ils regardent tous les deux devant eux, Thomas

observe sa maman, Mme observe Rose. La contenance permise par le pouf offre à Mme N la possibilité de déposer son corps. Installée ainsi, il lui est possible de s'apaiser et d'offrir à son fils un portage stable et contenant. Cet apaisement semble donner de meilleurs appuis à Thomas. Mme N me regarde par moments discrètement et me sourit d'un air un peu décontenancé et figé. Elle ne semble pas pleinement à l'aise et confortable dans cette situation, mais accepte tout de même de la vivre. Au cours cette séance, Rose n'intervient pas auprès d'un membre de la dyade, mais les prend en charge ensemble comme une unité. Mme devient alors disponible pour un temps plus formel.

Rose communique alors à Mme les bases d'un portage contenant à l'aide d'un poupon et de schémas. Elle transmet à Mme N des outils concrets pour aider Mme à posturer son fils. Elle explique à Mme N qu'il est important qu'un bébé ait le bassin enroulé et des appuis stables et solides au niveau du bassin, du dos et de la tête, identiques à la façon dont elle est en train de le porter actuellement. Également, Rose exprime le fait qu'il est déconseillé pour Thomas d'avoir les bras vers l'arrière et que cela favorise l'hyperextension et qu'il est possible de lui ramener ses bras vers le centre dans le portage. Mme est attentive, ses sourcils haussés et ses grands yeux sont concentrés sur les paroles de Rose. Mme N se penche sur son fils et lui rassemble alors les bras (annexe : *image 10*). Ses poings s'ouvrent. Mme N regarde son fils avec tendresse, ses sourcils s'abaissent et son visage se décontracte. Elle lui sourit, silencieusement durant quelques minutes et Thomas lui sourit en retour. Mme prend appui sur les conseils de Rose et imite ses gestes. La maman voit son fils s'apaiser dans ses bras et parvient par elle-même à entrer en interaction avec. Cela semble valider ses compétences maternelles.

Nos regards attentifs sont posés sur Thomas et sa maman. Rose se met un peu à distance tout en gardant une attention visuelle à la dyade. Je fais de même. Mme lève alors la tête vers Rose et s'adresse à elle tout en maintenant son portage. Les poings de Thomas se referment et son bras tombe vers l'arrière de nouveau, mais son regard reste fixé sur le visage de sa maman. Il fait des petits sons avec sa gorge et son nez. Rose s'approche et rassemble ses bras puis lui propose un jeu devant lui de façon à ce qu'il puisse le voir et le saisir. Il le regarde rapidement puis s'en désintéresse, il observe sa maman parler. Rose s'adresse alors à Thomas d'une voix douce et calme et touche les poings de Thomas avec le jouet. Au contact de l'objet sur ses poings, Thomas les ouvre et le saisit finalement de sa main gauche. Il le dirige alors vers son visage. Son autre main serrée accompagne le mouvement et finit par attraper également le jouet. Il le met contre

ses lèvres, mais pas dans sa bouche. Il l'observe attentivement, le manipule en tournant ses poignets, mais garde les poings fermement accrochés à l'objet. Rose accompagne les mouvements de Thomas de sa voix en verbalisant ce qu'il est en train de faire. Mme continue de discuter et me regarde fermement dans les yeux. Mon regard oscille entre Thomas et sa maman. J'écoute ses paroles, ses inquiétudes et j'acquiesce en essayant de ne jamais lâcher son regard trop longtemps lorsque j'observe Thomas. Je me sens en tension comme si la solidité de Mme ne tenait qu'à mon attention et notre regard. Au fur et à mesure que Thomas explore l'objet, il relâche son buste. Ses mains sont moins figées et il peut libérer ses doigts pour changer de prise. Son visage est relâché et il explore sensoriellement l'objet avec sa langue. Avoir chacun une attention focalisée sur eux aurait-il permis à Thomas et sa maman d'avoir un espace d'expression chacun et de se sécuriser dans la relation ? Mme N semble être parvenue, en entrant en interaction avec son fils, à s'apaiser elle-même et à trouver suffisamment d'appuis pour contenir Thomas. Les efforts fournis par Mme N pour interagir avec son fils sont donc fructueux sur plusieurs petites périodes.

4.2.2. La co-modalité sensorielle

Après deux mois et demi de travail en psychomotricité, Thomas a cinq mois. Mme N parvient plus facilement à poser Thomas au tapis en séance, tout en gardant un contact physique avec lui. Elle lui caresse les cheveux ou lui tient le bras par moments. Les transferts se font plus tranquillement pour Mme N mais sont toujours difficiles pour Thomas. Il est cependant plus rapidement consolable une fois installé au tapis.

Allongé en décubitus dorsal, Thomas est écrasé au sol. Ses jambes sont entièrement posées sur le tapis. Elles sont droites et écartées, ses pieds sont vers l'extérieur, ses bras sont tendus et également écartés sur le côté de son corps et ses poings sont serrés. Sa tête est dans l'axe, il est peu expressif. Ses yeux accrochent fortement les regards des personnes autour de lui. Il est très peu mobile dans cette position. Il remue légèrement les orteils et tente parfois de relever les avant-bras par de petits mouvements. Il peut par moments être inconfortable, se tendre et avoir des reflux qui limitent plus encore ses capacités d'explorations.

Pour aider Thomas à supporter la position à plat-dos, Rose lui ramène ses jambes vers le ventre et lui enroule le bassin en lui proposant de légères bascules de gauche à droite tout en lui chantant une chanson. Les premières fois où cette activité est proposée, Mme présente de l'anxiété qui se manifeste par une logorrhée, un tonus élevé, de nombreux changements de position. Thomas semble quant à lui résister et lutter contre le déséquilibre. Il se rigidifie, contracte ses muscles fessiers et dorsaux pour ramener ses

jambes au sol. Il est peu mobile et plaque ses bras au sol comme pour stabiliser la posture. Rose accompagne corporellement Thomas en effectuant les bascules avec son propre corps. Le tapis fin permet de sentir le sol dur en dessous et d'avoir un appui stable sous le dos de Thomas. Les mains de Rose placées sur le bassin de Thomas fournissent un appui physique supplémentaire. Elle sécurise Thomas et effectue des gestes lents et de faibles amplitudes, guidés par sa voix. Elle met en mot ses mouvements et chantonne avec une prosodie lente et répétitive. Notre attention active sur Thomas et sa maman semble fournir un soutien psychique supplémentaire à la dyade. Progressivement Thomas parvient à relâcher son bas du corps qui s'assouplit. Il garde le bassin enroulé et accompagne la bascule soutenue par le regard stable de Rose. La co-modalité des perceptions sensorielles et ses appuis extrêmement stables me semblent avoir permis à Thomas de se sentir suffisamment contenu et maintenu pour supporter les déséquilibres.

4.3. Une base de sécurité pour Thomas et sa maman

4.3.1. Le dialogue-tonico-émotionnel

Lors d'une séance, nous installons le pouf à bille entre le mur et une commode. Thomas a cinq mois et demi. Mme est invitée à s'installer contre le pouf en tailleur, par la psychomotricienne. Rose propose à Mme de porter son fils dans le creux de ses jambes. Mme installe spontanément Thomas à la verticale, le bassin enroulé en appui contre les tibias de sa maman et son dos contre le ventre de Mme. Les bras de Thomas sont tendus sur les côtés et ses poings sont serrés (annexe : *image 11*). Rose conseille à Mme de maintenir les jambes de Thomas et de l'aider à rassembler les bras de son garçon avec ses avant-bras (annexe : *image 12*). Un temps de bulle est alors proposé. Je me place sur le côté de 3/4 par rapport à Mme et Thomas, Rose est en face d'eux. Thomas, amimique, se détache du visage de Rose et regarde les bulles tomber avec vigilance. Il les observe les unes après les autres et tourne la tête rapidement. Il tente de se reculer et grimace lorsqu'elles tombent trop près de son visage. À chaque arrêt des bulles, Rose demande à Thomas s'il en veut encore verbalement et en signant de ses mains. Thomas regarde Rose dans les yeux et elle fait de nouveau des bulles. Progressivement Thomas se montre moins inquiet et peut observer les bulles plus globalement et plus lentement. Il est moins alerté par les bulles trop proches, mais son tonus dans le haut du corps semble toujours élevé. Son buste est rigide et ses poings sont serrés. Mme observe son garçon dans le miroir avec un grand sourire. Rose propose alors à Mme N d'inverser leur place. Rose porte Thomas entre ses jambes, installée sur le pouf et Mme N fait les bulles. Rose demande à Mme N d'attendre un signe de son enfant avant de refaire des bulles. Thomas

regarde sa maman avec un grand sourire. Mme est très animée, elle a de grands yeux, elle sourit, elle parle à Thomas avec une prosodie ajustée, elle le regarde dans les yeux. Thomas regarde les bulles, puis sa maman. Il sourit. Mme N semble s'émerveiller des compétences de son enfant. Le dialogue tonico-émotionnel et la contenance fournis par Rose ont-ils permis à Thomas de se relâcher et de se rendre disponible à la situation de jeu avec sa maman ?

4.3.2. La place du regard

Aux six mois de Thomas, le séquentiel est mis en place au vu des difficultés de la dyade (nous y reviendrons dans les parties suivantes). Mme N est plus détendue et prend pleinement appui sur le dispositif soignant. Le transfert des bras de sa maman vers le tapis semble moins difficile pour Thomas. Il supporte bien d'être au sol à plat dos. Déposé en décubitus ventral, Thomas pleure tout de suite. Il est extrêmement inconfortable et surélève ses bras et ses jambes, le corps en hyperextension. Il ne prend pas appui sur ses bras ce qui est en deçà des attendus neuromoteurs de son âge.

En séance de psychomotricité, sa maman est assise en tailleur en face de Rose, en appui contre le mur. Son enfant est allongé entre elle et Rose. Elle place spontanément Thomas dans le sens de la psychomotricienne, permettant à Thomas de s'ouvrir à un échange avec elle. Mme N garde une attention à son fils. La tête de Thomas est au niveau des jambes de sa maman. De la façon dont il est installé, Thomas ne peut pas voir sa mère. Il est très accroché au regard de Rose et se montre très séduisant dans la relation en faisant beaucoup de sourires. Il est détendu. Toujours soutenu par le regard de la psychomotricienne, il se montre peu à peu davantage mobile sur le tapis bien qu'il garde ses bras contre le sol et ses poings serrés. Il décolle spontanément son bassin et l'enroule de lui-même par moment lorsqu'il sourit et cherche l'interaction avec Rose en émettant des babillages. Enroulé et sous notre regard, il peut alors observer ses mains, les joindre et toucher ses genoux. Il semble très présent à son corps. Le regard semble le soutenir dans ses explorations motrices. Nous discutons en même temps avec la maman de son quotidien à la maison avec son fils. Lorsque Rose oriente son regard ailleurs ou qu'elle sort du champ visuel de Thomas, il se désorganise. Thomas s'accroche au regard de Rose. Elle s'adresse à lui, en verbalisant qu'elle perçoit que c'est difficile pour lui quand elle n'est pas focalisée dessus. Une fois apaisé, Mme nous exprime que c'est vraiment difficile pour elle de « résister à le porter dès qu'il pleure ». Rose et Mme N échangent alors leur place, sa maman se positionne face à lui et la psychomotricienne derrière. À peine voit-il sa maman arriver que Thomas se met à hurler et à se tendre. Il

semble difficile pour Thomas et sa maman de se voir l'un l'autre sans avoir de contact corporel. Mme N reprend alors Thomas dans ses bras face à elle. Elle le tient à la verticale, sous les aisselles, au niveau des côtes. La tête de Thomas est enfoncée dans ses épaules. Il est debout inconfortable et ses jambes sont tendues (annexe : *image 13*). Mme nous dit "je le mets comme ça pour qu'il se rende compte qu'il est dans mes bras à moi". A-t-elle la sensation d'être responsable de la désorganisation de Thomas ? Alors qu'elle était plus sécurisée quant à ses compétences maternelles, cela viendrait-il la fragiliser ? Mme N le regroupe ensuite dans ses bras et parvient à le consoler. Thomas dirige alors son poing vers sa bouche. Mme N le reprend tout de suite, elle nous dit qu'elle ne veut pas que son fils suce ses doigts. Rose lui explique que ce peut être un moyen pour lui de se réassurer seul et que l'exploration sensorielle par la bouche est importante. Elle nous entend, mais craint que cela "lui déforme la mâchoire". Est-ce inquiétant pour Mme N de voir son fils s'autonomiser ?

Thomas a grandement évolué dans ses acquisitions développementales mais ce schéma d'extension persiste ce qui l'entrave dans ses explorations sensori-motrices. Pourquoi, malgré toute la contenance proposée et expérimentée par la dyade, Thomas ne se sépare-t-il pas de ce schéma ? Les difficultés relationnelles dans la dyade, marquées par une séparation corporelle particulièrement prégnante, pourraient-elles expliquer la pauvreté des explorations de Thomas pour un enfant de son âge ?

5. Aspect pluridisciplinaire de la prise en charge dans les lieux communs

Mme N a des compétences maternelles qu'elle nous montre en séance, mais ne parvient pas toujours à les maintenir en dehors de la salle de psychomotricité (notamment lors des temps de groupes) ou lorsque Thomas se désorganise.

5.1. Le groupe rythme et musique

Aux cinq mois de Thomas, Mme montre de l'enthousiasme à venir au groupe Rythme et Musique. Elle arrive en dansant avec Thomas dans ses bras. Elle le maintient verticalement, face à elle, soutenu au niveau du bassin par son avant-bras. Thomas se tient droit, les scapulas resserrées vers l'arrière, les bras légèrement fléchis (annexe : *image 14*). Il se tourne avec son buste entier pour observer son environnement. Mme s'assoit en tailleur au sol. Elle installe Thomas à plat dos sur une extrémité du tapis, à côté d'elle.

Nous demandons aux familles l'état de veille dans lequel elles sentent leur bébé. Mme N prend la parole en nous expliquant longuement qu'elle se sent fatiguée et en difficulté par le « caractère ronchon » de Thomas en ce moment. Il commence à pleurer et sa maman lui dirige la tétine vers la bouche sans regarder son geste. Mme parle avec abondance dans le groupe et lorsque le tour des autres familles arrive, elle continue de parler avec la maman installée à côté d'elle. Mme N discute des réactions atypiques de Thomas face aux stimulations. Mme N ne propose pas la même qualité de présence à son fils lorsqu'ils sont en situation de groupe. Ses gestes deviennent mécaniques et peu attentifs.

Une exploration libre de différents instruments de musique est proposée. Alors que Thomas pleure, Mme présente des maracas et une couronne de grelots à son fils. Elle les agite toniquement devant le visage de son fils. Thomas s'arrête soudainement de pleurer. Les yeux écarquillés, il observe les instruments en plissant ses yeux dès que sa maman les rapproche de lui. Il est allongé le corps tendu, immobile, les membres plaqués sur le tapis comme tétanisé. La sollicitation semble trop vive pour Thomas. Mme N aperçoit la réaction d'inconfort de son fils et propose alors l'instrument à un autre enfant.

Lors du temps guidé, nous proposons aux familles de suivre différents rythmes avec un instrument et d'observer ce que ça modifie chez leur enfant. Mme N saisit un instrument qu'elle garde dans les mains, mais ne l'utilise pas. Elle discute des réactions des autres enfants avec leurs parents. Cherche-t-elle à nuancer son comportement ? Thomas a les bras et jambes étendus, relâchés. Il a peu de réactions face aux sollicitations sonores. Il reste immobile, regarde sa maman et émet parfois des sons comme pour signifier quelque chose à sa maman. Je verbalise à Mme N ce que je perçois de Thomas. Elle interprète alors le calme de Thomas à de la fatigue et se détourne de lui afin de « le laisser se reposer ». Thomas semble comme en dehors du groupe.

En situation de groupale, Mme N parvient à repérer les signes de Thomas, mais ne met pas toujours en œuvre des réponses adaptées à ses besoins. L'attention de Mme N à l'égard de Thomas est discontinue. Elle peut parfois être très stimulante pour son enfant lors des temps de jeux et l'ignorer à d'autres moments. Lors des groupes, le partage de l'attention des professionnelles entre les différentes dyades amoindrit l'accompagnement dont Mme N semble avoir besoin pour interagir avec Thomas de façon adaptée. Cependant, le groupe me paraît être un moment où Mme N prend du plaisir à interagir avec les autres familles à propos des comportements des enfants. Mme observe, analyse

et commente les enfants du groupe. Cherche-t-elle à s'inspirer des autres familles pour pouvoir s'ajuster à Thomas ?

5.2. Les temps dans les lieux du quotidien

L'arrivée de Thomas et de sa maman dans l'unité se fait généralement au moment de l'heure de sieste de Thomas. Thomas montre des signes de fatigue dans sa poussette. Il bâille, se frotte les yeux, cligne des yeux lentement, son tonus diminue. Mme, range ses affaires et prend le temps de retrouver les autres mamans du service puis couche Thomas dans son lit. Mme perçoit-elle les signes de Thomas sans parvenir à prioriser ses actions ?

Aux six mois de Thomas, en fin d'après-midi, dans les lieux communs, je suis assise avec les familles présentes dans le service. Mme N est assise sur un fauteuil, elle allaite Thomas et discute avec une maman de l'unité. Le salon se vide progressivement, les familles rentrent chez elles ou regagnent leur chambre d'hôpital. Je me retrouve seule au salon avec Thomas et sa maman. Je suis assise au sol devant elle, elle me sourit. Alors que je m'apprête à me lever, Mme N entame une conversation. Elle me fait part de ses difficultés à gérer son quotidien dans son foyer, de sa fatigue, de ses inquiétudes pour Thomas, de la pression qu'elle ressent de ses proches, de traumatismes antérieurs... La liste me paraît ne jamais s'arrêter. Je la trouve courageuse d'être aussi assidue et persistante dans les soins au vu de ce qu'elle vit au quotidien. Je vois alors Thomas se tendre et pleurer de plus en plus fortement. Mme me regarde fermement dans les yeux. Elle cherche mon regard et ma validation. Thomas semble par son comportement essayer d'attirer l'attention de sa mère sur lui, alors qu'elle est emportée dans une tornade de considérations anxieuses qui la coupe presque de la réalité présente. Mme semble complètement mettre de côté son fils qui ne paraît presque plus présent pour elle. Elle lui tient la main machinalement tout en faisant des gestes en parlant. Thomas cherche par moment sa maman du regard mais semble le fuir lorsqu'il est en contact avec celui de sa mère. Ce détournement a-t-il lieu du fait que Thomas ne parvient pas à entrer en interaction avec sa mère à ce moment-là ? Lorsque Mme N me parle de Thomas ce sont toujours des inquiétudes sur le fait qu'il puisse se sentir seul et abandonné des autres. Cette inquiétude maternelle me semble coïncider avec le comportement de Thomas qui s'agite et se désorganise alors même que Mme N, emportée par ses préoccupations, ne semble plus en mesure de lui apporter l'attention dont il a besoin pour se réassurer.

Mme N m'agrippe dans un flux de parole, sans que je puisse interagir ou interrompre son discours. Mme N se saisit de ce temps informel où l'attention peut être focalisée uniquement sur ses difficultés personnelles. Ma place de stagiaire semble offrir à Mme N un lieu d'écoute où elle peut se livrer sans craindre une dévalorisation de ses compétences maternelles.

Au vu de ce que nous observions de Mme N et de Thomas et de ce qu'elle m'avait confié, il nous a paru important qu'elle puisse être davantage soutenue et relayée avec son enfant la nuit notamment. À la demande de Mme, une hospitalisation en séquentiel sur deux nuits et trois jours a pu être mis en place aux six mois de Thomas. Mme N et son enfant ont bien investi le relais la nuit et Thomas a pu rapidement réduire ses réveils.

5.3. La mise en place du séquentiel

Depuis la mise en place du séquentiel, Mme est plus ouverte aux soignantes. Elle est plus souriante et enthousiaste notamment lorsqu'elle arrive dans l'unité. Mme N parvient à identifier lorsqu'elle est en difficulté pour s'occuper de Thomas et demande davantage l'aide des professionnelles. Il y a plus de continuité dans le portage de Mme N. Elle porte le plus souvent son fils regroupé dans ses bras. Mme porte Thomas d'un bras et le maintient contre son buste au niveau de ses ischios-jambiers. La ceinture scapulaire de Thomas est enroulée vers l'avant grâce au buste et l'avant-bras de sa maman (annexe : *image 15*). Thomas est plus éveillé, il fait beaucoup de sourires et s'intéresse plus à son environnement. Il se réveille moins la nuit, moins longtemps et il est moins irritable. Son visage que je trouvais particulièrement plissé est maintenant arrondi. Ses pommettes roses et joufflues lui donnent un air mignon et malicieux. Mme peut dire qu'elle a besoin d'avoir plus d'espace pour elle et de se séparer de Thomas. Mme le pose davantage au tapis depuis la mise en place du séquentiel, mais seulement assis. Installé de la sorte, Thomas supporte bien l'éloignement de sa maman. Cette verticalité lui donne la possibilité d'observer plus globalement son environnement et réduit grandement ses reflux.

Je repère que Mme N initie davantage de temps de jeux avec son enfant. Thomas est allongé en décubitus dorsal, Mme le chatouille et lui fait ce qu'elle appelle « une attaque de bisous » en arrivant soudainement pour l'embrasser. Thomas se crispe dans son corps en extension et sursaute à chaque fois qu'elle s'approche, mais il rit tout de même aux éclats avec sa maman. Ses signaux ne semblent pas toujours clairs. Elle le maintient également régulièrement debout face à elle, sous les aisselles (annexe : *image 13*) et le

secoue doucement en lui chantant des comptines. Thomas l'observe attentivement, debout jambes tendues, le corps et le visage figé, mais calme. Thomas peut passer des rires aux pleurs facilement durant ces temps de jeux, sa vigilance est toujours élevée.

Les interactions dans la dyade se font nettement plus sereinement bien que certaines difficultés subsistent. Aux six mois de Thomas, Mme N est de plus en plus ajustée aux besoins de son enfant et parvient de mieux en mieux à soutenir son fils. Cependant, les difficultés toniques de Thomas persistent. Il n'évolue pas dans ses acquisitions développementales et ce retard psychomoteur pourrait nécessiter un besoin de rééducation en supplément du soin en unité conjointe mère-bébé.

PARTIE THÉORICO - CLINIQUE

PARTIE THEORICO CLINIQUE

1. Les difficultés dans la dyade

1.1. Du côté de Thomas

Nous avons vu que Thomas a un RGO important et que Mme N est atteinte de DPP. Ces deux troubles peuvent avoir des répercussions importantes sur la relation.

D'une part, comme nous l'avons étudié en partie théorique, le RGO pathologique induit chez le bébé des douleurs qui peuvent provoquer de fortes tensions et fragiliser ses interactions avec l'environnement. (Belkind-Gerson J., 2023). Pour lutter contre la douleur, les bébés déchargent cette tension par un réflexe tonique d'extension. Le RGO important de Thomas peut donc participer à sa posture en extension qui le limite dans ses possibilités d'interaction. Selon Bullinger (2017) les postures ATNP permises par l'enroulement permettent les échanges avec le milieu. Seulement, lorsqu'il est porté ou installé au sol (assis ou à plat dos), Thomas a principalement une position symétrique en ATNR, avec une extension (annexe : *image 1 à 9*). De fait, Thomas peine à se regrouper et à se mobiliser corporellement. Bullinger (2004) explique que les postures ATNR répondent généralement à une modification trop importante du flux sensoriel que l'individu ne peut pas traiter. Effectivement, Thomas est envahi par un vécu intéroceptif douloureux il n'est donc pas en capacité de traiter efficacement les stimuli de l'environnement.

La régulation du flux sensoriel semble jouer un rôle dans la régulation des tensions de Thomas. Bullinger explique que « La variation d'un flux peut entraîner une modulation tonique qui permet à l'organisme de s'ajuster aux stimulations qui l'atteignent » (Bullinger, 2004, p 76). Thomas semble cependant lutter contre les flux sensoriels, il ne les intègre pas. En effet, les stimuli visuels, sonores, vestibulaires (dans les changements de positions et les transferts) le désorganisent fortement. Il n'y a donc pas d'intégration et de régulation de ce flux qui semble tout de suite envahissant. Thomas reste donc avec sa réaction tonique primaire face aux stimuli l'obligeant à vivre sur un mode hypertonique et hypervigilant sans pouvoir s'ajuster à ce qui lui parvient (Bullinger 2004). Selon Alvarez et Golse, la disponibilité à l'environnement dépend du niveau de vigilance. Pour Thomas, il semblerait qu'il s'adapte à un environnement vécu comme dystimulant par

l'hypervigilance. Cette intolérance aux variations des flux sensoriels de l'environnement le soumettrait à un stress constant l'obligeant à vivre avec une vigilance accrue et un niveau tonique très élevé. L'hypervigilance de Thomas le rend d'autant plus perméable aux stimuli qui lui parviennent.

Selon Bullinger (2004, p 75) « Le niveau de vigilance détermine des états toniques différents qui modulent les possibilités d'échange avec le milieu ». La fonction d'alerte permet l'orientation vers le stimuli. Si l'enfant est seulement dans l'alerte, il reste dans la sidération. C'est-à-dire qu'il recherche la source, s'oriente vers elle, mais celle-ci ne fait pas sens et provoque une motricité réflexe en réaction qui n'a pas de but exploratoire. Les bébés en grande vigilance restent donc immobiles et leurs expériences sensori-motrices sont appauvries. Ils ont donc notamment moins de sensations au niveau de l'oreille interne, le système vestibulaire est moins sollicité et deviendraient hypersensibles aux variations. Le moindre mouvement et changement de position lui transmettent des informations qu'il ne peut pas traiter et lui font vivre une sensation de déséquilibre et de chute. Le bébé répond alors à cette sensation de manière inadaptée par une réponse tonico-posturale d'extension comme un agrippement tonique. (Bullinger, 2004)

Allongé sur le dos au tapis, Thomas cherche à élargir sa surface d'appui au sol et reste ainsi crispé et immobile. Thomas a un vrai besoin d'ancrage et d'appuis extrêmement stables. Ce n'est qu'après un long moment de balancements de son bassin et de contenance par tous les canaux sensoriels qu'il parvient à dépasser cette hyperréactivité et se détendre, rassembler ses bras pour toucher ses genoux. La contenance et le mouvement lui permettraient d'avoir un retour sensoriel plus riche du tapis sur lequel il est installé et donc de le rassurer quant au fait qu'il ne risque pas de chuter. Thomas a besoin d'un fort étayage pour se relâcher et se rendre disponible pour les interactions. Mme N peut donc difficilement le poser ainsi au tapis pour patienter seul. Elle l'installe davantage assis, de sorte que Thomas puisse voir son environnement et s'y sentir confortable.

Selon Bullinger (2017, p. 58), « Cet équilibre tonique est réglé par plusieurs mécanismes. On distingue : les niveaux de vigilance, les flux sensoriels, les interactions avec le milieu humain et des représentations intériorisées. Cette hiérarchie de moyens de régulations se met en place avec le développement. » (Bullinger, 2017, p. 58).

Thomas subit de multiples tensions, d'une part liées aux douleurs ressenties par son reflux et d'autre part liées à un défaut de régulation du flux sensoriel. Ces éléments participent au développement de son hypervigilance et de son hypertonicité qui compliquent davantage la régulation tonique. Ce cercle vicieux ne peut être rompu que

par l'environnement extérieur qui vient contenir et mettre du sens sur ses vécus. En effet, c'est d'abord par l'accompagnement du parent que le bébé apprend à réguler son flux sensoriel (Pireyre, 2021). Cependant, Mme N se trouve en difficulté pour venir apaiser les tensions de Thomas.

1.2. Du côté de la mère

Mme N nous exprime une difficulté à contenir son enfant. Selon Missonnier et al. « L'histoire du rôle contenant, la mère des excitations internes et externes du nourrisson représente la préhistoire de son propre système pare-excitant. » (Missonnier et al., 2002, p. 83). Au vu de sa dépression, Mme N peut être en difficulté pour trouver des ressources pour s'adapter à ses difficultés. Elle peut alors proposer à Thomas de s'alimenter comme moyen d'apaisement ne sachant comment le soulager autrement. Cette difficulté à contenir son fils pourrait témoigner d'un défaut de la mère à contenir elle-même ses vécus.

Bullinger (2004) explique que chez le bébé, la maîtrise progressive de l'extension et du regroupement permet la construction d'un *arrière-fond*. C'est à dire la conscience de son plan postérieur comme enveloppe contenant « avec un fond ». Haag (2018) nomme *l'arrière-plan*, ces appuis dorsaux (corporels et psychiques) que la mère transmet à son enfant au travers du *holding* et du regard qu'elle pose sur son enfant. Ils mettent en place un sentiment de contenance et d'unicité. La solidité de cet *arrière-plan* dépend de la manière dont l'individu a été soutenu au travers de la PMP de Winnicott (1989) par ses propres parents. Dans sa façon de s'installer, Mme N prend peu d'appuis dorsaux, elle ne s'adosse pas spontanément. Lorsqu'elle s'installe au fauteuil, à l'inverse elle semble comme glisser et s'effondrer dans l'assise. Cela me questionne sur la constitution de son *arrière-fond*. Mme est en difficulté pour trouver une position confortable, contenant et sécurisante pour elle-même et de fait pour Thomas. Ainsi n'a elle peut-être pas intégré pleinement cette notion d'*arrière-fond*. Un défaut de PMP a des impacts significatifs sur la vie psychique de l'individu (Winnicott, 1989).

La PMP de Winnicott (1989) décrit un état de fusion entre la mère et son bébé dans les premiers mois après la naissance, qui permet à la mère de focaliser son attention sur son bébé et de s'ajuster finement à ses besoins. Mme N a dès le début de la prise en soin une véritable intention d'être présente pour son enfant. Dans les deux premiers mois de prise en charge, Mme N nous décrit régulièrement cet état de fusion particulièrement marqué

entre elle et Thomas. Cet état fusionnel intense ne semble cependant pas permettre un ajustement entre Thomas et Mme N, mais au contraire entraver la relation. Chaque élément de séparation désorganise extrêmement la dyade : les transferts, les endormissements, l'aide des soignants séparent physiquement la dyade tandis que le passage du lait maternel au lait en poudre et l'auto-apaisement de Thomas viennent séparer dans leurs dimensions psychiques Thomas et Mme N. Selon Winnicott (1989), la PMP permet à la mère de présenter le monde à son enfant par la fonction *object presenting* afin qu'il puisse progressivement s'autonomiser et l'explorer de lui-même. Pour Mme N l'autonomisation de Thomas est vécue comme une séparation trop difficile à supporter. L'exploration de Thomas la rend particulièrement anxieuse quant aux risques qu'il pourrait encourir. Par exemple, Mme N ne souhaite pas installer Thomas au tapis dans les salles communes, car elle craint que les autres enfants aient des gestes violents envers lui ou qu'ils lui transmettent des maladies. Mme N garde donc Thomas dans ses bras, contre elle, afin de le protéger d'un environnement perçu comme dangereux. Le monde est donc présenté à Thomas comme menaçant et inquiétant ce qui ne lui permet pas de se sécuriser sans sa mère pour explorer l'environnement et contribue à conserver cette fusion maternelle.

Cramer, Pr de psychiatrie écrit que dans la DPP « La préoccupation maternelle primaire devient angoisse maternelle fondamentale. » (Cramer, 2002, p. 93). Dans cette vulnérabilité psychique, la mère peut être dans une préoccupation excessive pour son enfant ou être dans une forme de rivalité avec lui par besoin d'être elle-même maternée. « l'enfant est perçu comme hypervulnérable, ou agressif ou même persécuteur. » (Cramer, 2002, p. 93). Cette PMP particulière, pourrait être mise en lien avec les différentes pertes que Mme N a subies dès le début de sa maternité. Mme N nous raconte qu'elle a débuté sa vie maternelle lorsqu'elle était mineure par une IVG « forcé par ses parents ». Plus tard alors que le désir de maternité était présent, Mme N subit deux fausses couches. Un parcours PMA se met en place où il lui est annoncé qu'elle n'aurait probablement pas d'enfant. Mme N fait donc son deuil d'être mère. Puis, quand elle tombe finalement enceinte naturellement de triplets, Mme N perd deux embryons. Par ces différents traumatismes que Mme N a subis, elle percevrait alors son fils comme vulnérable et développerait une angoisse de perdre son enfant si elle ne le protège pas constamment.

Selon Hays (2017), face à cette angoisse de perte, la mère devrait donc être d'autant plus « bonne » pour compenser la vulnérabilité de l'enfant et cette crainte de ne pas être une mère suffisamment bonne pour protéger son fils. Comme dans un agrippement à leur

enfant, la mère mettrait alors tout en place avec une certaine agitation pour pallier cette culpabilité maternelle et préserver son intégrité (ou leur intégrité puisqu'elle pourrait s'effondrer avec la perte de son fils). (Hays, 2017). Dans ses interactions, Mme N peut être stimulante et intrusive avec Thomas ou à l'inverse l'ignore. De même, dans son tonus, Mme peut par moment ne pas maintenir sa posture et glisser dans l'assise et parfois avoir une grande rigidité tonique, être très redressée avec les épaules hautes et une respiration courte. Les jeux qu'elle propose sont toujours très sonores et en mouvement comme si l'immobilité lui renvoyait quelque chose de mortifère et donc de la perte. Elle associe d'ailleurs généralement l'immobilité de Thomas à de la fatigue. Mais Mme N est elle-même soumise à ses propres difficultés et ne peut pas préserver une attention aussi intense tout le temps donc parfois son attention lâche, son corps s'effondre toniquement et son fils glisse de ses jambes sans qu'elle s'en aperçoive. Son attention est donc discontinuée, à l'égard de Thomas. Elle peut parfois se détacher de lui pour rechercher notre soutien face à cet effondrement pour que nous prenions soin d'elle.

Dans la PMP, au fur et à mesure que l'enfant grandit la mère s'ajuste moins étroitement à ses besoins. La présence d'un tiers, généralement le père, dans la relation dyadique va alors permettre à la mère et son enfant de se différencier progressivement. (Missionner et al., 2004). Pour Thomas et sa maman, les soignants servent de tiers dans l'unité là où le père n'est pas présent. Le processus de séparation est long et est arrivé de manière trop abrupte dans la première séance. Rose est apparue comme intrusive dans la relation dyadique. Mme recherche notre soutien pour elle-même, pas que nous maternions son fils. Notre intervention vient la séparer de son fils et lui renvoie un vécu d'incompétence maternelle déjà fragile accentuant davantage son agrippement à Thomas. Ces processus sont au travail dans l'unité permettant à Mme N et Thomas de peu à peu se sécuriser dans la séparation.

1.3. Du côté de la relation

Selon la PMP de Winnicott (1989), la mère *suffisamment bonne* est un soutien indispensable au développement de l'enfant. Au travers du *holding, handling et object presenting*, la mère soutient, protège, et accompagne son enfant. L'introjection de l'objet maternel permet de se construire un sentiment de sécurité interne lui permettant de se sentir exister en tant que sujet différencié (Pireyre, 2021). Lorsque la mère est en difficulté pour jouer son rôle de contenant, l'enfant reste dans un état d'angoisse et de désorganisation. (Winnicott, 2011). Mme N est effectivement en difficulté pour contenir physiquement, mais aussi les états émotionnels de son fils. Alors que Thomas est en

hyperextension, Mme N nous explique qu'elle ne parvient pas à le porter et qu'elle ne comprend pas de quoi son enfant a besoin. Les signes de Thomas ne sont pas toujours clairs et compliquent davantage la compréhension de ses besoins. Dans ce contexte Mme N est davantage en difficulté pour s'adapter à son enfant et contenir ses affects.

L'hypertonie, l'irritabilité, l'état d'hypervigilance compliquent la compréhension des signaux du bébé (Alvarez et Golse, 2020). Pour Mme N interpréter les signaux de Thomas et fournir une réponse adaptée est d'autant plus difficile que les signaux de Thomas sont indifférenciés. En effet, il réagit et se désorganise de la même manière qu'il s'agisse d'une sensation de faim, de sommeil, de douleurs, ou une émotion désagréable (inquiétude, peur, frustration, *etc.*). Selon Vasseur (2015), la mère en difficulté pour identifier les besoins de son enfant ne peut donc pas y répondre de manière ajustée. Elle ne peut donc pas jouer son rôle d'interprète correctement et le protéger du débordement. (Vasseur, 2015) Lorsque la réponse est inadaptée par rapport aux vécus du bébé, l'enfant est laissé dans une détresse psychique qu'il ne peut alors pas traiter. Cette détresse se traduit aussitôt par une désorganisation tonico-posturale plus ou moins chronique. En effet, Thomas semble être régulièrement débordé par ses vécus, ce qui se manifeste par une hypertonicité, une hyperextension et de fait une respiration pneumatique. Face à la difficulté de distinction des signaux, Mme N ne peut pas les interpréter correctement et y répondre de manière totalement ajustée, ce qui laisse Thomas avec sa détresse.

Lorsqu'un parent se trouve incapable d'apaiser son enfant, il peut se sentir incompetent en tant que parent. Si ce sentiment d'incompétence persiste, cela peut conduire à un désengagement vis-à-vis de l'enfant, qui peut être néfaste à la relation (Guédeney N. & Guédeney A., 2016). En n'étant jamais pleinement confortable, nous pouvons donc penser que Thomas renvoie à sa mère qu'elle ne parvient pas à l'apaiser et participe à ce sentiment d'incompétence maternelle auprès de son fils.

Selon Guédeney N. & Guédeney A. (2016), au travers des interactions précoces l'enfant reconnaît en tant que figure d'attachement la personne qui s'occupe de lui et le sécurise. Face à la discontinuité de l'attention des mamans en DPP envers leur enfant, le bébé construit un mode d'attachement ambivalent. Le manque de cohérence des réponses de la mère, l'enfant alterne entre la recherche de proximité et la résistance à l'approche de leurs figures d'attachement (Guédeney N. & Guédeney A., 2016). En effet, comme nous l'avons vu, en hyperprotégeant son fils, Mme N ne peut pas assurer une attention continue à ses besoins. Elle alterne entre une surstimulation et un détachement total de son attention comme dans un système de tout ou rien. Lorsque Thomas est en difficulté, il peut longtemps rester accroché au visage de sa maman sans que celle-ci le regarde.

Pourtant au moment où Mme N porte attention à son fils, Thomas détourne le regard. Alors que Mme le prend dans ses bras, Thomas tend ses jambes comme s'il recherchait une sensation de contenance qui se poursuit même dans les bras de sa maman.

Cette dynamique crée un cercle vicieux où les besoins non satisfaits de Thomas et les difficultés de la mère à y répondre alimentent mutuellement leur détresse émotionnelle. De plus, la discontinuité de l'attention de la mère envers son fils peut nuire à l'établissement d'un lien sécurisant et stable entre eux, ce qui est crucial pour le développement émotionnel et relationnel de Thomas. Ni Thomas, ni Mme N ne sont pleinement disponibles et à l'aise dans la relation en raison de leurs luttes personnelles. Le travail en unité de psychiatrie périnatale est donc d'apporter un soutien suffisant à chacun d'eux afin de restaurer la relation parent-bébé.

2. Restaurer une relation parent-enfant de qualité

2.1. Donner des appuis corporels

Le travail en psychomotricité, dans un premier temps, se situe davantage sur le soutien que nous pouvons apporter à Mme N afin qu'elle puisse soutenir son fils en retour.

Le *holding* donne au bébé des appuis physiques et psychiques nécessaires à son développement (Winnicott, 2011). Le portage physiologique, contenant et sécurisant avec un dialogue tonico-émotionnel ajusté permet au bébé d'expérimenter et intégrer un contrôle tonico-postural au travers du flux sensoriel (Bullinger, 2004).

Durant les séances de psychomotricité, une attention particulière est portée à l'installation de Mme N. Nous lui proposons un pouf à bille qui enveloppe et soutient tout le corps dans une position rassemblée. Ce support soutient son *arrière-plan* lui permettant la prise de conscience de son *arrière-fond* par la contenance que le pouf lui offre. Il constitue un appui physique qui permet à Mme de relâcher le tonus de son axe qu'elle recrutait pour maintenir sa posture. Étayée d'un appui dos efficient, elle peut alors recruter son tonus pour maintenir son portage avec plus de fluidité pour contenir Thomas. Tout comme sa maman, Thomas peut à son tour relâcher les tensions de son corps pour se laisser porter par sa maman. Leur équilibre tonico-postural est donc apporté par *l'arrière-fond* matérialisé par le pouf qui soutient le corps de la maman.

D'après Kloeckner, l'équilibre tonico-postural rend le bébé capable de s'ajuster corporellement et donc d'interagir avec son environnement. « La constitution de ces

points d'appui permet au bébé de contrôler les échanges avec le milieu et de s'organiser autour d'un état d'équilibre » (Kloeckner, 2011, p. 148). En séance, le pouf confère à Mme une position enroulée sur son fils. Le buste de Mme effectue une légère rotation suffisante pour avoir une position ATNP. De même le buste de Mme N permet à son fils de vivre cette même rotation (annexe : Image 10). Cette posture permet une dissociation de la ceinture du bassin et de la ceinture scapulaire libérant les membres supérieurs. Thomas peut alors plus aisément saisir des jouet. Mme N peut *posturer* correctement Thomas et le rendre disponible à la relation.

Sans cet équilibre tonico-postural, Thomas ne peut pas réajuster et stabiliser sa posture dans les transferts ce qui le désorganise. À six mois, il a un meilleur équilibre tonico-postural qui reste tout de même partiel, car il peine à relâcher ses chaînes musculaires antérieures. Il peut cependant ajuster sa position aux transferts et aux mouvements bien que ça reste sur un schéma d'extension et d'hypertonie. D'après Kloeckner, « Il reviendra à l'adulte de trouver les mises en forme et les appuis qui vont aider l'enfant, dans ses manipulations, à dépasser ses irritabilités ou ses conduites d'évitement » (Kloeckner, 2011, p. 140). Les appuis corporels sont donc une première étape pour restaurer la qualité des échanges relationnels.

2.2. Un accordage tonico-émotionnel

Selon Kloeckner, (2011), les bébés évoluent sur un rythme ralenti nécessaire pour intégrer les flux sensoriels et comprendre l'environnement. L'accompagnement du bébé au quotidien doit se faire sur un rythme adapté à celui de l'enfant. « une narrativité spécifique ; des gestes au rythme de l'enfant ; une prédictibilité des soins ; et un portage attentionné et ajusté qui sont autant d'éléments structurants pour l'enfant. » (Kloeckner, 2011, p. 150). Thomas a des difficultés à se saisir des informations de l'environnement au vu de son hypervigilance. En proposant des activités très lentes et répétées, Thomas peut les anticiper et moins les vivre comme des intrusions. Comme nous l'avons étudié, Mme N interagit sur un rythme élevé avec Thomas en lui proposant des activités très stimulantes et mouvementées. En séances de psychomotricité, le rythme est extrêmement ralenti. Rose fait passer un objet très lentement devant le champ visuel de Thomas. Il l'observe, le suit du regard puis le saisit une fois à sa portée alors qu'il est maintenu par sa maman elle-même apaisée. Le rythme des propositions, mais aussi le rythme de sa maman semblent contribuer à la possibilité de Thomas de se saisir du jouet.

D'après Wallon (1976), le tonus musculaire joue un rôle dans la vie émotionnelle du bébé. Thomas montre régulièrement un inconfort en se tendant et se mettant en hyperextension. Ses inquiétudes et ses douleurs somatiques s'expriment de façon indifférenciée. Nous pouvons donc bien percevoir cet enchevêtrement entre ce que Thomas vit émotionnellement et ce que son corps peut manifester de cette inquiétude. Le corps de Thomas est toujours sur un niveau tonique élevé lorsqu'il est éveillé, nous pouvons donc imaginer qu'il n'est jamais pleinement confortable.

Au travers du dialogue tonico-émotionnel, la mère modifie son état tonique en réponse à celui de l'enfant et inversement. Lorsqu'une tension se fait sentir chez le bébé, la mère réagit corporellement pour aider son enfant à revenir à un état d'apaisement. (Robert-Ouvray, 2002). Thomas et sa maman sont tous deux sur un niveau tonique élevé. De fait, le corps de Mme N se rigidifie et son portage est moins ajusté au corps de Thomas. Face à sa difficulté à aider Thomas à revenir à un état d'apaisement, Mme peut être anxieuse et s'agiter. En étant tous deux en tensions, Thomas et sa maman se transmettent cet inconfort créant une dysharmonie tonico-émotionnelle. D'après Robert-Ouvray (2019), en psychomotricité, le professionnel vient faire redescendre cette tension par son propre dialogue tonico-émotionnel au travers de la relation soignante. En séance, Rose est calme et montre de l'assurance dans ce qu'elle propose à la dyade. Le tonus de Mme et de fait de Thomas diminuent. Mme imite les gestes de la psychomotricienne avec attention.

Le dialogue tonico-émotionnel s'appuie également sur les neurones miroirs. Selon Rizzolatti et Sinigaglia (2008), ces neurones s'activent de la même façon chez l'individu lorsqu'il exécute une action, observe quelqu'un la faire ou lorsqu'il imagine cette action. Ces neurones jouent un rôle clé dans l'imitation. Ils décomposent l'action observée et la traduisent en séquences d'actions adaptées à son propre répertoire moteur existant, ce qui permet sa reproduction. Leur fonction principale est de faciliter la reconnaissance et la compréhension des actions des autres. Cette résonance motrice permet également de reconnaître l'autre semblable à soi et favorise le développement de l'empathie et des relations sociales. (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008). Alors que Mme N s'apaise en imitant Rose, Thomas se relâche à son tour dans les bras de sa maman. La dyade ajuste sa posture à l'autre, le dialogue tonico-émotionnel se met en place. Ils prennent alors une posture similaire, s'échangent des sourires, partagent un bien-être commun et se rencontrent ainsi. Selon Pireyre (2021), reconnaître l'autre dans son altérité par l'imitation, correspond à reconnaître l'autre comme différent de soi. Il me semble que cela montre un début de reconnaissance de l'autre comme entité différenciée. Si Mme N peut entrer en

interaction avec Thomas, c'est qu'il est plus qu'une simple extension d'elle-même. Dès lors, elle peut apercevoir les signes envoyés par son fils, et probablement mieux le comprendre. Tout en gardant notre attention sur eux, nous prenons un peu de distance.

2.3. Une ouverture à la relation

Selon Robert-Ouvray (2019), le thérapeute se positionne en tant que repère stable dans la relation donnant la possibilité au patient de s'appuyer dessus. Au sein des séances, notre attention est focalisée sur la dyade. Nous sommes toutes deux concentrées sur un membre de la dyade ce qui permet un espace double d'écoute et d'accueil des ressentis de Thomas et sa maman. Basuyau-Rouquette (2008) explique que la voix, la proximité, le toucher et le regard forment un tissage sensoriel affectif et relationnel qui joue un rôle important dans la contenance que le psychomotricien peut apporter aux patients. Selon Stern (2003), la coordination de plusieurs modalités sensorielles est nécessaire pour pouvoir se représenter ses vécus.

Différentes modalités sensorielles sont amenées en séances de psychomotricité pour permettre à la dyade à s'apaiser. La lumière est tamisée. Un fond sonore avec des comptines ou des boîtes à musique rythme les activités sur un tempo adapté à au rythme de Thomas. Rose emploie une prosodie ralentie et régulière. Nous prêtons attention à leur confort corporel et leur installation. Nous restons à proximité de la dyade et les soutenons par notre attention et notre regard sur eux au travers de notre propre dialogue tonico-émotionnel. L'utilisation de ces différentes modalités sensorielles a pu jouer un rôle dans la réassurance que nous avons apporté à la dyade en séance. Selon Stern (2003), Mme N a pu progressivement intégrer cette sensation de contenance pour elle-même et fournir aujourd'hui des appuis plus stables à Thomas afin de créer un accordage adéquat entre le besoin de contenance de Thomas et le portage ajusté de sa maman.

Selon Haag (2018), l'intégration de *l'arrière-plan* permet *l'interpénétration de regards*. Dans le *holding*, la mère propose un appui-dos corporel et psychique au bébé. La mère et son bébé communiquent et projettent sur l'autre leurs vécus au travers de leur regard mutuel. Par ce type de contact s'élabore un vécu partagé que la mère soutient (visuellement et psychiquement). *L'interpénétration de regards* construit un contenant pour les projections du bébé et lui apprend à développer son propre monde émotionnel ce qui participe à la constitution de sa sécurité interne.

En étant régulièrement en extension, Thomas a rarement d'appui dorsal et ne peut donc pas développer cet espace arrière nécessaire à l'interpénétration des regards. Mme N est

en difficulté pour apaiser son enfant et Thomas ne se montre jamais pleinement confortable. Alors que Thomas pleure, Mme N semble parfois l'ignorer. Thomas lui renvoie peut-être une défaillance maternelle qui pourrait alimenter un sentiment d'incompétence maternelle trop difficile à supporter. Progressivement, Thomas devient évitant dans son regard avec sa maman, peut-être ne parvient-il pas à trouver cette sécurité dans le regard de sa mère. Pourtant, étayés dans leur installation en séance de psychomotricité, une rencontre est possible. Notre regard semble également jouer un rôle. Alors que notre attention est focalisée sur la dyade, la relation se maintient entre Thomas et sa maman. Dès lors que nous détachons notre regard et prenons de la distance, la dyade se désorganise. Mme N et Thomas s'accrochent parfois fortement aux regards des professionnels. Notre regard semble parfois les maintenir, les porter dans leur dimension psychique. Nous n'intervenons pas dans la dyade ainsi nous renvoyons à chacun la confiance que nous avons en leurs compétences et à Mme N sa responsabilité maternelle. Par notre regard notamment, nous soutenons les compétences maternelles de Mme N et les compétences développementales de Thomas.

Selon Berthoz (2008), le regard a « un rôle fondamental d'équilibre interactionnel » (Berthoz, 2008, p. 39). *L'interpénétration de regards* facilite l'émerveillement du parent face aux compétences de son enfant. Le bébé et le parent communiquent et partagent leurs émotions. Ils se sentent mutuellement écoutés, valorisés et reconnus par l'autre. Cela crée un cercle vertueux où les échanges de regards soutiennent les compétences parentales et les interactions nécessaires au développement du bébé. Le regard de Mme N sur son enfant a maintenant bien évolué. Thomas et sa maman se regardent régulièrement, ils se sourient et partagent de nombreux moments de jeux partagés. Mme N est plus ancrée dans son corps et son tonus est globalement ajusté. Assise, ses pieds sont à plat au sol, son bassin est au fond de l'assise et son dos est maintenu plutôt droit. Mme N semble également plus à l'aise dans son portage et dans les transferts avec Thomas qui se font avec plus de tranquillité et de naturel.

Selon Kloeckner, « En offrant des aides adaptées sous forme d'appui, d'*arrière-fond* et de mise en forme et en étant lui-même source de régulation tonique, le thérapeute met à la disposition de l'enfant les matériaux propres à sa construction. C'est la qualité de ces points d'appui posturaux et émotionnels qui permettra au bébé de rester « acteur de son développement ». » (Kloeckner, 2011, p. 153). L'équilibre tonico-postural, l'accordage tonico-émotionnel, la comodités sensorielle sont autant d'éléments qui ont participé au fait que Thomas et Mme N puissent se rencontrer sereinement. Par cette rencontre naît un début de différenciation permettant à Mme N et Thomas de prendre un peu de

distance pour s'individuer. La répétition de ces rencontres leur transmet des appuis facilitant leurs interactions qui s'en trouvent plus durables et de meilleure qualité.

3. Placer l'éveil du bébé au centre des préoccupations parentales

3.1. Transmission du savoir-faire au parent : la *posturation*

D'après Ajuriaguerra (1974), l'accordage tonico-émotionnel accompagne l'enfant à passer d'un vécu de tension à un état de détente qui lui permet de différencier les états agréables et désagréables. L'enfant peut alors introjecter « les bons éléments nécessaires à la gestion des frustrations » et s'auto-apaiser. Sans cette alternance, l'enfant resterait en tension et se construirait « une enveloppe motrice virtuelle qui lui permet de se sentir exister via les sensations proprioceptives. » (Robert-Ouvray, 2014). De fait, amener Thomas à relâcher ses tensions au travers du dialogue tonico-émotionnel de sa maman est essentiel pour l'aider à se regrouper et l'accompagner à se séparer de cette enveloppe tonique.

Bullinger (2006) explique que l'hyperextension désorganise la mise en forme du corps. Thomas est difficile à posturer au vu de son hyperextension et de son tonus élevé. Une fois Mme plus en confiance quant à ses compétences maternelles, nous pouvons alors lui transmettre le moyen des conseils de portage sans que cela ne vienne heurter son narcissisme. En séance de psychomotricité, nous nous appuyons sur les compétences cognitives de Mme N pour l'aider concrètement à positionner Thomas. Nous lui expliquons ou lui montrons avec le poupon, de façon précise de quelle façon installer son fils pour le rendre disponible à l'activité proposer. Lors d'une séance, nous faisons expérimenter à Mme N l'hyperextension et le rassemblement afin qu'elle puisse percevoir l'inconfort de Thomas au travers de son propre corps. Mme nous dit réaliser seulement à ce moment-là les difficultés de Thomas à se mouvoir. Selon le *holding* de Winnicott (1989), nous expliquons alors à Mme N l'importance de proposer un rassemblement enveloppant à Thomas. Porté et contenu par le corps de sa mère, Thomas peut donc atteindre une détente globale et un sentiment de sécurité.

De plus Robert-Ouvray (2019) explique que lorsque les expériences de contenance sont régulières et répétées, le bébé peut les intégrer puis les intérioriser. En accompagnant Mme N à regrouper son fils dans son portage quotidien, Thomas peut intégrer cette posture et se relâcher pour pouvoir ensuite se regrouper de lui-même. D'après Missionner et al. (2002) en assurant une continuité dans les soins qu'elle prodigue, la mère facilite le

transfert et le partage d'un sentiment d'existence, essentiels à la croissance saine de l'enfant. (Missonnier S. et al. 2002). Bien que le portage de Mme soit la plupart du temps contenant, son attention peut tout de même être discontinuée. De la même manière, Thomas supporte bien parfois d'être séparé de sa mère et parfois non. Thomas n'a peut-être pas encore intériorisé une sécurité interne suffisante.

Selon Kloeckner (2011) « L'adulte intervient directement auprès de l'enfant, pour favoriser la prise de conscience des appuis posturaux, du relâchement ou du mouvement, et de la mise en place de la respiration » (Kloeckner, 2011, p.139) En soutenant les compétences maternelles de Mme N dans sa façon de posturer son fils, la mère peut alors transmettre à son enfant les appuis pour lui permettre de se développer de façon harmonieuse.

3.2. Les périodes sensibles justifient un accompagnement précoce

« La période sensible est l'intervalle de temps durant lequel les conditions anormales de développement peuvent induire les changements fonctionnels qui n'appartiennent pas au répertoire adulte normal. » (Vasseur & Delion, 2010, p. 24). Il s'agit d'une période où des conditions particulières peuvent influencer le développement du bébé de manière irréversible. Cette période sensible représente une période de vulnérabilité dont le développement dépend des perturbations neurologiques centrales, des interactions avec l'environnement et des ajustements physiologiques (Vasseur & Delion, 2010). Au vu des perturbations somatiques et relationnelles de Thomas, il est intéressant de prêter attention à ses acquisitions développementales.

De la naissance au troisième mois de l'enfant né à terme, le développement progressif du contrôle de son flux sensoriel et du maintien de sa tête s'effectue permettant au bébé d'avoir une meilleure anticipation et maîtrise des informations qui lui parviennent (Vasseur & Delion, 2010). Selon *l'axe développemental* de Bullinger (2004), la perception de *l'espace oral* permet ensuite au bébé de rassembler ses membres supérieurs et donc d'avoir un meilleur contrôle de *l'espace de son buste*. Ils obtiennent un meilleur équilibre tonique qui leur permet alors d'explorer par eux même l'extension et le regroupement (Bullinger, 2004). À l'âge de 6-7 mois, il y a un équilibre entre les chaînes musculaires antérieures et postérieures permettant le regroupement actif du bébé. Selon Vasseur (2015), l'étape de regroupement actif est essentielle dans « l'organisation générale ultérieure des schémas moteurs ». Il s'agit d'une période sensible dans l'intégration du bassin (Vasseur & Delion, 2010). Le regroupement actif permet au jeune enfant d'atteindre un équilibre tonico-postural essentiel à la mise en place du *creuset postural*.

L'enfant peut alors ajuster ses schémas posturaux en fonction des situations, des stimuli sensoriels et de l'environnement (Bullinger, 2004).

D'après Vasseur et Delion (2010), le regroupement actif maximal permet une jonction croisée entre le haut et le bas du corps, où le bassin agit comme une charnière. Cela favorise une grande variabilité de mouvement dont les coordinations pieds-mains-bouche et mains-pieds controlatérales. Le bébé peut alors intégrer son bassin comme jonction mobile entre le haut et le bas de son corps. Il intègre ses jambes faisant partie de son corps et peut unifier ses sensations corporelles pour comprendre la structure et l'articulation de son corps dans l'espace. L'intégration du bassin prépare le terrain pour la latéralisation et le transfert des appuis, prémices au quatre pattes et à la marche. (Vasseur & Delion, 2010). La période du sixième mois est le temps d'« installation des structures fondamentales psychomotrices » (Robert-Ouvray, 2007, p. 50). L'organisation générale psychomotrice dépend donc de la qualité du regroupement actif du bébé aux 6-7 mois.

Dès les premiers mois de sa vie, Thomas est sujet à l'hyperextension. Il peine à relâcher ses tensions pour se regrouper et est à ce moment-là peu accompagné par sa mère en difficulté pour le contenir. De fait, Thomas ne parvient pas à contrôler ses différents espaces corporels et à mettre en place les coordinations nécessaires pour parvenir à un regroupement actif. À huit mois, Thomas conserve une rigidité et lutte pour rester en extension bien que le portage de Mme soit de bonne qualité. Le portage de Mme N lui permet d'expérimenter ce regroupement passif au quotidien, mais Thomas n'y parvient pas activement, sans un fort étayage. De plus sa vigilance se manifeste encore régulièrement par un réflexe de Moro. Robert-Ouvray (2002) explique qu'une persistance du réflexe de Moro au-delà de sept mois « signe l'impossibilité de l'enfant à se structurer psychiquement et donc à développer ses compétences neuromotrices » (Robert-Ouvray, 2002, p 55). Thomas n'a donc peut-être pas encore les fondements psychiques pour se réassurer et reste donc dans un état de tension importante. De fait, il ne parvient pas à se structurer corporellement et à intégrer ce regroupement. Thomas ne semble effectivement pas avoir intégré le bas de son corps. En position assise, alors que je lui chatouille la jambe afin de l'inviter à la déplacer, Thomas m'observe immobile et ne s'attarde pas sur ses sensations. Sans regroupement actif, Thomas ne peut donc pas intégrer la globalité de son corps et coordonner ses membres pour pouvoir se déplacer ce qui entretient cette frustration qui le met davantage en tension. Ce retard pourrait donc avoir des conséquences durables pour Thomas.

3.3. Un besoin d'étayage développemental spécifique

Comme nous l'avons étudié, la mise en place du *creuset postural* est donc une étape fondamentale de *l'axe développemental* de Bullinger (2004). En étant principalement dans de l'extension Thomas ne peut pas maîtriser pleinement le regroupement actif pour lui permettre un équilibre tonique entre l'avant et l'arrière de son corps (Vasseur et Delion, 2010).

Selon la grille de développement moteur fonctionnel du jeune enfant de Vaivre-Douret (1997), Thomas présente un retard de développement d'environ deux mois et demi. À neuf mois, Thomas refuse d'être installé en décubitus dorsal ou ventral au tapis. Installé de la sorte, il se tend davantage et se désorganise malgré une contenance et des efforts accrus pour le soutenir. L'accompagnement au regroupement le tend davantage et lutte pour garder les bras et les jambes plaqués au sol et peut parfois surélever ses membres pour éviter notre contact. Installé ainsi, il ne parvient pas à se retourner et n'initie pas de mouvements pour tenter de se déplacer. Nous pouvons donc constater une régression sur le plan moteur.

Dans les bras, Thomas ajuste sa posture de façon à être porté verticalement et en extension. Il accepte l'enroulement du bassin par moment, mais pas le rassemblement des membres supérieurs. Il lutte très fort pour garder ses bras en arrière. Thomas peut cependant rassembler ses mains dans l'axe lorsque nous lui présentons un objet à explorer. Sans objet Thomas est spontanément en extension, les bras le long du corps vers l'arrière. Lorsque Mme N a besoin de s'éloigner de Thomas, elle l'installe spontanément assis au tapis. Il tient assis, le dos droit, il est stable, mais ne s'installe pas seul et ne parvient pas à sortir de cette position. Lorsque je lui présente un objet sur le côté pour l'accompagner à sortir de la position assise, Thomas effectue une rotation de tout le buste en bloc, mais n'enroule pas ses épaules. Il peut alors se décourager rapidement en cas d'échec.

Nous pouvons comprendre que les difficultés de Thomas ne relèvent pas uniquement d'une difficulté de sa maman à contenir son fils, mais également d'une difficulté intrinsèque de Thomas. Puisque malgré tous les efforts et évolutions de Mme N, le développement de Thomas stagne, voire régresse sur certains points, notamment sur l'enroulement actif qu'il avait commencé à explorer en séance de psychomotricité. Au vu de l'écart d'acquisition de Thomas, la question d'une difficulté neurodéveloppementale serait intéressante à approfondir.

Les objectifs relationnels semblent avoir atteint leur limite pour Thomas et sa maman qui parviennent dorénavant à interagir plus sereinement. Un accompagnement spécifique pourrait être intéressant pour que chacun puisse travailler leurs difficultés persistantes dans leur évolution.

Selon Kloeckner (2011) « Si les attentes du milieu à l'égard de la personne sont ajustées, le déficit subsiste, mais les moyens techniques seront là pour le combler. Une personne déficitaire n'est alors pas fatalement handicapée dans la mesure où le milieu lui apporte les moyens de compenser son déficit. » (Kloeckner, 2011, p. 152).

Au sein de l'unité, notre rôle est d'aider les dyades à se rencontrer et de les accompagner dans leurs interactions. Nous accompagnons les parents à soutenir leurs enfants dans leurs difficultés pour favoriser leur développement, mais nous ne travaillons pas directement sur les étapes d'acquisitions de l'enfant. Notre objectif n'est pas que l'enfant rattrape son écart développemental, mais que la relation parentale soit un soutien à son développement et non un frein. Voici ici, une limite de l'accompagnement dans l'unité de psychiatrie périnatal où j'effectue mon stage. Selon Alvarez et Golse (2020), les difficultés relationnelles précoces ont des répercussions directes sur le développement psychomoteur des bébés. Cependant, le travail en psychiatrie peut mettre du temps à se mettre en place, temps au cours duquel l'enfant accumule du retard dans ses acquisitions développementales. Les périodes sensibles justifient une action rééducative précoce, en parallèle du soin psychiatrique, afin de fournir aux bébés et ici à Thomas les appuis suffisants pour « compenser son déficit ». (Kloeckner, 2011, p. 152).

CONCLUSION

CONCLUSION

Au cours de mon stage de fin d'année d'étude en unité de psychiatrie périnatale, j'ai pu rencontrer Thomas, âgé de deux mois et demi lors de notre rencontre, qui est atteint de reflux gastro-œsophagien et sa maman, Mme N, qui présente une dépression du post-partum.

Dès mon arrivée dans l'unité, je repère rapidement une tension présente aussi bien chez Thomas que chez sa maman. Thomas fait preuve d'une grande irritabilité. Il présente une hypertonicité qui lui confère une posture en extension fréquente ce qui le limite dans ses interactions avec son milieu. Sa maman quant à elle, est anxieuse et démunie face aux pleurs de son enfant. Ses difficultés à soutenir son fils entretiennent un sentiment d'incompétence maternelle néfaste à la relation. Thomas et Mme N ont visiblement des difficultés à se rencontrer, s'ajuster et entrer en interaction l'un avec l'autre. Ces difficultés relationnelles et le manque d'expériences sensori-motrices entravent le développement psychomoteur de Thomas qui stagne dans ses niveaux d'acquisition.

Au cours des séances de psychomotricité, nous avons proposé à Thomas et à sa maman différents appuis pour les aider à être confortables et à se sentir soutenus, contenus et sécurisés. Leur *posturation* en séance de psychomotricité leur permet de s'apaiser et d'entrer en relation sereinement. Mme observe son fils avec émerveillement dans ses bras. Thomas est calme et déploie ses compétences de relâchement et de rassemblement. L'étayage des professionnels fournit des appuis physiques et psychiques à la mère afin qu'elle puisse elle-même soutenir les états de son enfant. En soulageant Thomas dans sa posture, il peut alors davantage se mobiliser, mais pas suffisamment pour rattraper cet écart de développement qui s'est créé dans les premiers mois de sa vie. Là se trouve la limite du travail en unité conjointe mère-bébé.

Au travers du récit de Thomas et de sa maman, nous pouvons comprendre en quoi la *posturation* permet un soutien psychocorporel dans l'accompagnement des dyades en unité de psychiatrie périnatale.

Comme nous l'avons étudié lors de cet écrit, le bébé se développe au travers de ses interactions avec son milieu. La *posturation* est un outil spécifique du psychomotricien qui permet, à partir des mises en forme du corps du patient, de lui donner des appuis

psychiques et physiques facilitant ses échanges avec son environnement (Bullinger, 2017).

L'accompagnement du bébé au sein d'une unité de psychiatrie périnatale représente un défi complexe et multidimensionnel, où la compréhension et la prise en charge de la dynamique parent-bébé jouent un rôle central. Cependant, le bébé se construit au travers de ses interactions relationnelles et sensori-motrices (Bullinger, 2004). Bien que notre attention soit souvent dirigée vers la qualité de la relation parent-bébé, les liens théorico-cliniques nous permettent de mettre en évidence qu'il est crucial de ne pas négliger les besoins individuels du bébé lui-même. Durant les périodes sensibles, l'accumulation de retard dans les acquisitions développementales de l'enfant peut avoir des répercussions durables sur son développement psychomoteur et compromettre son bien-être et sa capacité à s'épanouir dans son environnement (Vasseur & Delion, 2010). Ainsi, les signes d'alerte développementaux de Thomas pourraient nécessiter une intervention thérapeutique rééducative spécifique en parallèle du soin psychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson.
- Alvarez, L. & Golse, B. (2020). *La psychiatrie du bébé*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.alvar.2020.01>
- American psychiatric association. (2013). *DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, Trad.; 5e éd). Elsevier Masson.
- Bachollet, M. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Basuyau-Rouquette, B. (2008). Le « portage » thérapeutique de la dyade mère-bébé en psychomotricité. *Spirale*, 46, 71-79. <https://doi.org/10.3917/spi.046.0071>
- Beaulieu, A. (2022). Le schéma d'extension, la douleur et la pulsion. Dans : Bentata, H. et al., *Le corps sensori-moteur du bébé à risque: Avancées théoriques et pratiques* (p. 133-145). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2022.01.0133>
- Belkind-Gerson, J. (2023). Le reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson. Dans : *Le manuel MSD* (19e éd.). <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-gastro-intestinaux-chez-le-nouveau-n%C3%A9-et-chez-le-nourrisson/reflux-gastro-%C5%93sophagien-chez-le-nourrisson>
- Berger, M. (2013). Premières hypothèses théoriques. Dans : *L'enfant instable : Approche clinique et thérapeutique* (p. 65-87). Dunod

- Bernard, S. (2018). « Mon bébé guette » : Hypervigilance du nourrisson et dépression maternelle : Le psychomotricien auprès d'une dyade en difficulté. [Mémoire de Psychomotricité]. Université Lyon 1.
- Berthoz, A. (2008). L'échange par le regard. *Enfances & Psy*, 41, 33-49. <https://doi.org/10.3917/ep.041.0033>
- Bentata, H. (2022). La pulsion de portage et son objet, le giron maternel : un fondement primaire de l'infans. Dans : Bentata H. et al., *Le corps sensori-moteur du bébé à risque: Avancées théoriques et pratiques* (p. 269-283). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2022.01.0269>
- Boscaini, F. & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 49, 78-88. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0078>
- Boukobza, C. (2003). La clinique du *holding* Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron*, 2(173), 64-71. <https://doi.org/10.3917/cohe.173.0064>
- Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 1, 27-35. <https://doi.org/10.3406/enfan.1998.3091>
- Bullinger, A. (2000). De l'organisme au corps : une perspective instrumentale. *Enfance*, 3, 213-220
- Bullinger, A. (2004). *Le Développement sensori-moteur et ses avatars : Un parcours de recherche*, Érès.
- Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, 25, 125-139. <https://doi.org/10.3917/cont.025.0125>

- Bullinger, A. (2017). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Tome 2 – L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.bulli.2015.01>
- Bullinger, A. & l'ABSM (2015). *Les effets de la gravité sur le développement du bébé: L'espace de la pesanteur*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.absm.2015.01>
- Carrette, G., Le Corre, M., Defontaine, D., Akian, M., Bacrie, S. & Hélias-Péan, A. (2022). Chapitre 7. Projet et cadre thérapeutiques. Dans : Le Corre, M., *Psychomotricité en psychiatrie adulte* (p. 204-251). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.leco.2022.01.0204>
- Cramer, B. (2002). Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ?. *Devenir*, 14, 89-99. <https://doi.org/10.3917/dev.022.0089>
- Garcia, A. (2022). Psychomotricité & Portage : l'intérêt du portage dans le développement psychomoteur de l'enfant. *Sciences de l'Homme et Société*. dumas-03715284
- Guédeney, N. & Guédeney, A. (2013). *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*. 2^e édition. Elsevier Masson
- Guédeney, N. & Guédeney, A. (2016). *L'attachement : approche théorique*. 4^e édition. Elsevier Masson
- Haag G. (2018). *Le moi corporel*. Paris, Puf.
- Hays, M.-A. (2017). *La dépression périnatale : approche clinique et psychanalytique*. Toulouse : Érès.
- Kloekner, A. (2011). Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice. *Contraste*, 34-35, 133-155. <https://doi.org/10.3917/cont.034.0133>

Larousse. (2023). Définition du tonus. Paris: Bordas.

Larousse. (2023). Définition de la relation. Paris: Bordas.

Laznik, M-C. (2022). Comment la pauvreté des mouvements du nourrisson et la douleur peuvent casser le rythme avec l'Autre : le ratage de la première organisation signifiante. Dans : Bentata H. et al., *Le corps sensori-moteur du bébé à risque: Avancées théoriques et pratiques* (p. 17-38). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2022.01.0017>

Lécuyer, R. (2005). *Le développement du nourrisson*. Dunod.

Lefevre, M., (2018). Quand le portage conduit à la motricité. *JDJ Enfance*, 111, 34-37.

Lesage, B. (2018). La posture comme cohérence d'un projet psychomoteur. Dans : Jean-Michel Albaret éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (p. 160-164). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0160>

Lheureux-Davidse, C. (2018). La prise en compte en psychothérapie des vécus sensoriels des enfants autistes. *Enfances & Psy*, 80, 122-134. <https://doi.org/10.3917/ep.080.0122>

Masmoudi, J., Trabelsi, S., Charfeddine, A., & Jaoua, A. (2006). La dépression du post-partum. *JIM Sfax*. 11-12, (p. 7-13).

Mazet, P. & Stoléru, S. (2003). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant : développement et interactions précoces*. 3^e édition. Elsevier Masson.

Mellier, D. (2008). La question du « travail de contenance » dans la petite enfance. *Spirale*, 48, 19-31. <https://doi.org/10.3917/spi.048.0019>

- Missionner, S., Golse, B., & Soulé, M. (2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : Puf
- Missonnier, S., Kelalfa-Foucaud, F. & Boige, N. (2002). Le reflux gastro-œsophagien du nourrisson (RGO) : un avatar de la transmission orale ?. *Champ psychosomatique*, p. 75-93. <https://doi.org/10.3917/cpsy.025.0075>
- Moldenhauer, J. (2022). La dépression du post-partum. Dans : *Le manuel MSD* (19e éd.). <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/soins-du-post-partum-et-troubles-associ%C3%A9s/d%C3%A9pression-du-post-partum>
- OMS. (2024). *Classification internationale des maladies, onzième révision (CIM-11)*. (11ème). CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité (who.int)
- Pagano, C. (2020). 1. Du développement intra-utérin à la naissance. Dans : *La stimulation basale: À l'écoute des personnes en situation de handicap sévère* (p. 41-48). Toulouse: Érès.
- Pinelli, A. (2010). *Porter le bébé vers son autonomie*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.pinel.2006.01>
- Pireyre, É-W. (2021). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Paris: Dunod.
- Presme-Stoléru, N. (2021). 9. Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale : approche clinique d'une pédopsychiatre en maternité. Dans : Missonnier S. et al., *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. (p. 203-274). 2^e édition. Elsevier Masson
- Rivière, J. (2005). Le développement moteur et perceptivo-moteur du nourrisson. Dans : Lécuyer R., *Le développement du nourrisson*. (p 195-220). Dunod

- Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (2008). *Les neurones miroirs*. Odile Jacob.
- Robert-Ouvray, S. (2002). *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. (Nouvelle éd.). Paris: Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. (2014). La fonction d'apaisement de la motricité chez l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 3(316), 16-21. <https://doi.org/10.3917/jdp.316.0016>
- Robert-Ouvray, S. & Servant-Laval A. (2012). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. Dans : Scialom, P. et al. *Manuel d'enseignement en psychomotricité: Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p.161-199). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0161>
- Robert-Ouvray, S. (2019). *Le Contre-Transfert émotionnel en Thérapie Psychomotrice*. <https://www.suzanne-robertouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-en-therapie-psychomotrice/>
- Rodriguez, M. (2014). Un bébé devient instable. In *Où en est la psychomotricité ? Etats des lieux et perspectives* (p. 185-194). Érès
- Scialom, P., Bénavidès, T., Lesage, B., Boirot-Cécillon, J., Busschaert, B., Giromini, F. & Potel Baranes, C. (2015). Chapitre 1. Spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. Dans : Giromini, F., *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 2 : Méthodes et techniques* (pp. 3-98). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2015.02.0003>
- Stern, D. (2003). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. 4^e édition. Puf.

- Toubin, R., Jacquot, A. & Boulot, P, (2019). « Posturage du nouveau-né » et pratiques innovantes autour de la naissance : un défi collectif pour le développement précoce. *Périnatalité*, 11, 14-25. <https://doi.org/10.3166/rmp-2019-0044>
- Vaivre-Douret, L., (1997), *Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant*. Paris : Elsevier.
- Vaivre-Douret, L. (2003). *La Qualité de vie du nourrisson : corps et dynamique développementale*. Odile Jacob.
- Vasseur, R. & Delion, P. (2010). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.vasse.2010.01>
- Vasseur, R. (2015). Le développement du contrôle postural. Dans : Bullinger A. & l'ABSM, *Les effets de la gravité sur le développement du bébé* (p. 64-74), Érès.
- Wallon, H., (1970). *De l'acte à la pensée*, Paris : Flammarion.
- Wallon, H., (1976). *L'évolution psychologique de l'enfant*, Paris : Armand Colin.
- Winnicott, D.W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. 2^e édition. Paris : Payot
- Winnicott, D.W. (2001). *La relation parent-nourrisson*. Petite biblio Payot.

ANNEXE



Image 1



Image 2



Image 3

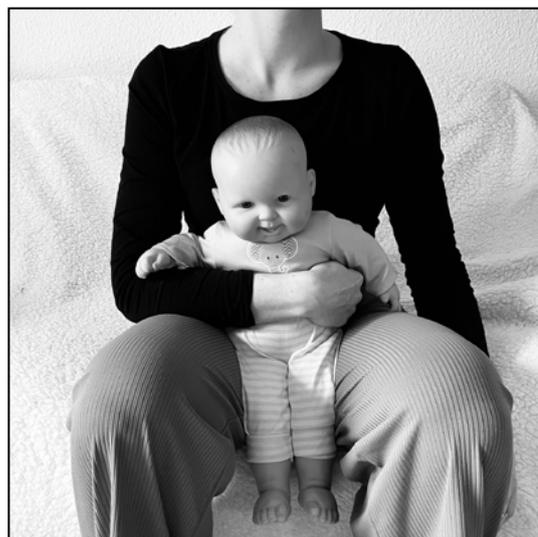


Image 4



Image 5



Image 6



Image 7



Image 8



Image 9



Image 10



Image 11



Image 12



Image 13



Image 14



Image 15

Mémoire relu par le maître de mémoire : Mme AMBOURG Camille
Psychomotricienne D.E – Praticienne du Bilan Sensori-moteur André Bullinger

Le 14 Mai 2024 à Lyon

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'André Bullinger', written in a cursive style.

Auteur : Romane GRÉAUD

Titre : La *posturation* dans le suivi psychomoteur de la dyade mère-bébé en unité de psychiatrie périnatale

Mots - clés : Posturation - Dépression du post partum - Reflux gastro-oesophagien - Hyperextension - Hypertonie - Soutien à la parentalité - Appui psychocorporel

Key words : Posturing - Postpartum depression - Gastroesophageal reflux - Hyperextension - Hypertonicity - Parenting Support - Psychocorporeal support

Résumé : Je rencontre Thomas à deux mois et demi, atteint de Reflux Gastro-Oesophagien et sa maman, Mme N, qui présente une Dépression du post-partum. Ils intègrent l'unité de psychiatrie périnatale pour des difficultés relationnelles. Thomas a une hypertonie, il est régulièrement irritable, en hyperextension et en hypervigilance. En séances de psychomotricité, la posturation est au centre de leur accompagnement. Nous leur proposons différents appuis psychocorporels afin de les aider à se rendre disponible pour les interactions. Ainsi, en quoi la posturation de la dyade mère-bébé, permet de soutenir la relation parent-enfant et de favoriser le développement du bébé, dans un contexte de dépression du post-partum ?

Abstract : I am currently meeting with Thomas, who is two and half months old and diagnosed with Gastroesophageal reflux, along with his mom, Mrs N, who is experiencing postpartum depression. They are joining the perinatal psychiatry unit because of interpersonal difficulties. Thomas exhibits hypertonicity ; he is often irritable, in hyperextension and hypervigilant. In the psychomotor therapy sessions, posturing is at the center of their support. We offer them various psychocorporeal supports to help facilitate their ability to have interactions with each other. Thus, how does the posturing of the mother-baby dyad contribute to supporting the parent-child relationship and promoting the baby's development in the context of postpartum depression ?