



<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

Deux corps s'ignorent

Un regard psychomoteur sur l'ajustement tonique dans les relations précoces.

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Aurore GUÉRET

Mai 2024 (Session 1)

N° 1839

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

Deux corps s'ignorent

Un regard psychomoteur sur l'ajustement tonique dans les relations précoces.

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Aurore GUÉRET

Mai 2024 (Session 1)

N° 1839

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)
Présidente **Pr. Carole BURILLON**

Secteur Sciences et Technologies

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

UFR Faculté des sciences
Directeur **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

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Elodie ROYER

Coordinatrice Recherche

Mme Jeanne-Laure EECKHOUT
Psychomotricienne

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE	3
1. Le développement psychomoteur du nourrisson	3
1.1. Le tonus, toile de fond des acquisitions posturo-motrices	3
1.1.1 L'enroulement, nécessaire repli sur soi	4
1.1.2 Du regroupement actif à l'expérimentation des déséquilibres	5
1.1.3 Le processus de verticalisation, témoin de l'autonomie des explorations.....	6
1.2. Le bébé hypotonique : achoppement du développement psychomoteur	7
1.2.1 Conséquences sur les acquisitions posturo-motrices.....	8
1.2.2 Conséquences sur l'unité corporelle.....	9
2. Les relations précoces.....	9
2.1. Le dialogue tonique au cœur des relations précoces	9
2.1.1 Le bébé acteur de la relation.....	10
2.1.2 La naissance d'un parent	13
2.2. Hypotonie et relation : un dialogue tonique mis à mal.....	15
PARTIE CLINIQUE	17
1. Cadre d'intervention et anamnèse	17
2. La première rencontre : un temps singulier	18
3. Observations psychomotrices de Léon.....	19
4. Projet thérapeutique.....	20
5. Observer la dyade pour ajuster l'accompagnement	20
6. Des inquiétudes grandissantes	25
7. L'hospitalisation, un tournant dans l'investissement de Mme B	27
8. Le parent, acteur du soin.....	29
9. Une place reconnue dans la fratrie	32
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE	34

1. Importance des temps d'observation de la dyade.....	34
2. Le plaisir sensori-moteur vecteur de relation	36
3. Thérapeutique de l'ajustement tonique.....	38
4. Soutenir l'intégration.....	40
5. Réassurance de la fonction parentale.....	41
6. Nommer l'indicible	44
7. Le psychomotricien, au cœur de la dyade	46
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

J'ai croisé le chemin de l'accompagnement de la parentalité dans le cadre d'un stage au sein de l'aide sociale à l'enfance il y a maintenant huit ans. J'avais 19 ans, je débutais mes études pour devenir psychologue. Je me rappelle mes premières rencontres avec les parents et ces lignes que j'écrivais alors dans un rapport de fin de stage : « Les difficultés auxquelles doivent faire face ces parents qui ne parviennent pas à appliquer un modèle éducatif propice au bon développement de leur enfant sont nombreuses ; et pourtant, beaucoup ont su montrer l'envie dont ils étaient animés, d'un jour pouvoir élever seuls leur enfant. C'est lors de ces moments partagés entre parents et enfants que la clarté d'analyse des enfants m'a frappée. Toujours conscients des difficultés du parent, les enfants ont, bien souvent, des regards tendres, des gestes d'affection lorsque ceux-ci montrent un signe de faiblesse. ». De ces rencontres, il m'est resté une impression : celle d'interventions qui arrivent trop tard, de relations déjà trop abîmées. Mon attrait pour la périnatalité est né ici, dans cette volonté de pouvoir proposer un soin précoce de soutien des premières relations parents-bébé.

Sept ans plus tard, je me présente au sein du service de périnatalité avec l'espoir d'accompagner, à nouveau, ce soin précoce ; cette fois avec un regard différent : celui de la psychomotricité. Par celui-ci, ma vision du soin trouve enfin sa place. J'ai pu, par le passé, me trouver en difficulté face aux faibles capacités d'élaboration psychique des parents que je rencontrais. Aujourd'hui, avec cette approche psychomotrice, j'ai la sensation qu'un riche panel de possibilités s'offre à moi. La perception que nous avons du corps, de ses capacités de communication et surtout d'ajustement me paraît être un levier primordial dans le soin. Je débute donc ce stage avec une envie toute particulière d'expérimenter l'application de cette spécificité psychomotrice en périnatalité.

En octobre 2023, lors de mon premier jour de stage, ma tutrice m'informe : « En fin de journée, nous allons en visite à domicile chez Mme B et monsieur T ». Une infirmière du service, présente à ce moment-là, lui fait cette remarque sourire aux lèvres : « Ah oui ? Tu emmènes Aurore là-bas dès son premier jour... ». C'est donc avec une légère inquiétude,

mais aussi une grande curiosité que je me rends au domicile de ces parents pour la première fois. J'y rencontre Mme B et son fils, Léon. J'entre curieuse, je repars sidérée. Mes pensées se bousculent, j'essaie de comprendre, de me rappeler les moindres détails. Je garde en tête cette image de la dyade, de deux corps qui, bien que l'un contre l'autre, ne semblent pas être en contact. De nombreuses questions surgissent, mais j'ai une certitude : Léon et sa maman seront l'objet de cet écrit.

C'est ainsi que ce mémoire prend source dans une intervention à domicile auprès d'une mère et de son bébé hypotonique, où la vie et la mort s'entremêlent, où la violence et la douceur alternent, où l'espoir et la terreur se succèdent. Un premier constat s'est imposé à moi : l'hypotonie impacte les relations précoces. Elle influe non seulement sur les capacités d'interaction du bébé, mais aussi sur l'investissement de l'adulte qui en prend soin. Alors, cet écrit sera orienté autour de la question suivante : **en quoi l'intervention psychomotrice permet-elle d'inscrire le bébé hypotonique dans des relations précoces favorisant son développement psychomoteur ?**

Dans une première partie théorique, je traiterai du développement psychomoteur du bébé et de la manière dont celui-ci s'érige au regard de la maturation tonique. L'impact de l'hypotonie sur ces différentes acquisitions sera ensuite abordé avant une seconde partie sur les relations précoces. Celles-ci seront évoquées du point de vue du bébé puis du parent, avant d'être questionnées au regard de l'impact de l'hypotonie.

Dans une seconde partie, j'aborderai les éléments cliniques en lien avec Léon et sa maman, Mme B. J'évoquerais nos différentes séances à domicile et la manière dont nous avons pu accompagner cette dyade dans un ajustement relationnel efficient.

Enfin, je présenterai une dernière partie théorico-clinique dans laquelle je soulignerai l'importance d'un premier temps d'observation de la dyade avant de pouvoir évoquer la dimension thérapeutique du dialogue tonique puis la manière dont, en tant que psychomotricien, nous pouvons être un soutien de la fonction parentale.

PARTIE THÉORIQUE

1. Le développement psychomoteur du nourrisson

Notre spécificité de psychomotricien naît des premiers travaux réalisés autour du développement de l'enfant. D'année en année, les théories sur lesquelles nous nous appuyons en tant que professionnels évoluent et s'affinent. J'ai choisi d'aborder le développement psychomoteur de l'enfant au regard de la vision novatrice de Morgane Lepeintre et en appui sur divers auteurs, qui, à travers leurs écrits, m'ont offert une perspective holistique de ces premiers temps de vie. Les grandes étapes du développement psychomoteur de l'enfant ponctuent ce que Morgane Lepeintre nomme un « chemin de développement psychomoteur » duquel les enfants peuvent parfois s'éloigner, empruntant alors des « chemins de traverse » (2022). Les « âges repères » d'acquisitions spécifiques (tels que le retournement ou le quatre pattes) sont observés, mais ne suffisent pas à répondre à la vision globale de l'observation psychomotrice. Morgane Lepeintre associe donc aux niveaux d'évolution motrice des mouvements socles, fondateurs de la motricité future qui soutiennent « la dynamique psychomotrice de l'enfant et l'harmonie dans son développement psychomoteur » (2022, p. 21).

1.1. Le tonus, toile de fond des acquisitions posturo-motrices

Élément indispensable à la lecture du développement de l'enfant, le tonus est 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, 1874 cité dans Scialom et al., 2012, p. 161). C'est « la réaction du muscle à son propre étirement » (Scialom et al., 2012, p. 161). Il constitue une toile de fond sur laquelle viendront s'ériger les différentes acquisitions du nouveau-né. In utero, la poussée tonique s'effectue depuis le bas du corps jusqu'en haut de la tête. Cette poussée tonique débute dès la trentième semaine d'aménorrhée. Bullinger précise que « le fœtus s'exprime par un schéma d'extension sollicitant fortement la musculature du dos, le plaquant contre la paroi utérine qui résiste et constitue le schéma d'enroulement » (Bullinger, 2007, p. 41). La paroi utérine occupe donc cette fonction de maintien de l'enroulement du corps du bébé, malgré la maturation tonique au travail. Qu'advient-il de ce schéma d'enroulement lorsque la mère donne naissance à son nourrisson ?

1.1.1 L'enroulement, un nécessaire repli sur soi

Le nouveau-né arrive au monde avec une disposition tonique spécifique que Suzanne Robert-Ouvray nomme la « bipolarité tonique » (2020, p. 105). Celle-ci assure les prédispositions physiques nécessaires pour retrouver la posture d'enroulement présente in utero. « L'hypertension des fléchisseurs des membres associée à l'hypotension du rachis l'enroule comme un arc tendu. » (Robert-Ouvray, 2020, p. 58). Pourtant, cette prédominance de l'enroulement ne se suffit pas à elle-même. En effet, pendant les premiers temps de vie, le nouveau-né n'est pas en mesure de maintenir cette position. L'environnement de l'enfant prend alors le relais de la paroi utérine. L'enroulement des membres inférieurs et du bassin, permet le rassemblement des membres supérieurs et donc inscrit le corps dans un mouvement de regroupement. Ainsi regroupé, le bébé éprouve que « sa motricité le ramène sans cesse à un retour sur soi » (Robert-Ouvray, 2020, p. 60). Morgane Lepeintre (2022) articule cet enroulement premier avec l'étape initiale qui consiste à organiser, pour le bébé, une sécurité de base. Celle-ci passe par le rassemblement et la capacité de se poser dans son corps. Suzanne Robert Ouvray en énonçait les fondements dans son ouvrage *Psychomotricité du bébé : la construction des liens corps-esprit*, en évoquant le parallèle entre cette période où l'enroulement est favorisé et le nécessaire repli sur soi (2020). Selon elle, l'enroulement favorise ce positionnement « centripète » dans lequel le bébé va pouvoir être pleinement disponible aux expériences sensori-motrices et donc à la découverte de son corps. En outre, André Bullinger précise que cette hypotonie de l'axe et hypertonicité périphérique du nouveau-né octroie à la zone orale « une place très importante » (2007, p. 85). Celle-ci restera, pendant un certain temps, le lieu privilégié des explorations. Sa main quant à elle, d'abord observée, sera déplacée dans de petits mouvements involontaires, effleurera des textures, des objets, puis sera portée à la bouche avant d'être découverte par sa seconde main. Ces premières expériences, favorisées par cette bipolarité tonique, sont le fondement de ce qui constituera plus tard, les coordinations oculo-manuelles, puis buco-manuelles et enfin bi-manuelles.

1.1.2 Du regroupement actif à l'expérimentation des déséquilibres

Entre 3 et 6 mois, cet enroulement prend une nouvelle dimension puisque le bébé acquiert la capacité d'un regroupement actif. Ceci témoigne de la constitution progressive de son axe. Nous évoquions précédemment le chemin de progression de la poussée tonique in utero. Après la naissance, la maturation tonique évolue selon le phénomène inverse que Suzanne Robert-Ouvray nomme « descente tonique » : selon la loi céphalo-caudale. Ainsi, le tonus axial s'érige permettant, en premier lieu, la tenue de la tête. Peu à peu, il se développe le long de la colonne vertébrale, permettant le recrutement des chaînes musculaires antérieures et postérieures, intégrant ainsi « le schème spinal fondamental (...) d'enroulement déroulement » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2012, p. 185). Cet enroulement actif l'amène à trouver par hasard son pied. Les mains attrapent les pieds, ceux-ci deviennent un objet primordial de sensations tactiles nouvelles. Ce pied est évoqué par André Bullinger qui lui attribue le qualificatif « d'explorateur ». Ceci suppose « un ajustement tonique aux propriétés des surfaces explorées » (2007, p. 44). Peu à peu, le bébé peut « investir et coordonner le bas de son corps » (Le Peintre, 2022, p. 20). Le plaisir des sensations tactiles nouvelles se mêle au plaisir sensori-moteur autonome : une première expérience de soi psychomoteur unifié apparaît. C'est bien sur la base de l'édification du tonus que cette première sensation est rendue possible. Suzanne Robert-Ouvray rappelle d'ailleurs que la tonicité constitue « l'ensemble vibratoire corporel qui met le sujet en rapport avec son espace interne et avec l'espace externe » (2020, p. 57).

Par la succession d'ATNP (asymmetric tonic neck posture), lesquels entraînent « une répartition asymétrique du tonus entre les côtés gauche et droit du corps », le bébé expérimente les transferts du poids du corps, les différents points d'appui, et le repoussé du sol, qui participent à la construction de son axe et à la maîtrise de son buste (Bullinger, 2007, p. 86). À travers ce jeu de déséquilibre qui s'installe, il s'achemine peu à peu vers ce qu'André Bullinger nomme l'haubanage de la colonne vertébrale, tel « un mât articulé » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2012, p. 190). L'haubanage sera en perpétuel réaménagement tout au long des années futures. Les mouvements de rotation du buste permettront une orientation d'abord hasardeuse, puis volontaire vers le monde extérieur. On observe alors une évolution dans les capacités posturo-motrices du bébé : il passe de ce que nous appelons des positions, qui sont immatures et instables, à des postures, stables et

orientées. Ainsi, ces explorations guident le bébé à la fois dans une intégration progressive de sa conscience corporelle, mais également de sa conscience de son environnement et de la manière de se mouvoir en fonction de celui-ci. C'est bien souvent l'attrait d'un objet hors de portée qui permet le premier mouvement de retournement. Le transfert du poids du corps, les appuis au sol et la dissociation des ceintures participent à ce retournement. Ce développement céphalo-caudal du tonus évoluera les prochains mois pour atteindre, peu à peu, le maintien volontaire du bassin. En parallèle, la loi proximo-distale érige le tonus depuis la partie proximale du corps, pour évoluer vers une maîtrise de plus en plus fine de ses extrémités distales.

Le retournement complet signe, selon André Bullinger, l'intégration de ce qu'il nomme l'espace de la pesanteur. Cette intégration est le fruit de la coordination entre « les signaux vestibulaires et les signaux issus des sensations tactiles, des appuis et des contraintes musculaires tendineuses et osseuses » (Bullinger, 2015, p. 35). Si cette coordination est efficiente, le bébé est en mesure d'organiser ses appuis et donc de s'installer dans une posture avec des mouvements orientés.

La réalisation volontaire et maîtrisée de ces retournements, et de toute autre acquisition développementale, s'appuie sur le fait que « les interactions entre l'organisme et le reste du milieu produisent des effets qui contiennent des régularités » (Bullinger, 2007, p. 79). Le développement de l'enfant est le résultat d'une pluralité d'expérimentations. C'est la répétition des expériences qui va permettre un ajustement postural passant par la régulation du tonus. Cet ajustement octroie au bébé l'accès à une motricité efficiente, c'est-à-dire qui s'inscrit dans les trois plans de l'espace, dans une graduation temporelle et qui parvient à s'intégrer dans une dimension relationnelle.

1.1.3 Le processus de verticalisation, témoin de l'autonomie des explorations

Du décubitus ventral, le bébé poursuit ses explorations au sol et consolide progressivement son repoussé du sol. Celui-ci fait appel aux chaînes musculaires profondes. Les transferts d'appuis, le repoussé du sol et la dissociation des ceintures, en jeu dans les différents schèmes, seront le socle des acquisitions futures. De nouveaux modes de déplacement émergent. L'expérience de traction des bras, couplée à la propulsion des pieds, lui permettra de ramper. Par la suite, un jeu de balance du poids du corps (avant/arrière et

droite/gauche), complété par l'acquisition progressive d'un repoussé du sol efficace et d'un contrôle du bassin, lui donnera accès au quatre pattes pour se déplacer. « Lorsque le schéma de flexion-extension est équilibré », le bébé se verticalise en position assise, témoignant d'un haubanage avant/arrière efficient (Bullinger, 2007, p. 42). Le bébé enrichit ses expériences d'appui au sol et poursuit son processus de verticalisation jusqu'à la marche. Ce n'est qu'à la condition d'un repoussé du sol efficace, mêlé à un haubanage efficient dans les transferts d'appuis, que ce « chemin de développement psychomoteur » rendra possible une marche assurée. Les déplacements autonomes de l'enfant élargissent son champ d'expérience en lui offrant une ouverture sur l'environnement. Sa conscience corporelle et son autonomie dans le mouvement sont renforcées. L'enfant peut alors s'éloigner de son parent. Le geste et le déplacement s'inscrivent aussi dans une dynamique relationnelle. L'une des spécificités de la psychomotricité est de pouvoir observer le mouvement dans toutes les dimensions qui le composent. Observer la qualité de ces déplacements permet également de distinguer un enfant qui erre, d'un enfant dont la marche s'inscrit dans un projet moteur établi.

Cette première partie a permis de retracer les grandes lignes du chemin de développement psychomoteur du bébé. Étape après étape, la maturation neuro-motrice et tonique structurent ce chemin. Alors qu'en est-il lorsque le tonus n'assure plus cette fonction de soutien des acquisitions ?

1.2. Le bébé hypotonique : achoppement du développement psychomoteur

La clinique rencontrée m'a amenée à développer ce questionnaire. Le bébé, dont les dispositions neuro-motrices ne permettent pas un tonus musculaire suffisant, voit ses acquisitions posturo-motrices impactées. L'hypotonie est définie comme étant une « diminution du tonus musculaire ressentie lors de la mobilisation passive d'un segment de membre, ou de la tonicité d'un organe » (Quevauvilliers, 2009, p. 472). Aujourd'hui, le terme d'hypotonie caractérise une affection d'origine neurologique. Parallèlement, le terme d'hypotonicité rend compte d'une diminution du tonus d'origine psycho-affective. L'étiologie d'une insuffisance du tonus peut donc être diverse, et ses impacts, nombreux.

Les conséquences de l'hypotonie sur le développement psychomoteur du nouveau-né sont complexes à aborder tant elles sont multiples et intriquées. Les points évoqués dans cette partie ne seront pas exhaustifs, mais sélectionnés en fonction de ce qui prendra sens

dans la clinique proposée. Ainsi, seront abordées les conséquences sur les acquisitions posturo-motrices et celles sur la naissance de l'espace psychique du bébé.

1.2.1 Conséquences sur les acquisitions posturo-motrices

L'hypotonie du nourrisson entraîne une diminution considérable de ses expériences sensori-motrices. Les variations toniques sont entravées et les mouvements normalement observés chez un nourrisson arrivent avec un retard important. L'impossibilité de recrutement de ses chaînes musculaires antérieures et postérieures entrave sa capacité à accéder au schème spinal d'enroulement/déroulement. Le bébé hypotonique, en décubitus dorsal, est écrasé par la pesanteur qu'il ne peut intégrer. La maturation tonique permettant de développer le contrôle postural selon la loi céphalo-caudale s'en trouve impactée. Son incapacité de tenue de la tête entrave et appauvrit les expérimentations sensori-motrices à la base de l'établissement de ses premières coordinations. De plus, cette diminution des mouvements ne permet pas au bébé de développer une motricité s'inscrivant dans les différents plans de l'espace. Ceci n'est rendu possible que par l'intervention de l'environnement. Ce peu de retours proprioceptifs limite l'intégration des informations permettant une spatialisation du mouvement et une structuration spatiale. La construction du schéma corporel peut également être fragilisée. Tous ces éléments peuvent retarder les conduites de verticalisation.

Par ailleurs, l'hypotonie a aussi des conséquences sur les capacités d'orientation du bébé en raison d'un retard de tenue de tête et d'une difficulté à contracter ses muscles pour s'orienter vers un stimulus. Les troubles posturaux liés à l'hypotonie tels que la plagiocéphalie ou encore la brachiocéphalie constitueront un frein à ses capacités d'orientation.

Enfin, concernant l'alimentation, on observe des impacts sur le tonus des muscles de la sphère orale qui entravent la succion. Cela est majoré par une tenue de tête fragilisée qui entraîne une bascule de la tête en arrière dans le nourrissage et, donc, une fermeture de la langue sur le palais.

1.2.2 Conséquences sur l'unité corporelle

Le lien entre les acquisitions motrices permises par la maturation tonique, et la sensation d'unité psychomotrice du nouveau-né a été posé précédemment. Les conséquences d'une hypotonie sur la construction psychique du nouveau-né semblent alors évidentes. « Le tonus de fond participe de la qualité de cohésion d'ensemble du corps » ; en plus des retours proprioceptifs des articulations et des fascias, le tonus musculaire assure « le maintien des segments entre eux » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2012, p. 173). L'accès à une conscience corporelle unifiée est dépendant des expériences d'enroulement et d'action du bébé sur son environnement. La fonction tonique a une « implication essentielle (...) dans la construction d'une image corporelle unifiée », son atteinte peut ainsi mettre à mal cette conception unifiée du corps (Gauberti, 1993, p. 60).

2. Les relations précoces

« Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre,
complice de son existence »

(De Ajuriaguerra, Vol 3, p. 319)

2.1. Le dialogue tonique au cœur des relations précoces

Les fondements théoriques du développement ordinaire du bébé et des impacts liés à l'hypotonie étant posés, il me paraît opportun d'évoquer à présent ce qui, dans ma clinique, a initialement retenu mon attention : l'impact de l'hypotonie sur les relations précoces. Pour comprendre au mieux la portée de cette spécificité tonique dans les interactions du nouveau-né et de son parent, il m'apparaît essentiel d'aborder les bases théoriques de ces premiers temps relationnels.

Les relations précoces correspondent à toutes les interactions entretenues entre le nouveau-né et son environnement. Ces relations rythment son quotidien et participent à sa construction psychique. L'étude des relations précoces entre le nouveau-né et son parent apparaît dans les années 50. C'est, en effet, à cette époque que Bowlby s'est intéressé aux comportements naturels d'attachement du bébé animal pour sa mère, conceptualisant la notion d'attachement. Elle correspond au comportement d'un enfant qui va se tourner « vers cette personne spécifique en cas de détresse pour y trouver un sentiment de sécurité » (Guédeney et al, 2012, p. 30). Les comportements du bébé sont alors « destinés à permettre

la proximité avec le caregiver » (Guédeney et al, 2012, p. 31). Cet attachement se développe progressivement pendant les premiers mois de vie du bébé et se stabilise dans l'un des « patterns d'attachement » mis en évidence par Marie Ainsworth (Guédeney et al, 2012, p. 35).

Pour Julian De Ajuriaguerra, les « premiers modes d'attachement » correspondent aux « modifications toniques posturales réciproques des premières interrelations » (1985, p. 313). Il précise, à propos du tonus, qu'il « est une attitude interchangeable de dialogue avec autrui, il est déjà un moyen de communication avec lui ». (De Ajuriaguerra, 1956, p. 51). Ainsi, la notion de relation précoce est indissociable de celle de dialogue tonique. Cette notion correspond au « processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant » (De Ajuriaguerra, 1985, p. 314). Il est donc essentiel de proposer une lecture de ces relations précoces et du dialogue tonique qui les compose, en prenant en compte les perspectives de chacun des membres de cette dyade.

2.1.1 Le bébé acteur de la relation

La notion de dialogue sous-tend l'ajustement des deux membres de la dyade. Ainsi, le portage du parent va influencer sur la modulation tonique de son bébé et lui permettre de blottir son visage dans le creux de son cou et de se déposer contre lui. Dans les premiers temps de vie, ces ajustements du nouveau-né ne constituent pas réellement une adresse à l'autre, mais répondent à sa recherche de confort. Le parent, que Suzanne Robert-Ouvray qualifie d' « interprète », perçoit les modifications posturo-motrices de son bébé et, fort des compétences psychiques d'un adulte, les met en sens. Les ajustements toniques, vocaux, posturaux que ce dernier mettra en place, viendront ainsi en réponse aux ajustements du nouveau-né. « Cet état fusionnel va permettre un jeu d'alternance puis la progressive émergence d'un dialogue » (Bullinger, 2007, p. 51). De ce « monologue à deux », le bébé s'inscrira peu à peu dans une dynamique d'adresse à l'autre, « mettant en place des signaux intentionnels à partir desquels il attend une réponse de l'adulte » (De Ajuriaguerra, 1985, p. 314). La grande dépendance dans laquelle est le bébé pendant ses premiers mois de vie ne signifie pas pour autant qu'il est réduit à une passivité totale. Son rôle dans ces ajustements posturaux et dans le dialogue tonique qui s'installe est essentiel : « par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent. » (De Ajuriaguerra, 1985, p. 314). Ses propres ajustements posturaux seront dépendants de sa maturation neuro-motrice, du déploiement de son tonus musculaire, et des acquisitions qui en découleront.

Les acquisitions posturo-motrices décrites précédemment permettent au nouveau-né des capacités d'orientation et d'engagement envers le monde et les autres. Elles organisent ses expériences sensori-motrices et participent à ses comportements d'attachement. Ainsi, le nouveau-né s'engagera de manière graduelle dans des adresses à l'adulte qui le feront exister. Pour que les flux sensoriels qui lui arrivent soient intégrés, le bébé doit mettre en jeu ses capacités d'orientation et donc, en amont, d'intégration. André Bullinger souligne de quelle manière la disponibilité du nouveau-né aux flux sensoriels qui l'assaillent est dépendante de ce qu'il nomme sa « mise en forme du corps ». Elle permet que le chaos sensoriel devienne une expérience sensori-motrice et qu'elle s'inscrive peu à peu dans le psychisme du nouveau-né. Ses capacités d'orientation témoigneront de ses capacités d'intégration et d'assimilation de ces expériences sensori-motrices. Ces dernières correspondent à la fois à la pesanteur, mais aussi au son, au tact, à l'odeur, aux stimuli visuels et gustatifs. Dès les premières heures de vie, la structure réflexe du nourrisson donne naissance à son orientation vers le sein de la mère. Les repères olfactifs, présents dans le liquide amniotique, sont retrouvés dans le lait maternel et la transpiration de la mère. Cette bulle olfactive rassure et crée un bain sensoriel qui guide le nouveau-né, dès ses premières heures de vie, à une conduite réflexe d'orientation.

Au-delà de sa fonction de soutien des acquisitions posturo-motrices, le tonus inscrit le nouveau-né dans la relation. Il est un moyen d'expression du bébé et donc de lecture pour les adultes qui en prennent soin. Il permet au parent de comprendre « l'expression motrice de son bébé » et d'en apprécier les caractéristiques émotionnelles puisqu'il « est le principal agent de la communication émotionnelle » (Robert-Ouvray, 2007, p. 44). Lorsqu'un besoin fondamental se fait sentir chez le nouveau-né, il se traduit corporellement par une hypertonicité. Celle-ci cède rapidement lorsque l'adulte prend le nouveau-né dans ses bras et répond au besoin qui l'assaille, laissant alors place à une détente musculaire. Cette « dualité corporelle tendu-détendu associée à la relation » fluctue donc en fonction de l'intervention de l'environnement du bébé (Robert-Ouvray, 2020, p. 106). Cette dichotomie procure au nourrisson la sensation du plaisir-déplaisir. À cette première dualité, s'ajoute la « dualité physiologique », à savoir un axe hypotonique et une périphérie hypertonique. Ces perceptions de divers recrutements toniques participeront également au développement psychique du bébé, à ses processus d'intégration et de symbolisation (naissants) de ses ressentis corporels.

Ces pôles opposés permettent au nouveau-né les processus intégratifs qui s'érigent alors selon 4 paliers successifs :

- le niveau tonique : la réponse musculo-tendineuse d'un bébé à tout stimulus ne sera rendue possible qu'au travers de sa tonicité. Cette organisation constitue le premier palier du processus d'intégration : la dichotomie dur-mou.
- le niveau sensoriel : « Les sensations toniques donnent la tonalité vibratoire à toutes les expériences sensorielles que vit l'enfant ». (Robert-Ouvray, 2020, p. 110). À la première dichotomie « dur-mou », s'ajoute des perceptions sensorielles diverses : le mou s'associe par exemple au chaud, et le dur au froid.
- le niveau affectif : s'ajoute ensuite le couple « satisfaisant-insatisfaisant ». Ce niveau ne s'érige qu'à la condition inévitable de la présence de l'autre. « La mère nomme l'état affectif de son enfant, et son propre état » (Robert-Ouvray, 2020, p. 113).
- le niveau représentationnel : la mère pourra nommer au bébé les émotions qu'elle croit lire dans ses dispositions toniques particulières (tension, colère, tristesse, pleurs). Ce travail de mise en mot des ressentis corporels va « introduire l'enfant dans le monde du signifiant » (Robert-Ouvray, 2007, p. 113)

Ainsi, l'enfant développe, peu à peu, son processus d'intégration à partir de son propre état tonique et de la manière dont il peut différer selon les stimulations sensorielles environnantes. De la simple dichotomie du dur-mou, l'enfant va acquérir des signifiants lui permettant une symbolisation de son vécu corporel. Progressivement, ses variations toniques prennent sens dans son psychisme.

André Bullinger, quant à lui, évoque trois éléments pouvant être à l'origine d'une variation du tonus. Les deux premiers sont le niveau de vigilance et les flux sensoriels. Ceux-ci se traduisent par une tonicité qui varie selon l'attention du nouveau-né et les caractéristiques du stimulus. À ceux-ci, s'ajoute un troisième moyen de régulation tonique : le milieu humain. L'adulte qui prend soin de l'enfant influe sur ses variations toniques. Comprendre les mécanismes de cette influence, nécessite à présent de porter notre attention sur la parentalité.

2.1.2 La naissance d'un parent

À l'instant où le parent décide de le devenir, ou apprend qu'il va l'être, les enjeux psychiques de la parentalité émergent déjà. Attendre un bébé, c'est se préparer à donner la vie, s'acquitter de cette « dette de vie » conceptualisée par Bydlowski (2008). Très tôt dans le psychisme du parent, l'enfant naît. Avant même de voir le monde, il sera rêvé, imaginé, et portera déjà les attentes et aspirations de ses futurs parents. Suzanne Robert-Ouvray écrivait : « l'enfant est introduit dans la famille par la parole, avant même de naître » (2020, p. 157). Ce processus de pensée donnera naissance à « l'enfant imaginaire ». La naissance de l'enfant réel nécessitera, pour qu'il adienne dans le psychisme de son parent, que ce dernier fasse le deuil de cet enfant imaginaire. Attendre un enfant, c'est aussi se projeter à la place que ses propres parents occupaient jusque-là.

La naissance de l'enfant signe la naissance du parent. L'un et l'autre apprennent, évoluent, dans une interaction constante qui fonde cette nouvelle identité en création. Comme nous l'avons évoqué précédemment, ces premiers temps de vie sont marqués par une dépendance totale du nouveau-né à son environnement. Dans ce paragraphe, le terme de « mère » sera évoqué, remplaçant celui de parent, pour correspondre aux écrits de l'auteur. La « préoccupation maternelle primaire » de Winnicott permet à la mère, dans les premières semaines, de répondre à cette prédisposition de dépendance du bébé. Cet état psychique maternel caractérise la pleine disposition de la mère à s'ajuster de la manière la plus harmonieuse possible aux besoins de son bébé, « avec délicatesse et sensibilité » (Winnicott, 1997, p. 41). De cette préoccupation maternelle primaire, doit advenir une mère suffisamment bonne, c'est-à-dire que « les carences de l'environnement seront admises, comprises, tolérées, et même prévues » par le bébé (Winnicott, 1958, p.89). Affranchie de cette pleine disponibilité à son bébé, la mère pourra peu à peu proposer des variations et des temps de latence entre le besoin exprimé par le bébé et sa réponse. Ces modalités relationnelles ont une fonction essentielle dans le processus psychique d'individuation du bébé et dans l'intégration de ses expériences sensori-motrices.

Cette grande dépendance du nourrisson entraîne donc la nécessité de soins qui sont fondateurs de son développement psychomoteur.

L'existence psychosomatique est un accomplissement et, même si elle est fondée sur une tendance innée à grandir, elle ne peut être effective sans la présence d'un être humain

qui participe activement au « holding (« maintien ») et au « handling » (« maniement ») du bébé (Winnicott, 1958, p. 67).

Winnicott propose ainsi de penser la relation de la mère à son bébé en évoquant trois notions clés :

- le holding : « la manière dont l'enfant est porté » (Winnicott, 1971, p. 204). Ce terme est à entendre à la fois en son sens physique mais aussi en son sens psychique, Winnicott précise d'ailleurs qu'il « implique l'empathie de la mère » (1958, p. 134). « C'est peut-être la seule façon par laquelle une mère peut montrer à son enfant qu'elle l'aime. » (Winnicott, 1958, p. 135)
- le handling : « la manière dont il est traité, manipulé » (Winnicott, 1971, p. 204) ;
- l'object-presenting : « le mode de présentation de l'objet » (Winnicott, 1971, p. 204), c'est la manière dont la mère introduit le bébé au monde extérieur à la dyade.

Ce sont les réactions du parent, en réponse à ce qu'il perçoit de son bébé qui vont participer au mécanisme d'intégration psychique du bébé. En ce sens, Stern décrit deux modalités de réponse de la figure maternelle à son bébé : l'accordage et l'ajustement.

L'accordage correspond à la manière dont le parent s'harmonise à son bébé. Il adapte sa prosodie pour la rapprocher de celle de son bébé, module ses gestes et ses mimiques afin qu'ils soient en écho à ce qu'il perçoit de son bébé. Il retranscrit avec tout son être ce qui arrive au bébé. L'ajustement, en revanche, est à l'œuvre lorsque le parent introduit une micro-rupture dans l'accordage. Ces temps sont visibles lorsque le parent induit un jeu de guili à un bébé calme, ou bien lorsque, par l'intonation de sa voix et par ses gestes, le parent tente d'apaiser l'état de tension qu'il perçoit chez son bébé. Selon Stern, ces mécanismes se font de manière multimodale, en trois dimensions : mimo-gesto-postural. Dans une interaction, les mimiques, les gestes et le langage corporel (postural) témoignent de la qualité de celle-ci. Cette notion d'interaction multimodale est reprise par Julian De Ajurriaguerra qui précise également que les temps de soin, de nourrissage sont des « stimulations multimodales où le regard, la voix, la posture accompagnent ou anticipent la stimulation cutanée » (1985, p. 316).

Dans les temps d'interaction entre le parent et son bébé, alors que celui-ci entame un jeu de guili, « son initiative suscite une réponse qu'elle perçoit comme une sollicitation à poursuivre » et occupe ainsi une fonction de soutien aux tentatives naissantes d'interaction

de son bébé. (De Ajuriaguerra, 1985, p. 316). La posture maternelle donne déjà au bébé un rôle de communicant. « La mère, par sa propre posture, et par la quantité et le style des contacts tactiles qu'elle initie sur le corps de son bébé, exprime la signification que prend pour elle la rencontre avec l'enfant » (De Ajuriaguerra, 1985, p. 316).

Ces différentes théories venant de la psychologie, élaborées autour du développement psychique du bébé, me semblent correspondre aux notions plus psychomotrices que sont notamment le dialogue ou la régulation tonique. Ces théories permettent d'entrevoir le rôle fondamental de l'ajustement corporel du parent dans le développement psychomoteur de l'enfant et rejoignent la vision holistique souhaitée au début de cet écrit. Mais si la lecture des signaux du bébé est permise par l'observation de ses mimiques, de ses mouvements et de son recrutement tonique, qu'en est-il lorsque l'hypotonie vient mettre à mal les capacités de communication du bébé ?

2.2. Hypotonie et relation : un dialogue tonique mis à mal

La dépendance du bébé hypotonique à son environnement est décuplée. « La prise de contrôle du corps lui est impossible, (...) et le contact avec un autre corps-soutien, corps-béquille, lui est indispensable » (Gauberti, 1993, p. 61). Cependant, cet état tonique impacte inévitablement les comportements du parent auprès de son bébé. La capacité innée du bébé à s'orienter vers une stimulation sensorielle étant entravée, elle peut entraîner des contacts physiques moins gratifiants pour le parent et diminuer son engagement. Au sujet du bébé, la mère peut exprimer « qu'elle ne sait par où saisir pour que « ça tienne » (et la prise, et le corps) » (Gauberti, 1993, p. 61). L'enfant hypotonique peut également être en difficulté dans le maintien du contact oculaire, impactant, là encore, l'engagement relationnel du parent qui fait alors face à un bébé qui semble détourner le regard et se désintéresser du visage de son parent. Gauberti évoque l'incidence des pathologies de la fonction tonique, qu'elle soit hypotonique ou hypertonique, comme une « mise à distance du partenaire » (Gauberti, 1993, p. 60). Le bébé est, dans l'incapacité à occuper un rôle actif dans l'interaction, il « est passivement dans l'attente d'être nourri, porté, sans investir une initiative tonique » (Gauberti, 1993, p. 61).

L'attitude parentale doit alors dépasser le cadre de l'accordage décrit par Stern. Les micro-variations à l'œuvre dans l'ajustement parental ne suffisent pas toujours à éveiller, chez le nourrisson hypotonique, des conduites qui l'inscrivent dans la relation. Cette sur-adaptation nécessaire peut être coûteuse pour le parent. *Le nouveau traité de psychiatrie de*

l'enfant et de l'adolescent précise, au sujet de l'hypotonie, que « pour les parents, la sensation d'avoir dans les bras un enfant qui ne se tient pas, qui risque à tout instant de tomber peut modifier leurs fantasmes et leurs comportements » (Salbreux, 2004, p. 1980). Nicole Guedeney ajoute que « la consolabilité du bébé, son ajustement postural (le foussement), sa capacité de regard sont des stimuli très puissants du système de récompense-plaisir et jouent un rôle clef dans le développement de l'expression optimale du caregiving » (2012, p. 34). On comprend alors de quelle manière l'amointrissement des compétences du bébé peut mettre à mal cette fonction du caregiving par le peu de signaux retours que le bébé envoie. Gauberti évoque « trois modalités réactives pathogènes chez la mère : l'angoisse, la résignation, la violence » (1993, p. 61). Celles-ci modifient les comportements de l'adulte envers le nourrisson, pouvant prendre la forme d'une surstimulation, d'un abandon ou de « manifestations agressives, de rejet, d'exigences démesurées » (Gauberti, 1993, p. 62).

PARTIE CLINIQUE

1. Cadre d'intervention et anamnèse

Je rencontre Léon et sa maman, Mme B, dans le cadre d'un stage au sein d'un service de périnatalité et petite enfance. Celui-ci accueille des femmes enceintes, des mères seules ou des couples et leur bébé. Ces soins peuvent s'étendre de la grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant. Le projet de soin de cette institution est de soutenir le lien entre le bébé et ses parents. Un double regard est alors proposé : vers la parentalité, souvent mise à mal par des souffrances d'ordre psychique et vers le développement du bébé. L'équipe est composée de psychomotriciennes, d'infirmières, d'une psychologue, d'une médecin pédopsychiatre, d'une assistante sociale et d'une secrétaire. Les suivis sont majoritairement réalisés en binômes de professionnels. Enfin, les soins proposés sont variés et peuvent prendre la forme de suivis individuels de la dyade (ou triade), de visites à domicile ou encore de groupes thérapeutiques.

Les éléments d'anamnèse qui vont être présentés sont issus du dossier médical de Mme B et de Léon ou bien ont été récoltés auprès des différents professionnels qui ont en charge cette famille. Mme B et Monsieur T sont parents de 4 enfants. Ils ont eu deux premières filles, Luna et Kaïla, aujourd'hui âgées de treize et quatorze ans. Mme B est connue des services de la protection maternelle infantile (PMI) depuis la naissance de sa seconde fille, naissance pendant laquelle le pronostic vital de cette maman avait été engagé. Elle a ensuite eu une troisième grossesse qui s'est bien déroulée. Cette troisième enfant, Eline, est décédée trois ans après sa naissance d'une pathologie orpheline qui n'a pas été identifiée. À la suite de ce décès, des conflits conjugaux ont éclaté au sein du couple, menant Mme B à quitter le domicile familial quelque temps pour vivre chez ses parents. Finalement, le couple a décidé de se retrouver et de s'installer tous les quatre, au domicile de la grand-mère paternelle chez qui ils vivent encore actuellement. Six ans après le décès d'Eline, Mme B est adressée au service de périnatalité par une puéricultrice de la PMI dès les dernières semaines de sa quatrième grossesse. Celle-ci s'inquiète du contexte d'arrivée de ce quatrième enfant en raison du deuil d'Eline, d'un trouble de l'attachement précoce avec Luna et d'antécédents de violence conjugale. L'équipe de périnatalité a rencontré Mme B une première fois lorsqu'elle était encore enceinte. En septembre 2023, celle-ci accouche à trente-six semaines d'aménorrhée d'un petit Léon. Dès les premières semaines, Léon

inquiète beaucoup le service de périnatalité. Un suivi pluriprofessionnel se met alors en place. Ils reçoivent au domicile deux fois par semaine l'équipe de périnatalité qui se présente en binôme (psychomotricienne, infirmières) et la PMI qui effectue des pesées hebdomadaires pour contrôler la prise de poids de Léon. Enfin, Léon et sa maman se rendent au cabinet d'une kinésithérapeute qui assure des soins deux fois par semaine.

2. La première rencontre : un temps singulier

Je rencontre Léon et sa maman lors de mon premier jour de stage en octobre 2023. J'accompagne la psychomotricienne et l'infirmière qui ont déjà effectué 4 visites à domicile depuis septembre. Ces rencontres s'effectuent en présence de Mme B, en congé maternel et parfois, de la grand-mère paternelle. Monsieur T, quant à lui, n'est pas présent au domicile en journée, il réalise une formation en informatique. Lors de cette première rencontre, Léon est âgé de 6 semaines (2 semaines en âge corrigé). Lorsque nous arrivons devant le domicile, une voix stridente nous invite à entrer. La porte s'ouvre sur un sous-sol aménagé en cuisine. La pièce est très sombre et très encombrée. Le plafond n'est qu'à une dizaine de centimètres au-dessus de ma tête et je suis assailli par une odeur très désagréable. À ma droite, Mme B qui avait Léon dans les bras, fuit notre regard et s'empresse de le déposer sur la table à manger sur laquelle était installé un matelas à langer. Mme B est une femme de petite taille, avec une carrure imposante. Sa voix est forte mais tremblante. Elle semble agitée et transpire beaucoup. J'observe Léon. Il est allongé sur le dos, les membres étendus, la tête totalement relâchée sur son côté droit. Il me paraît vide de tout tonus, vide de toute vie. Ces premières secondes sont difficiles à vivre et je sens ma poitrine se serrer. Cette impression mortifère ne me quittera pas de toute la séance. La psychomotricienne s'approche de Léon et tente de le stimuler. Elle lui parle, propose un enroulement en regroupant ses jambes sur son ventre, effectue de petits mouvements de rotation de son bassin. À l'observer, les membres de Léon semblent si légers et hypotoniques que j'ai la sensation d'un corps vide. Léon, bien que réveillé, peine à ouvrir les yeux. Pendant les premiers temps de cette visite, il tète sa langue dans le vide et, malgré les répétitions des professionnelles suggérant qu'il s'agisse d'un signe de faim, Mme B ne semble pas en mesure de saisir le besoin de son enfant. Ses phrases sont courtes, prononcées d'un ton sec, son discours est redondant : l'alimentation, les changes, l'alimentation, les changes. L'inquiétude de cette maman semble principalement orientée vers les soins. En effet, le poids de Léon est faible et Mme B est inquiète puisqu'une pesée par la PMI doit avoir lieu le jour même. La suite de cette visite est organisée autour de

l'alimentation. La psychomotricienne propose que Mme B donne le biberon à son fils. Immédiatement, je perçois que les signes d'anxiété de cette maman s'accroissent : elle se rigidifie, sa respiration augmente et sa transpiration s'amplifie. Elle prend rapidement Léon dans ses bras, la tête du petit vacille. Accompagnée pour trouver la bonne position, Mme B lui donne le biberon et le retire toutes les 10 secondes pour tenter de stimuler Léon qui, impassible, semble se laisser partir. Des stimulations des mains et des pieds sont proposées simultanément pour faciliter la prise alimentaire. Les mains de Léon sont inertes durant toute la tétée.

Quant à moi, j'observe cette scène, sidérée. Debout, proche de la porte, je n'ai pas bougé depuis que je suis entrée. J'ai chaud, puis froid, je peine à respirer. À chaque fois que j'entends les professionnelles s'adresser à Léon « allez, il faut que tu luttas », « que tu te battes » et que j'observe ce petit être dénué de toute réaction, ma poitrine se serre et la nausée me prend.

3. Observations psychomotrices de Léon

Les éléments psychomoteurs qui suivent sont le fruit d'observations qualitatives récoltées au fil des premières séances réalisées. Léon est un nourrisson à la peau très pâle, il a quelques petits cheveux blonds et fins, une tête allongée et un corps frêle. Il marque un développement atypique à la fois dans le rythme et dans la qualité de ses acquisitions psychomotrices. La première chose marquante chez ce nouveau-né est son hypotonie globale massive couplée à une extensibilité exagérée lors de l'évaluation du tonus de fond. La motricité spontanée de Léon est pauvre et très rare, voire absente. Je note une rotation externe de ses poignets et ses membres sont comme écrasés par la pesanteur : en décubitus dorsal ses bras sont en chandelier et ses jambes sont en abduction ce qui témoigne d'une incapacité d'enroulement et de rassemblement. Durant les temps d'éveil, il y a très peu de variations toniques. Il présente une asymétrie posturale, il a une plagiocéphalie droite importante, traitée chaque semaine par la kinésithérapeute. Celle-ci précise que les progrès de Léon sont faibles et demande rapidement d'augmenter la prise en charge à raison de deux séances par semaine. Ses capacités d'orientation sont donc nettement mises à mal par ces difficultés posturo-motrices. Aucune conduite d'exploration n'est remarquée.

Des difficultés d'interactions sont également présentes : les mimiques faciales sont rares et le contact visuel est très difficile à établir. Celui-ci est marqué par des décrochages et Léon ne semble pas chercher les visages. Il présente également nystagmus. C'est un bébé qui dort

beaucoup et réagit peu. Dans le portage, les professionnelles décrivent la sensation de porter un bébé mort.

4. Projet thérapeutique

Après plusieurs semaines d'observation, l'hypotonie massive de Léon, couplée aux difficultés d'ajustement de Mme B dans la relation, oriente notre projet thérapeutique autour de deux axes majeurs :

- accompagner Léon dans des expériences sensori-motrices favorables à l'acquisition des fondements de son développement.
- accompagner Mme B dans différents temps de vie avec Léon, le change, les bains, le nourrissage, mais aussi les temps de jeux, pour lui permettre de s'ajuster aux besoins spécifiques de Léon. Monsieur T n'étant que très peu présent pendant nos visites, notre objectif de soin s'oriente sur un accompagnement de Mme B uniquement.

5. Observer la dyade pour ajuster l'accompagnement

Pour répondre à ces objectifs, nous proposons à Mme B, la semaine suivante, un temps de jeu avec Léon. Elle nous invite à nous rendre au salon de la maison situé à l'étage supérieur. L'atmosphère y est pesante. Les pièces sont toutes communicantes et très encombrées. Nous nous installons dans le salon. Au mur, trois grands portraits des trois filles de Mme B sont accrochés. À ma gauche, une immense vitrine en verre contient un portrait d'Eline, son urne funéraire, des jouets pour bébé, des peluches et des veilleuses. Cet autel funéraire accentue l'ambiance pesante. Mme B étend un tapis d'éveil et sort un petit jouet : une étoile en tissu avec un petit miroir au centre. La psychomotricienne questionne madame : « Est-ce qu'il y a d'autres jouets que Léon aime ? », Mme B répond : « il en a pas encore d'autres ». Je ne peux m'empêcher d'observer la vitrine remplie d'une trentaine de jouets appartenant à Eline. Mme B arbore un recrutement tonique important. Elle s'allonge sur le tapis, engage un jeu avec Léon mais semble absente, le regard vide, silencieuse. Elle prend ce petit jouet, le place à quelques centimètres seulement du visage de Léon et lui dit « regarde, Léon, regarde ». Léon reste inerte. La mère explique alors qu'elle veut qu'« il voie à quoi il ressemble, qui il est ». La psychomotricienne lui précise qu'il n'a pas encore les capacités visuelles et cognitives pour lui permettre de se reconnaître. Celle-ci teste le réflexe de grasping de Léon : il attrape le doigt de la professionnelle. La mère se saisit de cette

proposition : elle caresse le bras de Léon et glisse le jouet le long de la main du petit. Dès qu'il saisit l'objet, elle le lui retire. Ce jeu continue à trois reprises, Léon saisit et sa mère lui retire immédiatement le jouet. Le visage de Léon est alors tendu. Après 3 retraits, il ne saisit plus la petite étoile. Nous l'entendons pour la première fois émettre un petit son de mécontentement, comme un début de larmes, qui s'estompe très rapidement.

L'hypotonie et la plagiocéphalie de Léon nécessiteraient d'importantes stimulations mais, à travers l'échange que nous avons eu avec Mme B, nous saisissons qu'en-dehors des temps de soin, Léon est un bébé qui est très peu sollicité et très peu porté dans les bras. De plus, cette organisation tonique de Léon maintient aussi à distance l'adulte qui fait face à un nourrisson sans aucun élan de vie. Durant cette même séance, alors que Mme B interpelle Léon, elle le nomme « Lili », me rappelant directement le prénom d'Eline, sa grande sœur. Je prends alors conscience du travail de deuil encore très présent.

Cette seconde séance a également été l'occasion pour moi d'observer un temps de portage. Mme B est assise en tailleur au centre du tapis, elle tient Léon dans ses bras. Interrogée sur son confort dans cette position, elle affirme qu'elle se sent bien, mais son corps nous envoie des signaux contraires. Elle arbore un recrutement tonique massif, ses gestes sont tremblants, elle est très crispée et sa respiration est haute. Le tonus de Mme B apparaît en parfaite opposition avec l'hypotonie de son fils. À chaque portage, elle répète : « Je suis gauchère hein, je suis gauchère ». Elle porte donc toujours son enfant dans le même sens, allongé sur le dos, la tête déposée sur son bras droit et la main gauche libérée. La plagiocéphalie de Léon entraîne une orientation constante de sa tête sur son côté droit. Ainsi, lorsque Mme B le porte, sa tête est orientée vers l'extérieur. Je fais alors l'hypothèse que ce sens de portage peut considérablement entraver la relation entre cette maman et son bébé, ne favorisant pas le contact visuel. De plus, aucun arrière-plan n'est proposé, le bassin de Léon est dans le vide, dans le creux formé par les bras de madame. J'ai parfois la sensation qu'il va lui glisser des bras pour chuter à travers cet espace vide. Ce jour-là, Léon, dans les bras de sa maman, paraît lutter contre le sommeil qui l'assomme. En observant ce moment, il me semble que le manque de regroupement dans le portage, le manque d'arrière-plan, couplés au recrutement tonique massif de Mme, ne permettent pas à Léon de se sentir suffisamment en sécurité pour se laisser aller au sommeil. Si ses yeux se ferment de temps à autre, la moindre parole de sa maman, prononcée à voix haute, le ramène à nous. Bien que nous chuchotions toutes, l'ajustement de l'intensité de sa voix semble impossible pour Mme B. Elle explique que Léon est « souvent comme ça ». « Quand je le couche, dit-elle, il ouvre les

yeux pour vérifier que je suis là, ça le rassure ». L'infirmière propose alors de chanter une berceuse pour aider Léon à se laisser aller dans le sommeil. Elle questionne la mère : « Y a-t-il une comptine qu'il aime ? ». Mme B répond : « on n'en a pas encore ». L'infirmière chante et touche le bras de Mme B pour l'accompagner à relâcher son recrutement tonique. J'observe la scène et me laisse aller au bercement induit par l'air de la chanson. Mon corps se balance de droite à gauche. Léon s'endort. La grand-mère, qui était absente durant toute cette séance, apparaît et nous interroge : « Lorsqu'il prend un bain, dit-elle, il pleure, il déteste ça, c'est normal ? ». Les professionnelles saisissent cette opportunité : nous viendrons la prochaine fois pour un temps de bain.

Nous nous présentons donc la semaine suivante pour ce temps de bain. Bien que nous percevions un investissement plus important de la part de Mme B, l'ambiance mortifère initiale laisse place à une présence maternelle dont les gestes sont empreints d'une violence contenue. Léon semble plus éveillé, il est allongé sur son tapis de change. Mme B débute par les soins du visage. Sans verbalisation, elle saisit le visage de Léon et nettoie ses yeux. Celui-ci étant carencé en fer, elle lui donne également un médicament grâce à une pipette. Pour que Léon ouvre la bouche, Mme B attrape son visage entre ses doigts en pince et insère avec force la pipette. Léon se débat. Mme B déshabille rapidement son fils, sans accompagnement par le geste, la parole ou le regard. Elle applique un savon liquide sur le corps de son bébé, ses gestes sont brusques, Léon se désorganise, il pleure. Plus Mme B fait face à la désorganisation de Léon, plus elle accélère ses gestes. Je constate qu'un cercle vicieux se crée dans l'interaction mère-bébé. Elle le prend à bout de bras, la grande passivité de Léon vient compliquer ce portage, le recrutement tonique de Madame est de plus en plus important, elle transpire et le place maladroitement dans l'eau. La tête de Léon vacille à nouveau. J'observe des trémulations de sa lèvre inférieure. Face au risque de noyade, l'infirmière place sa main sous la tête de Léon pour la soutenir. Le temps de bain est très rapide. Les pleurs de Léon s'accroissent. Il semble être en proie à des stimulations sensorielles qui provoquent une désorganisation, mais il ne peut pas trouver, dans son environnement, les ressources nécessaires au rétablissement de son équilibre. La psychomotricienne intervient alors en plaçant une main sur le ventre de Léon. Il s'apaise rapidement. Mme B essaie, place sa main sur le ventre de son fils, reste environ 5 secondes, et ressort Léon de l'eau aussi rapidement qu'elle l'avait introduit en le prenant sous les bras sans maintenir sa tête. Léon, nu sur la table à langer, pleure toujours. La psychomotricienne intervient alors pour le placer regroupé, en décubitus latéral. Elle le recouvre d'une serviette.

Ainsi regroupé et enveloppé, il s'apaise. Les pleurs cessent, les traits de son visage se détendent et sa respiration semble plus fluide. En parallèle, la psychomotricienne questionne Mme B sur ce que Léon pourrait être en train de se dire, de vivre, afin de soutenir sa capacité à lire les états émotionnels de son fils, mais celle-ci ne s'en saisit pas. Léon s'endort doucement. Il réagit à la voix de sa mère qui le prend dans ses bras, le regarde et, semblant oublier notre présence, embrasse son front. Face à cette agréable image qui se dessine devant nous, l'infirmière saisit son téléphone portable. Elle ouvre l'appareil photo avant et le place devant Mme B, qui, après s'être observée, demande finalement d'immortaliser ce moment avec une photo.

Lors de la séance suivante, nous proposons un temps de bain enveloppé. Cette proposition vient répondre au manque de contenance du temps de bain rapporté précédemment. L'embaillotage dans le linge permet de maintenir une sensation de contenance et de diminuer la surexposition aux flux sensoriels qui ont désorganisé Léon. Nous sommes à nouveau installées autour du matelas à langer, posé sur la table à manger. Voulant nous montrer de petites plaies dans les plis du cou de son fils, Mme B saisit brusquement la tête de Léon et la tourne violemment. Léon pleure. Immédiatement, une tension corporelle apparaît en miroir chez nous, observatrices (la psychomotricienne, l'infirmière et moi-même). Je sens que je me rigidifie et me prépare à intervenir à tout moment. La psychomotricienne dit brusquement et d'une voix assurée : « en douceur ! ». Pendant qu'elle déshabille Léon pour le bain, Mme B tente de reprendre des gestes expliqués par les professionnels la semaine précédente, mais ceux-ci ne tiennent pas dans le temps. Rapidement, elle saisit un pied pour dégager son bassin, tire sur la manche de son body. Ses gestes semblent mécaniques et réalisés avec l'objectif que ce temps soit le plus court possible. Ces moments sont difficiles à observer. La souffrance de Mme B est prégnante. Lorsqu'elle s'adresse à lui, elle répète : « si tu fais pas d'effort, on va pas s'en sortir ». Une fois enveloppé dans le linge, il est placé dans l'eau et semble apaisé. Le maintien du regroupement lui permet de profiter de ce temps ce soin. Debout à côté du bain, je réussis à capter son regard mais celui-ci cède rapidement. Alors que tout le monde a les yeux rivés sur Léon, la psychomotricienne s'adresse à Mme B : « Alors ? Qu'est-ce que ça vous fait de voir Léon être une star ? » Mme s'adresse alors à son fils : « Ah oui ! Il faut montrer de notre mieux ». Ceci me renvoie alors instantanément au narcissisme de cette maman, confrontée aux regards des professionnelles qui analysent ses faits et gestes. Qui est-elle en tant que mère ? Elle ne met d'ailleurs pas en sens notre venue. Selon ses dires, nous sommes là pour

accompagner et surveiller le bon développement de Léon, mais notre intervention ne cible pas sa parentalité.

Ces deux extraits de visite à domicile m'ont semblé pertinents pour illustrer la manière dont mère et enfant, successivement, s'entraînent dans un cercle vicieux, désorganisateur. J'émetts l'hypothèse que le manque de contenance et d'ajustement, dans les rares temps d'interaction entre Léon et sa maman (pendant le temps de bain, de change ou de repas), entraînent chez lui une désorganisation très importante. Les ressources nécessaires à son apaisement ne sont pas disponibles, non seulement en raison de sa prématurité, mais également parce que Mme B est, elle-même, en proie à sa propre angoisse face à l'état de son bébé. En outre, ces instants de désorganisation sont tels que, par l'effet de la répétition, ils ont pu entraîner chez Léon un retrait relationnel important. Cette hypothèse a été la première que nous ayons formulée pour tenter de comprendre le retrait massif de Léon. Les symptômes dépressifs perceptibles chez cette maman nous ont semblé s'installer également chez Léon. Ces instants de désorganisation dans la relation viennent également impacter Mme B et l'amener, par leur répétition, à creuser le désinvestissement de sa relation à son fils. Ce retrait prend probablement source dans le deuil d'Eline et les inquiétudes qui en découlent. Mais quelle qu'en soit l'origine, il rend Mme B indisponible à cette sur-adaptation nécessaire à l'accompagnement de Léon et des particularités inhérentes à son hypotonie. En émettant cette hypothèse, je prends le parti de concevoir la relation de cette mère à son bébé non pas par le seul prisme de l'impact des comportements de Mme B sur Léon, mais de concevoir également la manière dont Léon et Mme B, en relation, viennent tous deux mettre à mal leur lien.

Ces séances d'accompagnement du temps de bain ont lieu au cours du mois de novembre. Jusqu'alors, j'ai occupé une place d'observatrice dans les séances. Cette place répond non seulement à mon besoin d'un premier temps d'assimilation des scènes porteuses de violence auxquelles j'assiste, mais répond également à cette nécessité de comprendre de quelle manière les interactions mère-bébé peuvent être mises à mal afin de penser le cadre de nos interventions. Nous nous rendions à domicile en trinôme, la psychomotricienne, une infirmière et moi-même, une fois par semaine. À partir de décembre, nous réajustons nos interventions : nous intervenons en binôme (la psychomotricienne et moi-même) une première fois dans la semaine, et l'infirmière s'y rend une autre fois dans la semaine. Ceci nous permet deux visites et un accompagnement plus poussé. Ainsi, au cours du mois de

décembre, j'ai occupé une place plus active dans cette prise en charge et, ceci, dans les deux axes de travail que nous avons établi, à savoir accompagner Léon dans des expériences sensori-motrices enrichissantes pour son développement psychomoteur, mais aussi accompagner Mme B dans un ajustement correspondant aux besoins de son fils.

6. Des inquiétudes grandissantes

Fin novembre, nous constatons que les difficultés de Léon s'accroissent. Lors de nos premières visites, nous nous questionnions sur sa capacité à être « présent » et actif dans les instants où nos regards se croisaient. Nous avons la sensation, aujourd'hui, qu'il fuit le contact oculaire en louchant, laissant son regard partir dans le vide. Ce jour-là, les stimulations proposées dans le cadre du jeu ne semblent pas, non plus, susciter d'intérêt. Durant ces premières semaines de suivi, le regroupement proposé lui permettait d'être un peu plus disponible à l'interaction. Aujourd'hui, bien que l'enroulement soit proposé, Léon n'a pas su se saisir des propositions de l'adulte. Cette séance nous a questionnées, nous avons eu la sensation d'assister douloureusement au retrait relationnel de ce nourrisson. Face à toutes ces observations et aux difficultés rencontrées pour faire entendre nos inquiétudes au médecin de Léon, nous décidons d'objectiver nos observations en réalisant diverses évaluations. La grille Alarme Détresse Bébé, qui cote le retrait relationnel du bébé, a été réalisée. Léon obtient un score de 30/32 (la valeur normale étant de 0). Les premiers items du DF-MOT (Développement Fonctionnel Moteur du jeune enfant) sont observés : la fixation visuelle est possible mais furtive et sans suivi. Le retournement sollicité ne provoque qu'un léger recrutement tonique asymétrique sans participation de la ceinture scapulaire ni de rotation de la tête. L'élévation de la tête en décubitus ventral est insuffisante. Quelques comportements d'alerte à un stimulus sont observables, mais il n'y a pas d'orientation. Ces observations témoignent d'un décalage important avec les attendus posturo-moteurs et perceptivo-moteurs. Concernant le tonus passif, une hyperextensibilité est notable. Pour le tonus actif, lors du tiré-assis Léon montre une passivité totale, aucune tenue de la tête n'est possible, les muscles du cou et des épaules restent inertes. Les réflexes archaïques sont également observés : le réflexe de succion et le grasping apparaissent parfois, mais ne tiennent que très peu de temps. Les réactions gravitaires (suspension, redressement) et posturales (retournement guidé, tiré-assis latéral) sont très diminuées.

Nous émettions l'hypothèse que l'hypotonie de Léon soit en partie la résultante d'un retrait relationnel en réponse aux défaillances parentales. Cette hypothèse se voit alors réajustée avec des inquiétudes qui s'orientent plutôt autour d'une origine neurologique. Nous transmettons alors toutes ces informations au médecin en charge de Léon. Pendant ce temps de bilan, la psychomotricienne explique à Mme B ce qu'elle cherche à observer, et nomme son inquiétude face aux observations qu'elle peut faire. Mme B écoute, sans prononcer un mot. Ces nombreuses stimulations ont été effectuées les unes après les autres et ont entraîné des pleurs chez Léon. Alors que nous sommes toutes soulagées d'entendre ce nourrisson si passif, pleurer, je perçois immédiatement l'impact de ses larmes sur Mme B. Elle se fige, sa respiration augmente. Elle nous précise « Moi j'arrive pas à le laisser pleurer, j'ai jamais fait ça avec les autres, son père il dit qu'il faut le laisser, qu'il se fait les poumons, mais moi j'aime pas ». Elle nous dit vérifier à chaque fois que le ventre de Léon n'est pas gonflé, ou dur, et nous précise que la pathologie de sa troisième fille avait été détectée après des troubles gastriques. Les épaules de Mme B s'abaissent, les larmes coulent, sa rigidité défensive semble céder et, pour la première fois, elle s'autorise à nommer ses difficultés mais aussi ses inquiétudes, le temps de quelques minutes.

Une semaine plus tard, lorsque nous nous rendons au domicile de Mme B, cette dernière avait oublié notre venue. Léon est allongé dans son lit, Mme B tente de le réveiller avec beaucoup de difficulté. Son téléphone portable sonne, le médecin de la PMI est au bout de la ligne et l'informe de la décision d'hospitaliser Léon immédiatement. En effet, une pesée a été effectuée par la PMI, Léon n'a pas pris de poids et a même perdu presque 100 grammes. La colère colore le visage de Mme. Elle raccroche et s'exclame : « Et voilà ! Ça recommence. ». Les insultes ponctuent son discours. « Ça se répète c'est le même schéma ». « On a changé le lait, on a augmenté la kiné ». La psychomotricienne porte alors Léon dans ses bras pendant que Mme B fait sa valise. L'angoisse est prégnante et l'ambiance est lourde. Les inquiétudes de Mme B prennent une place incommensurable. « Eline c'était pareil elle prenait plus de poids depuis la maladie ». Madame ne sait pas quoi emporter dans la valise, elle oublie les soins, refuse d'emporter le fer car « il ne leur en reste pas beaucoup ». La colère, impossible à adresser, est déplacée sur la professionnelle de la PMI qui effectue les pesées. « À chaque fois que c'est elle, c'est une hospitalisation, elle a un partenariat ou quoi ? ». Elle est inquiète de la réaction de ses filles qui vont, à nouveau, lui en vouloir de son absence. Elle ne souhaite pas dormir sur place. Elle s'effondre, les larmes coulent. Une fois

la valise prête, nous descendons à la voiture de monsieur T, garée devant le logement. La psychomotricienne place Léon dans le siège auto à l'arrière. Le temps est gris, il pleut. Nous restons toutes trois (la psychomotricienne, Mme B et moi-même), dehors, sous la pluie, devant Léon si petit et si pâle dans son siège. Sa tête tombe complètement en avant sur la droite. Nous attendons son père qui ramasse ses dernières affaires. Une ambiance morbide est présente, plus aucun mot n'est partagé. Ma poitrine est serrée, et la sensation d'assister à un départ qui pourrait être définitif est lourde.

7. L'hospitalisation : tournant dans l'investissement de Mme B

Lors des semaines suivantes, nous poursuivons nos interventions directement dans la chambre d'hôpital de Léon. Mme B se rend sur place chaque jour quelques heures, puis rentre dormir à son domicile. Lors de la première visite à l'hôpital, lorsque nous nous rendons en chambre, elle est assise dans le fauteuil et porte Léon dans ses bras. Son dos n'est pas en appui sur le dossier. La tête de Léon est dans le prolongement de son axe. Cependant, son bras droit lui revient contre le visage, son dos tombant dans le creux du bras de sa mère. Ses yeux sont grands ouverts et fixes. Elle nous raconte que le médecin de l'hôpital a demandé un transfert vers un autre établissement pour des examens plus poussés. Ce second hôpital, vers lequel Léon va être orienté, est également celui qui avait pris en charge Eline avant son décès. Mme B nous parle de son inquiétude à l'idée de se rendre à nouveau dans ce lieu. Alors que nous la questionnons sur cette peur, elle nous précise qu'il s'agit d'une peur d'y retourner plus que d'une peur de ce qui pourrait lui être annoncé. Nous remarquons que Mme B semble soulagée de la charge d'assurer les soins quotidiens de Léon, et est plus disponible à son fils. Nous poursuivons avec un temps de soutien psychomoteur sur le lit de la chambre. Cette séance est la première au cours de laquelle je propose, en autonomie, un temps de stimulation à Léon avec de petits jouets en peluche. L'un d'eux possède un grelot. En déplaçant ce jouet de droite à gauche au-dessus de son visage, je constate que Léon ne s'oriente pas selon la stimulation auditive. Son suivi oculaire, quant à lui, ne tient jamais plus de 5 secondes. Après avoir observé durant les semaines précédentes les gestes de la psychomotricienne, je propose à Léon une posture en enroulement en ramenant son bassin et ses membres inférieurs contre son buste. Immédiatement, je perçois que cet enroulement lui permet, seul, de rassembler ses membres supérieurs. Il parvient alors à orienter sa tête vers moi avec plus de facilité que précédemment. Je parviens même à accrocher son regard

quelques instants. À ce moment-là, Mme B, à droite de Léon, le touche. Je saisis cette opportunité de rendre active Mme B dans mes propositions. Je m'adresse alors à Léon : « Oh ! Qu'est-ce qu'elle fait maman ? Elle te fait des guillis ? », avec l'idée de soutenir l'action spontanée qu'avait eu Mme B. Celle-ci ne s'en saisit pas, elle semble se désintéresser de Léon et s'oriente à nouveau vers la psychomotricienne qui se tient face à elle. Je me tourne à nouveau vers Léon. Dans mes mains, j'ai la sensation de mobiliser un être particulièrement faible : mes mains maintiennent difficilement les différentes parties de son corps qui semblent me couler entre les doigts. Ne parvenant pas à saisir son regard par mon expression faciale ou ma voix, j'ai imaginé qu'une troisième main serait nécessaire pour lui proposer des stimulations. Une sensation de vide m'a parcourue. À l'image d'une pâte à modeler à laquelle on donne une forme, j'ai tenté d'avoir un toucher le plus contenant et soutenant possible. Léon fatigue rapidement, nous cessons donc la séance.

En janvier, lorsque nous nous rendons à nouveau au domicile, Mme B nous informe que, depuis le 23 décembre, une hospitalisation à domicile (HAD) a été fixée. Léon est donc de retour au domicile avec un passage régulier d'infirmières. Les bilans effectués pendant l'hospitalisation n'ont rien donné, seuls les résultats des analyses génétiques n'ont pas encore été rendus, car ils nécessitent un délai d'environ 6 mois. Léon est nourri par sonde nasogastrique. Depuis la mise en place de cette HAD, à chacune de nos interventions à domicile, je propose un temps de soutien de ses acquisitions sensori-motrices. Habituellement, Mme B sort le tapis d'éveil sur lequel nous nous installons pour travailler, mais cette fois, elle ne le fait pas. Nous expliquons l'importance des temps d'éveil au tapis. Mme B nous précise qu'elle n'en a pas eu le temps depuis le début de l'HAD. Léon est laissé soit sur son lit soit sur le lit des parents. Nos interventions à domicile sont donc essentielles pour offrir à Léon des temps d'éveil pendant lesquels des expériences sensori-motrices peuvent avoir lieu. L'hypotonie massive et la plagiocéphalie décrites précédemment, altèrent nettement ses capacités d'exploration. Afin de le rendre disponible à l'interaction et aux stimulations, je commence toujours les séances par un travail de posturation. Nous nous installons au sol sur le tapis d'éveil. Alors que je suis au-dessus de lui, je soulève doucement son bassin et ses membres inférieurs afin de déposer pleinement son dos, dans l'axe. En plaçant les mains de chaque côté de son corps, je propose un enroulement du bassin et des membres inférieurs, que je maintiens du bout des doigts, tout en soutenant le rassemblement de ses membres supérieurs. Au fil des séances, mon toucher est plus assuré, plus contenant, le positionnement en enroulement lui permet d'améliorer le positionnement de sa tête dans son axe. Tout en

maintenant d'une main cet enroulement, je propose alors des stimulations à l'aide de petites marionnettes sur sa joue gauche et autour de son oreille, pour favoriser l'orientation de sa tête sur le côté gauche. J'observe que la posture en enroulement améliore nettement ses capacités d'orientation : la préhension réflexe induite lorsque je dépose dans sa main le jouet est maintenant visible par son regard. Ceci me permet de créer les fondements de ce qui sera ses premières coordinations main-œil. De la même manière, je peux guider physiquement un rassemblement de ses membres supérieurs vers sa bouche qui provoque une succion de ses doigts. Ce travail de stimulation me permet à la fois de soutenir ses capacités d'orientation, mais aussi de fournir les expériences sensori-motrices nécessaires à l'établissement des premières coordinations main-œil puis main bouche. De semaine en semaine, l'évolution de Léon est perceptible mais infime. En mars, alors âgé de 7 mois, cela fait quelques semaines que les mouvements main-bouche, que je devais jusqu'alors soutenir physiquement, sont possibles de manière autonome, mais dépendent toujours de sa vigilance, des sollicitations relationnelles et de la posture dans laquelle on le place.

Lors de ces temps auprès de Léon, j'ai la sensation d'être coupée de l'environnement dans lequel nous nous situons. Je m'aperçois que les discussions que la psychomotricienne entretient avec Mme B ne parviennent pas jusqu'à moi. Je suis pleinement concentrée sur ce qui se joue dans mon contact avec Léon. Pendant ce temps, Mme B ne questionne pas mes interventions, son discours est orienté vers la psychomotricienne, qu'elle tient informée des éléments du quotidien et des difficultés alimentaires de Léon.

8. Le parent, acteur du soin

Toutes ces propositions répondent à notre premier objectif de soin psychomoteur. Cependant, afin de pouvoir répondre au second objectif d'accompagnement, il était important de pouvoir orienter notre regard sur l'interaction mère-bébé et sur la manière dont nous pouvons la soutenir. Ainsi, j'aimerais rendre compte de mon intervention auprès de Mme B dans les temps d'interaction avec son fils. J'ai évoqué précédemment les difficultés de cette mère lorsqu'elle porte son enfant et la rupture que j'observais dans le dialogue tonique. Avant de démarrer la guidance de Mme B dans des ajustements posturaux et relationnels au cours des séances, il était essentiel que je puisse, moi aussi, expérimenter le portage de ce nourrisson. Cela a été le cas lors d'une séance en février. Après un temps de stimulation au tapis pendant lequel je perçois que Léon est particulièrement peu disponible,

je le prends dans mes bras pour le donner à sa maman. Agenouillée au-dessus de lui, je place une main sous son épaule gauche et lui propose une rotation en décubitus latéral gauche. Sa tête, déposée contre ma main, je penche mon buste contre lui pour lui permettre de sentir une continuité dans ses appuis et de ne pas se confronter à la pesanteur de face, en raison de son hypotonie. Une fois debout, Léon est déposé sur mon bras droit. J'ai la sensation qu'il me « tombe » littéralement des bras. Son hypotonie entraîne son épaule gauche à se replier sur son visage. Sa tête penche à droite et je ne parviens pas à capter son regard. Je me rappelle alors le portage de Mme B, continuellement sur son bras droit, la tête de Léon orientée vers l'extérieur. Je décide alors de changer mon sens de portage. Je dépose la tête de Léon sur mon coude gauche, mon avant-bras lui propose un appui dans le dos et ma main maintient l'enroulement de ses membres inférieurs. Avec ma main droite, je lui propose simultanément un appui sous le bassin. Ainsi positionné, son visage me fait face. Ce portage me semble plus aisé. Je parviens plus facilement à maintenir le regroupement et mon portage est plus contenant. Au contact de ce petit corps si léger et si déposé à la fois, j'ai la sensation que je tente d'élargir tous les points de contacts avec lui pour avoir un toucher le plus contenant possible. Un léger recrutement tonique des bras me permet de lui proposer des appuis solides. Je suis alors prise d'une envie de maternage, de lui adresser ces mots : « Tout ira bien » comme pour finalement me rassurer moi-même face à ce vécu angoissant d'avoir à soutenir un petit être si vide de vie. Léon ne réagit pas au son de ma voix ni aux mots que je lui adresse. Il ne me regarde pas. Le reste de mon corps, au contraire, se détend pour assouplir mes mouvements et proposer un bercement. Tout mon corps prend forme comme pour devenir le plus rond et le plus englobant possible. Faire face à mes propres difficultés dans le portage de Léon m'a permis de prendre conscience de toute la complexité qu'il peut y avoir à porter cet enfant.

Alors, la semaine suivante, j'ai proposé un temps d'accompagnement au portage. Nous arrivons au domicile de Mme B, le tapis est installé dans le salon et elle est prête à nous accueillir pour le temps d'éveil. Léon est placé sur le tapis, je m'agenouille auprès de lui. La posture en enroulement est maintenue par mes mains, il porte sa main droite à sa bouche. Je perçois alors qu'il tète cette main. Il est plus disponible. Monsieur T est debout derrière moi, dans le champ de vision de Léon et s'adresse à nous. En réaction au son de la voix de son père, Léon oriente légèrement sa tête à droite, semble regarder dans sa direction et arbore des sourires. Je nomme, pour Léon, ce qui est en train de se passer : « tu entends la

voix de papa au loin qui raconte comment ça se passe pour toi en ce moment ». Mme B, assise à mes côtés, touche la joue gauche de Léon. À nouveau, je nomme : « Tu vois maman ? Elle te touche la joue ». Alors qu'à l'hôpital, quelque temps avant, cette tentative d'interpeller Mme B avait échoué, je vois aujourd'hui que son attitude diffère et qu'elle semble plus attentive. Mme B s'approche un peu plus de nous. Je lui explique alors comment je positionne Léon : déposer son dos sur le sol, enroulement de son bassin, ramener ses membres inférieurs contre son ventre. Alors que la psychomotricienne discute avec Monsieur T, le père de Léon qui était présent au domicile ce jour-là, je continue de soutenir ce temps d'éveil en impliquant au maximum sa maman. Je lui propose d'essayer de positionner Léon en enroulement. Elle s'y engage avec un sourire et me questionne : « Comme ça ? », témoignant de son intérêt à bien faire. Je lui propose alors d'essayer cette même posture dans les bras. Elle prend Léon d'un geste peu assuré. Sa tête vacille jusqu'à ce qu'elle se dépose sur le bras droit de Mme B. Je l'invite à proposer une de ses mains comme soutien au niveau du bassin de Léon. Je la sens attentive mais tendue. Elle arbore un recrutement tonique important du haut du corps, un tonus pneumatique et une respiration coupée. J'approche ma main de la sienne et la questionne : « Je peux ? ». Elle acquiesce et je dépose ma main contre la sienne pour proposer une position plus enveloppante. Je retire ma main et la rassure : « C'est super, vous voyez ». Elle expire et je sens son tonus redescendre. Léon semble déposé dans ses bras, un soupir sort de sa bouche. J'observe cependant que sa tête est à nouveau orientée vers moi, assise face à sa maman. Je me rappelle mon portage dans le sens opposé à celui de sa maman, qui avait facilité ma relation à lui. Alors, je lui propose de porter Léon dans l'autre sens, tout en gardant en tête un éventuel soutien de l'interaction par l'orientation naturelle du regard inhérente au sens de positionnement de Léon. Réticente, elle me précise : « Mais je suis gauchère hein ». Elle le prend dans l'autre sens, je la guide pour retrouver l'enroulement mais cette position entraîne, à nouveau, un recrutement tonique important de Mme B. Je ne parviens pas à la guider vers un relâchement tonique et je la sens moins disponible à Léon. Cette orientation dans le portage, qui m'avait semblé plus pertinente dans mes bras, a finalement mis en difficulté Mme B.

Pendant ce temps de portage, le père de Léon explique à la psychomotricienne son inquiétude au sujet d'un genou de Léon qui semblait faire une sorte de craquement. C'est précisément à ce moment du portage que le genou de Léon émet un craquement. Mme B, assise en tailleur, se redresse d'un coup, s'affole, me fixe dans les yeux et s'écrit : « Oh là là, son genou ! Ah non ! Ça je peux pas ! » Son regard fixe me donne la sensation qu'elle

cherche mon intervention. Elle relâche son portage, le bassin de Léon chute dans le vide, je tends alors le bras pour le soutenir. Cette chute le désorganise, lui aussi, et impacte la disponibilité de Mme B, entravant la qualité du temps de change qui s'ensuit.

Ces propositions de guidance des temps de portage ont nécessité un réajustement de ma part. Les séances suivantes, nous avons guidé Mme B pour qu'elle prenne une position confortable, dans laquelle elle se sente bien avec, pour objectif, de lui permettre de moduler son recrutement tonique. Pour l'accompagner à trouver des appuis dans son environnement, nous avons proposé un coussin d'allaitement autour de son dos, sur lequel reposent ses bras. Dans cette recherche, je fais un parallèle avec mon travail de posturation du corps de Léon, à chacune de mes séances, qui est nécessaire à sa disponibilité au monde alentour. En guidant Mme B à prendre appui sur son environnement, j'espère pouvoir augmenter sa disponibilité à l'interaction avec son fils. Notre accompagnement et la mise en mot régulière du vécu de Léon permettent, de semaine en semaine, de réelles améliorations dans l'interaction entre cette maman et son fils.

9. Une place reconnue dans la fratrie

En mars, alors que nous nous rendons à nouveau au domicile de Mme B après un nouveau temps d'hospitalisation, le sous-sol aménagé en cuisine semble avoir évolué. La pièce est moins encombrée, un canapé et un bureau ont été installés. Au mur, les trois portraits des filles du couple ont été déplacés et accrochés dans cette nouvelle pièce. Je m'aperçois alors, avec joie, qu'un nouveau portrait a rejoint les trois précédents. Nous faisons remarquer à Mme B les changements que nous percevons dans leur logement. Celle-ci nous précise : « Oui, on a même décidé de faire un peu plus de place au petit là-haut ». Nous montons à l'étage. Dès notre arrivée, Léon est agité et pleure. Mme B le prend dans ses bras et propose de petits balancements pour tenter de le calmer. Elle répète : « Ça va, ça va » et, intercalés entre ces « Ça va », de petits « mon fils » se font entendre. En difficulté pour le calmer, Mme B décide de déposer Léon sur le tapis. À ce moment-là, j'observe une réelle amélioration dans les capacités de Mme B à chercher par elle-même des moyens pour apaiser Léon. Ces pleurs témoignant, en réalité, d'une sensation de faim, Mme B propose un temps de nourrissage. Alors qu'elle lui donne le biberon, je la vois s'adosser contre le bord du canapé. Elle s'adresse à nous et perçoit rapidement que Léon émet des geignements

lorsqu'elle nous parle. Mme B nous dit, en rigolant : « Je n'ai pas le droit de vous parler » et oriente son regard vers son fils. Un silence s'installe. Non pas un silence lourd, mais paisible et porteur d'une attention très forte entre Mme B et son fils. Léon pose son regard dans les yeux de sa mère et pendant quelques minutes, lui et sa maman, semblent pleinement ensemble. Alors que nous quittons doucement le salon pour signer la fin de cette visite, nous redescendons les escaliers pour rejoindre le garage, et je pose mon regard quelques instants sur la photo de Léon, exposée aux côtés de ses sœurs. J'ai alors la sensation qu'enfin, cet enfant trouve sa place au milieu de sa famille.

Pour autant que nous observions des évolutions positives dans les liens qui se tissent, cette prise en charge évolue avec de nombreux rebondissements quant à la question du diagnostic. Après plusieurs hospitalisations, aucun diagnostic définitif n'a été posé. Les médecins que nous avons rencontrés s'accordent pour dire que Léon souffre d'une pathologie mais celle-ci n'est pas identifiée. Au niveau métabolique, neurologique et gastrique : les bilans sont revenus négatifs. Une délétion sur le chromosome 15 a été identifiée, mais ne permet pas d'expliquer, selon les médecins, tous les symptômes dont souffre Léon. Lors de la dernière hospitalisation qui a eu lieu en avril, les professionnels de l'hôpital ont utilisé le terme de « dénutrition » auprès des parents de Léon. Ce terme, qui qualifiait l'état d'Eline il y a six ans à son arrivée aux urgences, est très difficile à entendre pour ces parents. De plus, les professionnels ont, à nouveau, évoqué la nécessité d'examen complémentaires dans le même établissement que celui ayant accueilli Eline. Monsieur T, dans un accès de colère, s'est montré violent et a quitté l'hôpital avec Léon, contre l'avis médical. Les équipes de l'hôpital ont donc saisi des professionnels de la protection de l'enfance afin de discuter du danger que représente le maintien à domicile de cet enfant. Finalement, il est convenu que si les parents refusent la prise en charge de Léon dans ce second hôpital, en raison du frein que cela représenterait pour le soin nécessaire à Léon, un signalement sera effectué. Mme B et monsieur T, après plusieurs temps de discussion avec l'équipe de périnatalité, semblent aujourd'hui prêts à accepter cette hospitalisation.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

1. Importance des temps d'observation de la dyade

Questionner cette période de la périnatalité et du soin qui peut s'y installer m'a demandé de penser ma posture professionnelle dans ce cadre spécifique. Ce temps de la périnatalité est, pour les parents et leur bébé, un temps de rencontre. Nos cultures occidentales octroient à cette période la nécessité d'une rencontre qui se fait dans l'intimité du foyer. Lorsqu'un soin est nécessaire, et pour répondre aux remaniements organisationnels de ce début de parentalité, celui-ci peut prendre la forme de visites à domicile. La spécificité du soin auprès de ces dyades, au sein même de leur foyer, réside dans l'adaptation de la posture du professionnel. En effet, accueillir au domicile des individus étrangers au foyer pose la question des limites. Cette frontière, franchie par le professionnel, peut entraîner différentes réponses de la part du parent qui peut se montrer défensif face au risque d'intrusion. Pour percevoir ces enjeux chez le parent et adapter notre posture de soignant, un premier temps d'observation de la famille dans son environnement est nécessaire. Cette observation a été le cœur des travaux d'Esther Bick dans les années 1960. Elle propose alors une méthode d'observation de la naissance aux deux ans de l'enfant, une fois par semaine, qui s'organise en trois temps spécifiques : le thérapeute observe, sans interférer dans les interactions entre le parent et son nouveau-né ; puis un temps de rédaction de compte-rendu est prévu et, enfin, un temps de supervision. L'idée ici n'est pas d'explicitier avec précision les recommandations d'Esther Bick, mais de porter une attention toute particulière à sa conceptualisation de ce premier temps d'observation : le thérapeute « plutôt que de se faire une place dans la famille, (...) a à laisser les parents, et plus particulièrement la mère, lui déterminer sa place dans la maisonnée, à sa façon à elle » (Bick, 1963, cité dans Delion, 2004, p. 7). Le thérapeute prête son espace psychique qui, dans la mesure du possible, se fait vide de toute représentation, connaissance théorique et attendus. C'est avec cette optique que je me suis rendue au domicile de Léon la première fois, prête à me laisser toucher et surprendre. La psychomotricienne que j'accompagne m'a précisé avant de passer la porte d'entrée : « laisse-toi imprégner ». De fait, cette première séance a été particulièrement marquante et j'ai été en difficulté pour être présente psychiquement à ce qui se passait tant la scène observée avait de forts impacts corporels. Comme je le soulignais au début de mon écrit, durant les quarante-cinq minutes de cette première séance, je suis restée debout devant

la porte d'entrée, tétanisée, sans parvenir à m'installer réellement. Au cours des séances qui ont suivi, ces ressentis corporels désagréables tantôt s'estompaient, tantôt réapparaissaient. Mon attention prend alors une double direction, celle dirigée sur les membres de la dyade et sur l'environnement dans lequel ils évoluent, et celle dirigée sur mes propres ressentis corporels. Ce n'est qu'au fil des semaines, que je suis parvenue à mettre en sens mes observations et la fluctuation de mes ressentis. Les temps de bains et de soins, parfois rapides, parfois violents, ont entraîné un recrutement tonique important dans mon propre corps. Là où j'observais un petit être manipulé sans précaution, je me rigidifiais. Vivre cette sidération m'a permis de repérer et d'analyser les incohérences toniques qui étaient à l'œuvre. J'ai également éprouvé à de nombreuses reprises une sensation de malaise qui pouvait naître lorsque j'observais Léon, comme échoué dans les bras de sa mère, non porté, non soutenu. Ma rigidité corporelle apparaissait comme en réponse au corps de Léon, comme une sorte d'identification au mal-être que je l'imaginai ressentir.

Je me suis souvent raccrochée à l'intonation douce des professionnelles que j'accompagnais. Régulièrement, j'ai eu tendance à accrocher mon regard sur elles, comme un agrippement à un repère stable, au milieu du chaos environnant. Au cours de l'une de nos premières séances, lorsque l'infirmière a chanté une comptine pour apaiser Léon, j'ai pu observer que l'hypertonie qui était installée en moi s'estompait, parallèlement au bercement de Léon. J'ai alors réalisé que je me balançais, moi aussi, apaisée au même rythme que ce nourrisson. J'ai été guidée dans ce cheminement par les travaux d'Esther Bick précédemment évoqués : observer, sans intervenir, se saisir des mots prononcés et de ceux qui ne le sont pas. Du toucher parfois brusque, parfois doux, parfois présent et parfois si absent. Et de percevoir l'impact de ces différentes scènes sur mes propres sensations. L'ajustement tonique s'est alors imposé dans ma réflexion tant l'hypotonie de Léon me semblait participer aux difficultés d'ajustement entre lui et sa maman. En effet, son hypotonie ne lui permet pas d'être actif dans ces temps de soin, de portage et plus généralement d'interaction. C'est ainsi qu'est apparu mon postulat initial : l'hypotonie impacte les relations précoces. De ce postulat, mon questionnement a été le suivant : en quoi l'intervention psychomotrice permet-elle d'inscrire le bébé hypotonique dans des relations précoces favorisant son développement psychomoteur ? Nos interventions ont donc eu cette première intention : donner des clés à ce nouveau-né pour lui permettre de s'inscrire dans la relation.

2. Le plaisir sensori-moteur vecteur de relation

Cet objectif a été travaillé en lui fournissant des expériences sensori-motrices nouvelles, dans le but de soutenir le développement de ses compétences posturo-motrices. Celles-ci pourront intervenir dans son développement psychomoteur, mais aussi dans sa capacité de relance de l'interaction dans ses relations précoces. En effet, Léon n'est pas en mesure, lorsqu'il n'est pas stimulé, d'être dans une motricité spontanée qui enrichisse ses acquisitions. Son hypotonie massive ne lui permet pas une motricité efficiente, et c'est pour répondre à ce premier postulat que les interventions psychomotrices débutent par ce temps de posturation décrit précédemment. C'est un travail préalable nécessaire pour que nos différentes stimulations puissent s'inscrire chez Léon. L'hypotonie qu'il présente efface la bipolarité tonique évoquée par Suzanne Robert-Ouvray, elle l'écrase au sol et ne lui permet pas des conduites antigravitaires ni un recrutement de la chaîne musculaire antérieure. L'intervention de l'adulte est nécessaire pour poser cette mise en forme du corps qui le rendra plus disposé à l'interaction et à la découverte des nouvelles expériences que nous lui offrirons. Autrement dit, ce travail de mise en forme du corps ouvre un champ des possibles. Suzanne Robert-Ouvray illustre cette idée en parlant de l'étude de Grenier et Amiel-Tison (1985) sur la « motricité libérée » (2020, p. 73). Cette étude montre qu'en offrant, au bébé de moins de trois mois, un appui au niveau de sa nuque, il est en capacité d'afficher une motricité et des compétences relationnelles plus élevées que celles attendues pour son âge. Si l'on fait un parallèle entre cette expérience et l'accompagnement de Léon, on peut alors comprendre comment notre travail de posture du corps de ce bébé, occupe cette fonction de le libérer de cette impossible tenue de tête, pour s'inscrire dans des mouvements qui n'auraient pas pu être observés autrement. La posture correspond au maintien du corps dans une position, c'est une « façon « de se porter vers » » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2012, p. 173). Chez Léon, j'ai pu observer que cet enroulement favorise les mouvements de rassemblement de ses mains au centre de son corps et l'orientation de sa tête dans l'axe de sa colonne vertébrale. Ses mains, jusqu'alors immobiles de chaque côté de son buste, peuvent entrer dans son champ de vision et, au fil des mois, parvenir à se rencontrer l'une l'autre, puis à être découvertes par sa bouche. Cette orientation de la tête dans l'axe de sa colonne permet également que son regard explore de nouveaux éléments. Mireille Gauberti souligne l'importance du regard qui « participe déjà au plaisir sensori-moteur, par les coordinations main-œil, par les articulations intersectorielles (vision-extéroception-proprioception)» (1993, p. 140). Tous ces éléments guident aujourd'hui mes interventions

auprès de chaque bébé que je rencontre : mon observation se dirige toujours, en premier lieu, sur la posture du nourrisson. De celle-ci, seront dépendantes ses possibilités motrices et relationnelles. C'est pourquoi cette posture en enroulement a donc également été proposée dans le cadre de notre accompagnement des temps de portage. Je les évoquerai ultérieurement lorsque j'aborderai notre intervention auprès de Mme B.

Au-delà d'accroître la disponibilité de Léon, le holding et la manière de positionner l'enfant participent aussi à étayer son développement psychique et sa conscience corporelle. En déposant le dos de Léon au sol, je lui permets de ressentir un arrière-fond contenant, rassurant, déterminant une première limite de son corps. Ma main, au-dessus de son corps, pose cette seconde limite (antérieure) qui, couplée à la première, lui octroie une profondeur. Mireille Gauberti précise que « le psychomotricien assemble et contient par son corps l'ensemble de ces sensations et fournit dans un premier temps à l'enfant cette enveloppe protectrice et rassurante qui lui fait défaut » (1993, p. 123). Depuis cette position, de légers mouvements de bascule de droite à gauche me permettent de lui faire expérimenter de petits déséquilibres et d'être à l'écoute des modifications toniques que cela entraîne. Je fais l'hypothèse que cet enroulement, maintenu par des mains porteuses d'un toucher contenant, lui donne accès à ces « sensations centripètes structurantes », première sensation de soi unifié (Robert-Ouvray, 2020, p. 175). Ces mouvements et les sensations qu'elles peuvent procurer mettent en jeu la notion de plaisir sensori-moteur qui me paraît essentielle dans ce travail auprès de Léon. En effet, l'hypotonie massive vient entraver les possibilités d'expériences sensori-motrices menant à une sensation de corps-plaisir. De plus, les difficultés parentales à proposer des temps d'interaction à Léon peuvent entraîner « une représentation de lui-même comme un être inactif sur son environnement » (Lamour et Barraco de Pinto, 2013, p. 113). En ce sens, mon intervention ne s'inscrit pas dans une dynamique purement fonctionnelle, le corps du nourrisson « n'est pas un corps à redresser, ni à dresser (...) mais un corps à éprouver, par le nourrisson » (Gauberti, 1993, p. 122). Le plaisir sensori-moteur est éprouvé par le bébé dans les sensations liées à ses mouvements : « c'est le plaisir du corps qui bouge pour provoquer des excitations sensorielles, extéroceptives, proprioceptives, dont la finalité première semble être les ruptures dans le fond tonique, dans l'équilibre postural, dans les éprouvés corporels » (Gauberti, 1993, p. 140). J'évoquais précédemment le concept d'ajustement de Stern qui consiste à introduire des variations de son tonus, de sa prosodie, de ses gestes pour permettre de modifier l'état du bébé. Il me semble que, pour être dans une

dynamique de soin psychomoteur pour Léon, ce positionnement est essentiel. En effet, « le dialogue tonique est aussi de la rupture, et le psychomotricien est initiateur d'émotions et de sensations nouvelles, pour que s'imaginent et se structurent de nouveaux modes de réponses et de relation avec le corps de l'autre » (Gauberti, 1993, p. 123). Où l'immobilité est installée, je viens inscrire du mouvement et de nouvelles sensations pour Léon. C'est ainsi que je peux observer ses yeux se fermer et les traits de son visage s'adoucir dans un temps de succion de ses doigts ou bien observer une orientation de son regard vers ses mains qui tiennent, dans une préhension encore involontaire, un petit jouet. Selon Mireille Gauberti, la thérapie psychomotrice « tente de l'aider à découvrir l'articulation du plaisir au corps » (1993, p. 138). Les perceptions sensorielles et proprioceptives sont « le seul mode de connaissance » du nouveau-né, « dont l'expérimentation corporelle passe par la tonicité » (Robert-Ouvray, 2020, p. 159). Cette tonicité devient alors mon outil privilégié au travers du dialogue tonique que je propose à l'enfant. Il s'agit de prêter son corps au nourrisson, avec toute la sincérité possible, pour « être « partie prenante-donnante » dans la thérapie face à l'enfant, avec l'implication de son propre plaisir à être là, corporellement présent avec lui, et dans le travail de codage de ce plaisir » (Gauberti, 1993, p. 138). Lorsque je travaille auprès de Léon, je m'aperçois que je me coupe complètement de ce qui se dit autour de moi. Les discussions des autres membres du foyer ne parviennent pas jusqu'à moi. Cette bulle me rend pleinement disponible à ce qui se joue entre moi et Léon. Mon ajustement tonique, l'attention que je porte sur le corps de ce nourrisson en est alors décuplée.

3. Thérapeutique de l'ajustement tonique

L'appropriation du plaisir sensori-moteur est rendue possible lorsque le bébé est en mesure de « maîtriser en partie les rapports entre son corps et le corps de l'autre, les objets, l'espace environnant » (Gauberti, 1993, p. 141). Avant cela, le nouveau-né n'est pas en mesure d'être dans un plaisir sensori-moteur seul, il est dans l'« attente de l'autre » (Gauberti, 1993, p. 140). Le plaisir sensori-moteur passe aussi par la tonicité. En effet, cette tonicité « se sent, se ressent, se transmet » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2012, p. 177), c'est ainsi qu'au contact de Léon, un toucher, porteur d'un tonus élevé ou au contraire plus faible, permet d'influer sur sa tonicité, c'est-à-dire sur son recrutement tonique en réponse aux expériences induites par l'environnement. Ainsi, mon intervention a également pour vocation d'inscrire Léon dans des variations toniques qui dépassent la bipolarité tendu-détendu, dur-mou, pour que s'établissent des strates intermédiaires qui participent à son

processus d'intégration. L'hypotonie massive le paralyse dans des éprouvés du mou, du passif. Les éprouvés liés au dur, au tendu sont plus rares et apparaissent dans les temps de soins qui entraînent une désorganisation massive chez ce bébé. Pour introduire des variations toniques, le dialogue tonique est primordial. C'est « l'élément privilégié de communication entre le psychomotricien et l'enfant » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2012, p. 178). Il permet au bébé d' « éprouver un corps contenu par les contacts sensibles de l'autre, un corps-émotion, corps-relation » (Gauberti, 1993, p. 93).

Cependant, Mireille Gauberti précise que notre intervention consiste à « donner du sens aux réactions toniques et non pas des leçons » (Gauberti, 1993, p. 121). Cette idée a particulièrement éclairé mon ajustement au fil des séances auprès de Léon. La fonction communicante du tonus permet, à qui y est attentif, de saisir l'accord du bébé, mais aussi le malaise, la fatigue ou le refus d'un contact tactile. Travailler auprès des bébés impose d'être à l'écoute de ce que le corps du nourrisson nous dit, au-delà des mots. Le dialogue tonique auprès de Léon a parfois été difficile à vivre. Le contact avec un corps hypotonique et le manque de retour tonique face aux propositions qui sont faites, ont parfois mis à mal mon travail. La sensation de proposer une mise en forme du corps et des expériences sensori-motrices à un bébé dont le corps peine à transmettre ses limites, a parfois pu entraîner un vécu d'intrusion, une peur de dépasser des limites que je pourrais ne pas avoir perçues. J'ai eu l'occasion d'observer de nombreux temps de jeux, de nourrissage, de portage, qui m'ont parfois laissé l'impression d'un corps passif, tel celui d'un poupon que l'on mobilise sans parvenir à saisir à coup sûr quel est son besoin, sa disponibilité. Finalement, comme un apprentissage à chaque séance, les mimiques les plus discrètes, le contact oculaire de plus en plus bref, m'ont aidé à lire ces « non » transmis par Léon, et à cesser les interventions lorsque je ressentais que cela correspondait à son besoin. Sans prétendre être parvenue à m'ajuster à chacune de ses discrètes adresses, je fais l'hypothèse que répondre de manière adéquate à celles-ci permet, tout comme Suzanne Robert-Ouvray le soulignait, d'inscrire Léon dans la relation en lui permettant de trouver sa place dans cette dynamique relationnelle tout en intégrant que ses retours font sens pour l'adulte qui y donne suite. Ces messages préverbaux « ne continuent à être porteurs de sens et à être adressés vers l'autre que s'ils sont reçus, traduits et restitués, transformés et enrichis par cet autre » (Gauberti, 1993, p. 98). C'est ainsi que j'ai pu faire varier la prosodie de ma voix, amplifier l'appui de mes mains sur son dos ou lui nommer la fatigue que je perçois en lui tout en arrêtant une séance. L'objectif ici est de faire exister et de rendre audibles ses discrètes adresses, pour que Léon

perçoive que celles-ci influent sur l'adulte à ses côtés et l'inscrivent, peu à peu, dans l'échange et le dialogue. Pour que cette dynamique ne se réduise pas à nos uniques interactions avec Léon, il est essentiel de porter notre regard sur le second membre de la dyade : Mme B et sur la manière dont nous pouvons lui permettre, à elle aussi, de s'engager dans des relations précoces qui soutiennent le développement psychomoteur de Léon.

4. Soutenir l'intégration

« La première compétence de la mère serait de savoir éveiller les compétences de son enfant » (Robert-Ouvray 2007, p. 101)

« Dans les premiers mois de la vie, et plus particulièrement durant le premier semestre après la naissance, le seul moyen pour le bébé de faire connaître ses besoins et ses tensions est l'expression motrice périphérique » (Robert-Ouvray, 2020, p. 169). Voilà qui signe définitivement les difficultés de Léon qui n'est pas en capacité d'entrer dans ce rôle actif visant à montrer à l'autre ses besoins au travers de ses expressions motrices. Notre intervention s'inscrit alors à cette place de lecture des signaux envoyés par le bébé. Nos lectures nous permettent à nous, mais surtout à Mme B, d'apporter une réponse à Léon. Ainsi, l'état de tension de Léon, une fois lu par sa mère et satisfait dans un intervalle de temps acceptable, lui permet d'éprouver une alternance entre tension et détente, entre besoin et satisfaction. Ceci lui permet de concevoir cette toute-puissance infantile nécessaire, du trouver-créeur de Winnicott, mais aussi, au fur et à mesure, de percevoir que ses adresses ont un impact. Au sujet du temps d'attente entre besoin et satisfaction, Suzanne Robert-Ouvray précise que si cette alternance suit un rythme « supportable pour l'enfant », alors « le temps s'inscrira comme un outil psychomoteur qui participe toute la vie à l'organisation du corps et de la psyché » (2020, p. 160). « Le rythme primaire qui s'établit dans la relation assure au bébé une sécurité émotionnelle et le sentiment de continuité physique et psychique » (Robert-Ouvray, 2020, p. 161). Dans cette dynamique, il m'est apparu essentiel de favoriser les compétences de Mme B dans les réponses qu'elle apporte à Léon. Répondant à la fonction maternelle de symbolisation des vécus du bébé, nous ponctuons nos interventions en nommant les micro-variations que l'on perçoit chez Léon. C'est ainsi que la tétée discrète de la langue devient un appel au nourrissage, que le contact oculaire se transforme en demande à poursuivre. L'idée, ici encore, n'est pas que nos interprétations soient toutes en parfaite symbiose avec les besoins de Léon. À l'image d'une mère suffisamment bonne, la

perfection de nos réponses n'est pas souhaitable. Notre intention est de pouvoir guider Mme B dans une lecture du corps de son fils et, ainsi, comme je l'ai précisé précédemment, rendre à ce dernier toute sa place dans la dynamique relationnelle. Le psychomotricien « fait percevoir au parent les besoins de l'enfant non pas sur un mode éducatif mais en développant chez le parent ses capacités d'identification à l'enfant. » (Urbain-Gauthier et Allegaert, 2009, p. 190). Ainsi, je peux guider par la parole chacun de mes gestes : « Je le mets en boule, je lui fais toucher son pied », afin que Mme B puisse plus facilement se saisir de mes propositions. Suzanne Robert-Ouvray parle de la « fonction d'appel à l'intégration » de la mère (2020, p. 162). Par ce que la mère nomme, elle « aide son enfant à faire surgir ses potentialités », et nomme « l'interprétation de ses signaux moteurs et émotionnels » (Robert-Ouvray, 2020, p. 162). Cette utilisation de la parole permet aussi d'accompagner Léon dans l'intégration de ses vécus puisqu'il « est essentiel pour impulser l'intégration de l'intersensorialité » (Gauberti, 1993, p. 123). Dans les premiers temps de nos interventions auprès de Léon et de sa maman, cette fonction d'appel à l'intégration me semble avoir été occupée par les professionnelles. Puis, au fil des mois, j'ai été témoin de l'appropriation de cette fonction par Mme B. Les signaux de faim semblent plus facilement être lus, ceux de fatigue également. Par les mots qu'elle nous adresse, elle inscrit, verbalement, ce qu'elle perçoit de l'état de tension de Léon. Lorsque le bébé effectue ces adresses à l'autre,

si la mère ne le rejoint pas pour « recharger » cette potentialité énergétique, elle épuise la joie d'attendre du bébé et la richesse de son illusion de maîtriser son retour, et progressivement l'enfant se tait, s'immobilise (...) ou il s'endort comme pour dénier la charge négative de la non-réponse (Gauberti, 1993, p. 140).

Cette première étape de la lecture des signaux corporels de Léon est nécessaire mais ne permet pas, à elle seule, d'établir des relations précoces efficientes. Il a donc également été nécessaire de penser, puis d'accompagner l'ajustement de cette maman à son fils, par le prisme de sa rigidité tonique.

5. Réassurance de la fonction parentale

Le temps de bain que j'ai précédemment restitué me semble illustrer les difficultés d'ajustement tonique et, donc, les impasses du dialogue tonique entre Léon et sa maman. Après l'observation de ce temps où s'entremêlent les larmes, la tension et l'agressivité passive, j'é mets l'hypothèse que Léon est, durant tout ce temps de bain, en proie à des stimulations sensorielles qui le désorganisent sans trouver, dans son environnement, les

ressources nécessaires au rétablissement de son équilibre. Il est rapidement déshabillé, exposé à une différence de température soudaine, au brusque nettoyage de ses yeux et les gestes agressifs permettant de lui donner le médicament avec la pipette sont effrayants. Nu, froid et désorienté, il est soulevé brusquement sous les épaules, recevant la pesanteur de face et rapidement placé dans l'eau chaude. Aucun accompagnement ni verbal, ni gestuel n'est proposé. La désorganisation de Léon augmente à chaque geste brusque de Mme B et celle-ci semble être submergée par la situation, affichant un recrutement tonique de plus en plus haut. Le défaut d'ajustement tonique de Mme B, face aux pleurs de son bébé, entrave sa capacité à être une figure rassurante et contenante. À cet égard, Suzanne Robert-Rouvray mentionne qu'« un corps tétanisé ou un corps mou n'est plus un corps de contact et de communication. » (Robert-Ouvray, 2007, p. 132). Lorsque l'infirmière pose une main sur le ventre de Léon pour l'apaiser, qu'ensuite la psychomotricienne l'enveloppe dans un linge en décubitus latéral et le place dans les bras de Mme B, elles tentent d'éviter que les « manipulations et interventions déstructurantes de sa motricité, incompatibles avec un développement psychomoteur harmonieux » ne se répètent et ne s'inscrivent (Robert-Ouvray, 2020, p. 174). En ce sens, par la prise en compte de l'impact de ces stimulations sensorielles sur le bébé et des propositions d'aménagement qui sont faites à la mère, la psychomotricienne participe « à la restauration de l'interaction » (Gauberti, 1993, p. 94). À l'instar de Suzanne Robert-Ouvray affirmant qu'« un corps tétanisé ou un corps mou n'est plus un corps de contact et de communication », je cherche alors comment intervenir lorsqu'un corps tétanisé (celui de Mme B) rencontre un corps mou (celui de Léon) (2007, p. 132). Comment faciliter la communication et le dialogue tonique entre les membres de cette dyade ? Cette interaction n'est rendue possible que par le travail préalable d'installation de Mme B. L'évolution de nos séances à domicile et la confiance que Mme B nous a accordée au fil du temps, nous a permis de proposer divers ajustements. Peu à peu, ces ajustements l'ont amené à s'engager plus présentement dans les relations précoces mettant en jeu des échanges cohérents et soutenant sa propre parentalité. Au fil des séances, j'observe que la mise en mots est difficile pour cette maman. En revanche, l'ajustement tonique dans les temps d'interaction est, quant à lui, modulable par nos interventions. Dans les temps de portage, par exemple, l'inciter à trouver des appuis dans son environnement extérieur, comme avec son coussin d'allaitement, poser une main contre la sienne, fredonner un air de berceuse et nommer des observations positives rassurantes, ont parfois permis d'apporter un relâchement musculaire chez Mme B et, dans le même temps, permis à Léon de s'apaiser alors qu'il est tenu dans ses bras. Ainsi, « le holding devient le terrain favori des

communications infra-verbales » (Robert-Ouvray, 2020, p. 172). Dans notre discours, nous avons soutenu l'importance de l'enroulement puisqu'il est nécessaire à « l'organisation motrice narcissique du bébé et son exigence de rassemblement centripète » (Robert-Ouvray, 2020, p. 173). Ainsi, guider Mme B à enrouler son bébé dans ses bras et à maintenir son bassin d'une main, permet à Léon d'être plus disponible à l'interaction. Son plaisir, dans le corps-à-corps avec sa maman, est visible lorsqu'on le voit plonger son regard dans celui de Mme B. Aujourd'hui, et après huit mois d'intervention, le tonus postural de Léon s'esquisse pour permettre des enroulements plus actifs et des rassemblements de ses membres supérieurs qui se font sans l'intervention de l'adulte. Son contact oculaire est, lui aussi, plus présent. Tous ces éléments, sur lesquels nous avons travaillé pendant de nombreux mois, lui ont permis d'influer positivement sur sa disponibilité dans les relations précoces. Tout ce travail d'accompagnement du dialogue tonique mère-bébé a pour vocation de répéter des expériences positives d'interaction, afin d'augmenter l'appétence de Léon, mais aussi de sa maman, à initier des temps d'interaction. J'observe d'ailleurs des tentatives d'appropriation de mes paroles et de mes gestes de la part de cette maman. Lorsque je propose un jouet dans la main de Léon, il m'arrive d'observer que, quelques minutes plus tard, sans un mot, Mme B le saisit et initie une stimulation identique à celle que j'avais proposée. Ces courts temps d'investissement me permettent d'observer la manière dont « le parent s'approprie des comportements observés » afin que, par ce travail d'observation, « ses repères identificatoires se renforcent ou même se créent » (Urbain-Gauthier et Allegaert, 2009, p. 190). Dans cette dynamique, il est important de soutenir les tentatives de Mme B et de la réassurer dans cette fonction parentale qui, progressivement, se dévoile devant moi. Ces ajustements toniques auxquels nous sommes parvenus au terme de plusieurs mois d'intervention peuvent paraître infimes. Néanmoins, le contexte dans lequel ils s'inscrivent, à savoir la grande difficulté de Mme B dans sa fonction parentale, les rend à la fois marquants et touchants. En effet, accompagner les achoppements de la fonction parentale nécessite de penser les enjeux psychiques du parent et de l'accompagner à saisir les impacts que ceux-ci peuvent avoir dans ses interactions avec son bébé.

6. Nommer l'indicible

« Les compétences maternelles ne se résument pas à un savoir-faire.

Elles mettent en jeu un savoir-être subordonné à l'histoire affective de la mère. (Robert-Ouvray, 2007, p. 97)

Léon est issu d'une grossesse désirée. Les premiers tests effectués pendant la grossesse ont permis de rapidement amoindrir les inquiétudes de Mme B au sujet d'une éventuelle anomalie génétique, similaire à celle de sa précédente fille. Dès les premiers temps de vie de Léon, nous avons été marquées par cette hypotonie que nous avons d'abord lue au regard d'un retrait relationnel massif. Le discours de Mme B était initialement orienté autour de la prise de poids de Léon, particulièrement faible. Elle expliquait les inquiétudes des professionnels en évoquant la prématurité de son fils. Selon elle, aucune difficulté particulière n'était notable et l'hypotonie massive que l'on percevait ne semblait pas l'alarmer. J'ai alors émis l'hypothèse que Mme B puisse être dans une forme de déni des difficultés de son enfant. Ce travail de réflexion autour de la fonction maternelle de Mme B m'a évidemment guidé à penser le travail de deuil d'Éline, encore très actuel. Mon propos, ici, n'est pas de fournir des hypothèses cliniques se référant au travail de la psychologie, mais de simplement l'aborder pour tenter de penser les enjeux relationnels à l'œuvre chez cette maman. Lors de nos visites, Eline, bien que visible dans le salon familial au travers des portraits, des jouets et présente par son urne, était néanmoins absente du discours parental. Nous avons pu nommer à cette maman nos inquiétudes au sujet de Léon, sans que celle-ci soit en capacité de les reconnaître. Il m'apparaît pourtant clairement que Mme B percevait tous ces éléments qui nous inquiétaient. Cependant, les mettre en mots pourrait venir signifier, acter, confirmer l'impensable : et si Léon était atteint, lui aussi, d'une pathologie génétique ? Et si celle-ci lui ôtait la vie ? Comment investir un bébé lorsque l'impensable le menace ? Accepter l'impensable reviendrait à une attaque narcissique de la fonction maternelle. Nous avons donc nommé nos propres difficultés à être au contact de Léon. Cette verbalisation a pour vocation d'amener Mme B à entendre que ses éventuels ressentis négatifs au contact de son bébé sont partagés, que ceux-ci ne la disqualifient pas en tant que mère. En pratiquant ainsi, le thérapeute permet au parent d'exprimer « la violence que fait surgir en lui son enfant » (Urbain-Gauthier et Allegaert, 2009, p. 1901). Faire entendre nos inquiétudes a donc été un travail conséquent, que nous poursuivons encore aujourd'hui.

La carapace tonique qui se crée à chaque fois que Mme B est en contact avec son fils pourrait alors servir cette fonction de contenance de conflits psychiques insoutenables, d'une tristesse et d'une peur immense. Ces vécus, ainsi niés, la coupent de la relation à son fils et la protègent du risque d'investir une maternité qui pourrait, elle aussi, voir une fin tragique. Lorsque la première hospitalisation a été demandée pour Léon, nous étions, la psychomotricienne et moi, présentes au domicile. Nous avons assisté à un effondrement de cette maman et au lever de ce contrôle massif, laissant apparaître les inquiétudes mortifères jusqu'alors contenues en elle. « Ça recommence, c'est pareil, ça recommence », « Éline, c'était pareil ». Pour la première fois, Mme B faisait exister Eline dans son discours et exprimait à haute voix ce qu'elle s'attachait inconsciemment à refuser. Pour autant que cette étape offre une avancée dans le deuil d'Eline, elle s'accompagne d'une autre souffrance, celle qui intervient quand le déni laisse la place à la réalité ; étape que nous avons provoquée en exprimant nos inquiétudes. Gauberti mentionne ce rôle du professionnel : « Pour les parents, les interventions du psychomotricien signifient l'officialisation implacable et irrémédiable du handicap, et le thérapeute revoit les expressions de souffrance et d'agressivité qu'ils ne savaient pas vers où et à qui adresser » (Gauberti, 1993, p. 95).

Ces éléments sont importants à garder en tête mais ils ne doivent pas nous entraîner à mettre au cœur de notre intervention l'élaboration psychique de ce travail de deuil. L'objectif de notre intervention est de soutenir la relation entre cette maman et son fils, et de permettre à Mme B d'investir son bébé au travers de relations précoces étayantes, permettant « de libérer l'enfant des projections mortifères qui font obstacle à un investissement positif de l'enfant réel. » (Urbain-Gauthier et Allegaert, 2009, p. 190). J'ai moi-même eu des difficultés, dans les premiers temps d'élaboration de mon travail clinique, à décrire cet enfant. Je me rappelle une séance auprès de ma maîtresse de mémoire, qui, une fois ma situation clinique exposée, me questionna : « Je vois bien la situation clinique que tu décris, mais Léon, qui est-il, autrement que « l'après Eline » ? ». En ce sens, et après avoir poursuivi mon raisonnement autour de notre intervention, je pense que ce travail d'accompagnement de la relation mère-bébé passe aussi par le soutien de la rêverie parentale. C'est-à-dire pouvoir faire exister Léon en tant que sujet, autrement que par le seul prisme des difficultés pour lesquelles nous nous rendons à domicile. « Par son regard porté sur l'enfant, le soignant donne place et valeur à l'enfant « réel ». » (Urbain-Gauthier et Allegaert, 2009, p. 190). Progressivement, Mme B nomme ses inquiétudes, s'adresse plus facilement à son fils, est en mesure de lire les adresses pré-verbales qu'il lui transmet mais surtout peut, de manière

modérée, s'y ajuster. De l'impossible accordage des premiers temps, naît aujourd'hui un ajustement. Cet ajustement, couplé aux compétences posturo-motrices et relationnelles qui ont été soutenues chez Léon, permet que s'esquissent des relations précoces qui puissent répondre favorablement au développement psychomoteur de Léon.

7. Le psychomotricien, au cœur de la dyade

J'aimerais, pour la dernière partie de cet écrit, prendre un peu de recul sur cette situation clinique et évoquer l'importance du cadre d'intervention et de la posture du professionnel dans la spécificité des visites à domicile. Cette modalité d'intervention introduit le professionnel au cœur de la dyade et de l'environnement familial. Elle nécessite de se plonger pleinement dans l'environnement familial, d'être en capacité de s'y ajuster et, en même temps, de pouvoir y conduire nos interventions. En effet, le psychomotricien, au contact direct des défaillances parentales et de corps-à-corps percutants, peut voir naître en lui différentes émotions envers le parent, lesquelles peuvent mettre à mal le travail d'élaboration. J'évoquais, au début de cette partie théorico-clinique, l'impact corporel qu'avaient pu avoir les différentes scènes porteuses de violence auxquelles j'ai assisté. Au fil des séances, divers sentiments envers Mme B se sont mêlés à mes observations. De l'initiale sidération, l'incompréhension et parfois la colère se sont manifestées. L'envie d'intervenir pour retirer Léon de ces bras abrupts. Et parfois une forme de résignation, de sentiment d'impuissance. Ces éléments sont à penser comme « la simple marque de notre humanité à laquelle l'autre ne manque d'être sensible » (Boutrou, 2021, p. 191). Il m'apparaît essentiel de ne pas omettre ces premières sensations, de les accueillir et d'être capable peu à peu, de leur donner du sens pour ajuster notre positionnement au regard des difficultés du parent. « Là où le professionnel se démarque de l'ennemi ou de l'ami, c'est dans sa capacité à faire avec ce qui le touche » (Boutrou, 2021, p. 191). En ce sens, au gré de mes ressentis, ma posture s'est ajustée pour trouver une place intermédiaire entre la rigidité induite par la sidération, et le collage dans les corps-à-corps heurtants. Naviguer de l'un à l'autre, de Mme B à Léon. Il s'agit d'« accepter d'être touché, mais de pouvoir, dans le mouvement suivant « reprendre sa forme » » (Boutrou, 2021, p. 191). Tout ce travail est facilité par la prise en charge en binôme. Après plusieurs mois à expérimenter cette modalité d'intervention, celle-ci me paraît tout à fait pertinente pour ces temps de soin à domicile. La mise en mots, le travail d'élaboration et de partage avec mes collègues m'a permis de prendre le recul nécessaire pour remettre en marche ma pensée, parfois sidérée devant les

comportements agressifs de Mme B. Finalement, l'empathie soignante prend, peu à peu, place lorsque l'on se laisse porter par l'histoire du parent. Cette empathie nécessaire au soignant dans la dyade mère-bébé est parfaitement décrite par Nadine Urbain-Gauthier et Heidi Allegaert :

Chez les soignants, vis-à-vis des deux partenaires de la dyade, l'engagement émotionnel de l'intervenant permet le partage d'affects et l'identification aux besoins de l'un et l'autre, ce qui stimule la « reprise » interactive entre les partenaires souvent engagés dans des impasses résultant des souffrances indicibles. » (2009, p. 196)

À cet égard, je remarque combien a été bénéfique le fait de pouvoir nommer, après chaque séance, nos ressentis. Cela permet de remettre la distance nécessaire, parfois effacée par la dimension intrusive de la visite à domicile et du corps-à-corps avec le bébé. Un relais s'effectue alors naturellement entre la psychomotricienne et moi avec, pour l'une, des temps plus actifs de prise en charge auprès de Léon ou de sa maman et, pour l'autre, des temps d'observations pour saisir des éléments invisibles pour celle qui occupe la première position. De plus, ce relais aide à faire face à l'impact émotionnel suscité par la situation et, enfin, offre une plus grande disponibilité psychologique. « L'une des modalités possibles pour conserver une nécessaire distance est le recours au cadre. » (Boutrou, 2021, p.191). Au-delà de nos interventions réalisées en binôme, l'organisation et le cadre de nos interventions sont également essentiels pour assurer une place pertinente pour chaque acteur du soin et pour les parents. « L'aménagement spatio-temporel des séances protège l'élaboration d'une image maternelle en posant l'irréductible différence entre le thérapeute et la mère » (Gauberti, 1993, p. 93). Impliquer Mme B dans chacun des temps d'intervention psychomotrice auprès de Léon, brise les limites spatiales qui peuvent s'installer lorsque la mère devient le témoin d'une interaction. Faire exister le parent dans les adresses de Léon en nommant « Tu entends papa ? », « Tu sens maman qui te touche le bras ? », permet, tout au long de l'interaction psychomotricienne-bébé, de faire exister le parent et d'éviter que s'installent des enjeux compétitifs entre le parent et le thérapeute. « La thérapie se structure alors spatialement à l'intersection de l'intérieur et de l'extérieur de l'espace relationnel mère-enfant pour que l'un et l'autre réinvestissent un mode de communication où ils parviennent à se retrouver, protégés et vitalisés par la présence corporelle du psychomotricien » (Gauberti, 1993, p. 93). Lors de cet accompagnement, dans cet espace mère-bébé, la confiance gagnée peu à peu auprès de Mme B nous a permis des allers-retours pertinents et fructueux pour répondre à nos objectifs de travail.

CONCLUSION

Lorsque j'ai introduit cet écrit, j'évoquais mon appétence à exercer en périnatalité en raison de l'importance que j'accorde à la précocité des soins dans la relation parents-enfant. Après de nombreux mois de stage, cet attrait ne s'est pas amoindri. J'ai particulièrement apprécié évoluer auprès de ces mamans et de leurs bébés. J'y ai découvert une pratique où l'ajustement règne. J'ai, en ce sens, pu aiguïser mon regard psychomoteur à la lecture des signaux corporels et, surtout, penser l'ajustement qui en découle. Là où les mots ne suffisent pas, à eux seuls, à entretenir le lien entre une jeune mère et son nourrisson, par notre regard porté sur le corps, nous ouvrons un nouveau champ de communication entre le parent et son bébé et favorisons ainsi une rencontre. Ce fut le cas pour Léon et sa maman.

J'ai évoqué dans ce mémoire les incohérences toniques qui étaient à l'œuvre entre Léon et Mme B, et la manière dont mère et bébé, successivement, pouvaient mettre à mal leur lien. Avec cet objectif premier de permettre des relations précoces favorisant le développement psychomoteur de Léon, il me semble que nous sommes parvenus à guider Mme B dans des ajustements posturaux, toniques et affectifs. Ceux-ci lui ont permis d'investir des temps d'interaction pour aller à la rencontre de cet enfant réel. En parallèle, mon accompagnement auprès de Léon m'a aidé à saisir la dimension thérapeutique du dialogue tonique et lui a permis de développer des compétences posturo-motrices favorisant ses capacités à entrer en relation. Finalement, les interactions entre Léon et Mme B ont été considérées dans des perspectives multidimensionnelles. J'ai pu évoquer les aspects sensoriels, toniques et même affectifs, qui, une fois pensés dans leur complémentarité, permettent de créer les conditions nécessaires à des interactions précoces cohérentes. L'enjeu de notre intervention était de soutenir la communication entre ces deux corps à ces différents niveaux : sensoriel, relationnel et tonique. Permettant que chacune de ces infimes rencontres, à chacun de ces niveaux, favorise le lien d'attachement et la relation entre Léon et sa maman.

L'exercice en périnatalité, et plus particulièrement les visites à domicile, m'a demandé de jongler entre différentes places. J'ai précédemment évoqué les impacts qu'avaient pu avoir ces différents rôles sur moi et les difficultés auxquelles j'ai dû faire face : entrer en contact avec un nourrisson sans élan vital, tenter d'établir une alliance

thérapeutique avec une mère très en difficulté dans sa capacité d'élaboration. Le travail de rédaction de ce mémoire m'a conduit à mettre en sens ces difficultés. Le raisonnement qu'il m'a poussé à avoir m'a aidé à ajuster mon intervention auprès de Léon et de Mme B, mais aussi auprès des autres dyades que j'ai pu rencontrer. Par la lecture d'autrices telles que Suzanne Robert-Ouvray ou Mireille Gauberti, j'ai pu saisir les enjeux psychiques des expériences corporelles du nouveau-né et le rôle crucial que les relations précoces y jouent. En tant que future psychomotricienne, et avec mon bagage de psychologie, j'ai la sensation que c'est à ce carrefour, entre psyché et corps, que ma future pratique se dessine.

Au terme de cet écrit, il me reste à aborder un point : celui de l'ajustement de notre projet thérapeutique et de la mise en perspective de ma problématique à la lumière des évolutions de la pathologie de Léon. Si j'ai, dans un premier temps, conçu mon raisonnement clinique en utilisant le terme de « développement psychomoteur », il m'est rapidement apparu que ce terme pouvait être précisé : il s'agit de proposer un accompagnement de ce qui sera le fondement, les bases de ses futures acquisitions, quelles qu'elles soient. Les maigres progrès observés chez Léon, et l'accumulation des symptômes dont il souffre alarment les médecins. L'avenir de Léon est évoqué en synthèse pluriprofessionnelle et les médecins envisagent la mise en place de soins palliatifs. Notre intervention psychomotrice dans le cadre du service de périnatalité mérite alors, elle-aussi, d'être repensée : comment réajuster nos objectifs de soin au regard des perspectives actuelles d'évolution de la pathologie de Léon ? Dans ce mémoire, je me suis attachée à montrer de quelle manière nous, psychomotriciennes, nous pouvions soutenir, porter psychiquement la relation mère-bébé, malgré l'hypotonie, malgré les défaillances parentales et malgré un contexte de deuil périnatal. Nous nous heurtons aujourd'hui à nouveau à une sidération liée à cette perspective de fin de vie, et malgré cela, la mise en mouvement des professionnels qui s'ajustent pour soutenir ce qui est à vivre, me pousse à nouveau à aborder cette notion cruciale d'ajustement. Alors comment imaginer ce travail de soutien de la relation, malgré ce contexte de soin palliatif ? Quelques pistes de travail émergent, dont celle de l'utilisation d'un protocole de guidance parentale par vidéo. C'est un média que Mme B apprécie particulièrement et qui pourrait, selon moi, permettre une meilleure identification des adresses non-verbales de Léon et des réponses que Mme B lui apporte. Cela permettrait de guider cette maman dans une réflexion en après-coup, dans laquelle elle ne serait plus submergée par ses angoisses immédiates. Quoi qu'il en soit, tout reste à construire, à penser et finalement, comme je n'ai eu de cesse de le répéter au long de cet écrit : à ajuster.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. (1956). Intégration de la motilité. In G. Labès & F. Joly, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité Volume 1, Corps, tonus et psychomotricité* (p. 49-54). Editions Du Papyrus
- Ajuriaguerra, J. (1985). Organisation neuropsychologie de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-opstural et aux modes précoces de communication. In G. Labès & F. Joly, *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité Volume 3, Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce* (p. 307-321). Editions Du Papyrus
- Boutrou, J.-F. (2021). Au domicile. In M. Dugnat, F. Poinso, N. Collomb & N. Lechevallier (Dir.), *Tout commence ici*. En acte(s)
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Un parcours de recherche*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.bulli.2007.01>
- Bullinger, A. (2007). Perspectives théoriques pour l'étude du développement sensori-moteur. In A. Bullinger, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Un parcours de recherche* (pp. 23-47). Toulouse: Érès.
- Bullinger, A. (2007). Le concept d'instrumentation : son intérêt pour l'approche des différents déficits. In A. Bullinger, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Un parcours de recherche* (pp. 49-60). Toulouse: Érès.
- Bullinger, A. (2007). La régulation tonico-posturale chez le bébé. In A. Bullinger, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Un parcours de recherche* (pp. 76-80). Toulouse: Érès.

- Bullinger, A. (2007). Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson. In A. Bullinger, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Un parcours de recherche* (pp. 81-92). Toulouse: Érès.
- Bullinger, A. (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>
- Bydlowski, M. (2008). *La dette de vie: Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Presses Universitaires de France.
- Delion, P. (2006). Introduction. In P. Delion, (Dir), *L'observation du bébé selon Esther Bick: Son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui* (p. 7-30). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.delio.2006.01.0007>
- Gauberti, M. (1993). *Mère-enfant ; à corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*. Elsevier Masson.
- Guédeney, N., Barbey-Mintz, A. & Atger, F. (2012). 5. Développement de l'attachement. In P. Ferrari, & O. Bonnot, (Dir.), *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (p. 30-45). Cachan : Lavoisier.
- Lamour, M. & Barraco de Pinto, M. (2013). Rencontre et soins psychiques des nourrissons en souffrance et de leur famille dans des situations à haut risque psychosocial. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 60, 109-130. <https://doi.org/10.3917/rppg.060.0109>
- Le Peintre, M. (2022). *Observer et accompagner autrement le développement psychomoteur*. Philippe Duval.
- Quevauvilliers, J. (2009). Hypotonie. In *Dictionnaire médical* (p. 472). Elsevier Masson.
- Robert-Ouvray, S.-B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée De Brouwer.
- Robert-Ouvray, S.-B. & Servant-Laval, A. (2012). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. In P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret (Dir.), *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.-B. (2020). *Psychomotricité du bébé. La construction des liens corps-esprit*. Desclée De Brouwer ; (Œuvre originale publiée en 2004)
- Salbreux, R. (2004). 113. Hypotonies. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: 4 volumes* (p. 1971-1983). Paris : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.diatk.2004.01.1971>
- Urbain-Gauthier, N. & Allegaert, H. (2009). L'observation : un soin de la relation parent/bébé en psychiatrie. *La psychiatrie de l'enfant*, 52, 167-199. <https://doi.org/10.3917/psy.521.0167>
- Winnicott, D.-W. (1958). *La relation parent-nourrisson*. Payot.
- Winnicott, D.-W. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1997). *La mère suffisamment bonne*. Payot.

Vu par la maître de mémoire

A Lyon, le 14/05/2024

Claire MORANDET, psychomotricienne

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Claire Morandet', with a long horizontal stroke extending to the right.

Auteur : Aurore GUÉRET

Titre :

Deux corps s'ignorent

Un regard psychomoteur sur l'ajustement tonique dans les relations précoces.

Mots - clés :

Mots clés : dialogue tonique – hypotonie - relation précoce - parentalité

Key words: tonic dialogue – hypotonie - early relationships - parenting

Résumé :

L'accompagnement psychomoteur en périnatalité nécessite de penser l'intervention dans sa double dimension d'un regard porté sur le nouveau-né et d'un second porté sur le parent. Dans cette situation clinique, les relations précoces qui lient ces deux êtres, sont mises à mal par une incohérence tonique entre le corps hypotonique du nouveau-né et l'hypertonie de sa maman. L'approche psychomotrice révèle comment il est possible de faire communiquer ces deux corps, l'un rigide et l'autre mou, afin d'inscrire le bébé hypotonique dans des relations précoces favorisant son développement psychomoteur.

Psychomotor support in perinatal care requires us to think in terms of the dual dimension of looking at both the newborn and the young parent. In this clinical situation, the early relationships that bind these two beings are undermined by tonic incoherence between the hypotonic body of the newborn and the hypertonicity of his mother. The psychomotor approach reveals how these two bodies - one rigid, the other soft - can be made to communicate, so that hypotonic baby can enter early relationships that promote his psychomotor development.