



HAL
open science

Les poupées russes ou l'identité de mère en construction

Camille Dupré

► **To cite this version:**

Camille Dupré. Les poupées russes ou l'identité de mère en construction. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00921438

HAL Id: dumas-00921438

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00921438v1>

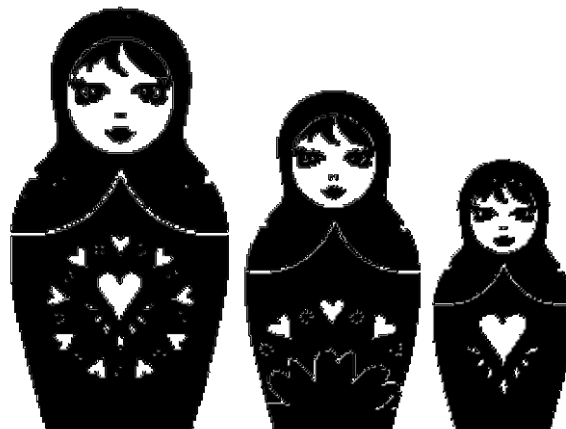
Submitted on 20 Dec 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'État de Psychomotricien

Les poupées Russes, *ou l'identité de mère en construction*



**Les poupées russes,
*ou l'identité de mère en construction***

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui de près ou de loin,
ont rendu possible l'écriture de ce mémoire.

Merci à Marie-Laure Potel
pour son accueil chaleureux.

Merci à Florence Goehringer et à toutes les soignantes de l'unité
qui m'ont accompagnée au long de l'année.

Un grand merci à Claire Musitelli
pour le temps consacré et l'énergie déployée. Le travail avec elle, fut très précieux.

« Quand l'infirmière l'a posée, si petite, sur ma poitrine, j'ai inventé mes premières caresses, mes premiers baisers, mon premier souffle de maman, son petit corps contre le mien, ces gestes neufs et étrangement familiers, cet amour tout frais mais que je connais si bien. Ma toute belle je lui ai dit, ces mots qui viennent de si loin, ma toute belle me disait maman quand j'étais petite, ma toute belle, je n'en reviens pas qu'elle soit si réussie, la précision de ses traits, de ses petites oreilles, de ses paupières, elle est parfaite, je l'ai reconnue tout de suite, c'est Elle évidemment, on se connaît si bien, il n'y avait personne et maintenant il y a quelqu'un et je suis la mère de ce quelqu'un. »

Justine Lévy, Mauvaise fille

AVANT-PROPOS

Les poupées russes ? Drôle de titre me direz-vous pour un mémoire sur la maternité. Mais la signification va vous apparaître au fil de ces lignes. Je ne cache pas non plus, ma joie d'avoir un mémoire du nom d'un film de C. Klapisch que j'affectionne tout particulièrement.

Le choix du titre est une chose, le choix du sujet une autre. Il reste encore difficile pour moi, d'identifier les raisons personnelles qui m'ont orienté vers ce thème pour le moins anodin. La maternité n'a jamais cessé de me fasciner. Dans mes jeux d'enfants, dans mes lectures, dans mon empathie pour les femmes enceintes, il est cet intérêt qui revient. D'un point de vue purement biologique, la grossesse est un phénomène tout à fait fascinant. À l'intérieur même d'une personne, à partir de deux uniques cellules, va se créer et se développer une toute nouvelle vie humaine.

Je n'ai jamais vécu l'expérience de la maternité. Pourtant, il persiste en moi l'intime conviction que cela n'est pas si évident qu'il n'y paraît. Aussi, j'ai voulu me rapprocher de ces femmes vivant la maternité. Un stage en unité petite enfance m'a offert une première opportunité de les rencontrer. Les ateliers de chant prénatal ainsi que le suivi en cabinet libéral d'une femme enceinte, m'ont permis d'enrichir mon travail d'élaboration.

L'idée d'un thème autour de la maternité a germé dans ma tête bien avant cette troisième année. À l'instar du bébé d'abord pensé, créé, puis fantasmé, ce mémoire a pris corps à mesure que j'avais dans ma pratique. Non sans mal, il a connu certains aléas qui ont failli venir compromettre sa réalisation.

Mon projet était d'aborder la question de la maternité du côté de la femme qui va devoir apprivoiser ce corps changeant, habité par un nouvel être pour finalement lui donner vie et se faire naître en tant que mère.

Au décours de mes recherches et de mes observations, il m'est apparu que la maternité ne se restreignait pas à la seule personne de la mère. Si la mère n'existe pas sans l'enfant, elle n'existe pas non plus sans le père et ses propres parents.

Aussi, il s'agit ici, d'hommes et de femmes, de pères et de mères, de parents d'enfants qui à leur tour deviendront père ou mère et réorganiseront la dynamique familiale. Au cœur même de ce processus où les identités se rencontrent, se soutiennent et s'englobent, se dessinent nos poupées russes.

Les poupées russes sont à l'image de la mère, multiple et unique à la fois. J'aime l'idée de penser la maternité selon cette association, avancée un jour par ma maître de mémoire. La femme va devoir composer avec son identité de femme, l'identité de sa mère, celle de l'enfant qu'elle a été, celle de l'enfant qu'elle porte et qu'elle va mettre au monde, afin de faire émerger son identité propre de mère. Si cela est vrai pour elle, cela se décline pour son conjoint, sa propre mère, son enfant ... Les poupées russes s'étoffent ainsi. L'heureux hasard veut que les poupées russes soient symboles de fertilité et renferment en leur noyau, un bébé.

L'identité de mère n'est pas figée, au contraire, elle se construit dans le mouvement permanent du processus de maternité. Ce processus figure la voie de passage, de la femme qui devient mère, de l'enfant qui glisse du corps maternel vers la vie réelle, de l'homme qui devient père ...

Pour moi, ce mémoire ouvre une voie de passage vers un statut, une identité nouvelle de professionnelle.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
Partie théorique « On ne naît pas mère ... »	9
1. De la femme à la mère	10
1.1. La préparation à la maternité.....	10
1.1.1. La maternogénèse.....	10
1.1.2. Le désir d'enfant.....	13
1.1.3. La maternalité	14
1.2. Le temps de la grossesse	15
1.2.1. Les modifications physiologiques	15
1.2.2. Lecture psychomotrice de la grossesse	17
1.2.3. La psyché maternelle	18
1.3. L'épreuve de la naissance	21
2. La dyade mère-enfant	22
2.1. L'attachement	22
2.1.1. Au niveau biologique	23
2.1.2. Du côté de l'enfant.....	23
2.2. La peau, comme mode de relation	26
2.3. La préoccupation maternelle primaire.....	28
3. Le père et la fonction paternante	30
3.1. La personne du père.....	30
3.2. Le père et l'enfant.....	31
3.3. Le père et la mère	32
4. Le processus de maternité mis à mal	32
4.1. De l'origine des difficultés maternelles	32
4.2. De la conception à la délivrance	34
4.2.1. Le déni de grossesse	34
4.2.2. La dépression anténatale	34
4.2.3. Les manifestations psychiques aiguës de la grossesse et de l'accouchement.....	35
4.3. Les difficultés de la naissance	36

4.3.1.	Le blues du post-partum.....	36
4.3.2.	La dépression du post-partum.....	37
4.3.3.	La psychose puerpérale	38
Partie Clinique La voie de passage.....		39
1.	Les mamans chantantes.....	40
1.1.	Le chant prénatal.....	40
1.2.	Les ateliers de chant prénatal	41
1.3.	Dispositif de l'atelier	42
1.4.	De l'intérêt psychomoteur du chant prénatal.....	44
1.5.	L'expérience du chant prénatal	45
2.	Madame L. et Jean, un dialogue de sourds.....	49
2.1.	L'unité petite enfance.....	49
2.1.1.	Le fonctionnement de l'unité.....	49
2.1.2.	Le travail à l'unité.....	50
2.2.	Anamnèse.....	52
2.3.	Évaluation psychomotrice	53
2.4.	Le projet thérapeutique	55
2.5.	La prise en charge de la mère et l'enfant	57
2.5.1.	L'appel à la mère	57
2.5.2.	L'enfant sans voix	59
2.5.3.	Un premier accord	60
3.	Éva, les mots avortés.....	62
3.1.	Anamnèse.....	62
3.2.	Dispositif de la prise en charge	63
3.3.	Projet thérapeutique.....	64
3.4.	Prise en charge et évolution du travail.....	65
3.4.1.	Premières rencontres avec Éva, entre désarroi et tâtonnement.....	66
3.4.2.	Poursuite du travail et début d'accordage	69
3.4.3.	De la dyade vers la tryade.....	71

Discussion À même le corps	74
1. Matrices	75
1.1. Un espace pour accueillir	75
1.2. Le corps des mères	77
1.3. L'engagement bienveillant.....	78
2. Liens	80
2.1. Reconnaissance par les pairs.....	80
2.2. Je me reconnais, je te reconnais	82
2.3. L'alliance thérapeutique	83
3. Structures	84
3.1. La médiation corporelle	85
3.2. Espace transitionnel, espace relationnel	86
3.3. La question du tiers	87
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	93
ANNEXES	96
Annexe 1 :	96
Annexe 2	98
Annexe 3	99
Annexe 4	100
Annexe 5	101
GLOSSAIRE	102

INTRODUCTION

Si « on ne naît pas femme, on le devient », nous pouvons tout autant convenir du fait que l'on ne naît pas mère, on le devient. Féminité et maternité ne sont pas obligatoirement liées l'une à l'autre. Elles sont deux perspectives à envisager distinctement.

Entre apologie idéalisante et réduction au seul aspect biologique, la conception de la maternité continue d'évoluer. Aussi, émerge au sein de la société, une identité nouvelle de mère. La femme, libérée du poids de l'existence d'un instinct maternel, aborde la maternité de manière différente. La contraception et les progrès médicaux en matière de suivi de grossesse, ont largement contribué à modifier le destin féminin. Il dépend désormais de la femme d'engager, de poursuivre ou non une grossesse et de devenir maman.

Ainsi distanciée de la fonction physiologique du corps, la maternité n'est plus réductible à l'enfantement et ne va plus forcément de soi. Elle ne se limite pas aux seules modifications physiques et physiologiques participant à la nidation, à la gestation et à l'accouchement. Un remaniement survient également au niveau psychique.

La maternité est à considérer comme un processus qui se déploie depuis l'enfance, bien avant le désir concret d'enfant et qui se poursuit au-delà de la naissance du bébé. La grossesse est un moment particulier où le corps plus que jamais rencontre la psyché. Les changements biologiques, physiques et psychiques interagissent. La femme ainsi traversée, est amenée à devenir mère de l'enfant qu'elle porte.

Mais la maternité n'est pas l'apanage du seul sexe féminin. Le père y prend part au delà de sa seule fonction génitrice. Il apporte à sa compagne, un étayage et reconnaît en elle la mère de son enfant. Dans un mouvement commun, ils vont se construire en tant que parents.

S'il est à envisager comme tel, le processus de maternité n'est pas pour autant linéaire. Chaque femme le vit d'une manière qui lui est propre, alliant son vécu passé à son environnement actuel, tout en se projetant dans le futur. Il arrive parfois que le processus connaisse des accrocs voire des ruptures. Il apparaît alors des difficultés maternelles.

Les difficultés liées à la maternité sont encore difficilement appréhendées par la société. Elles laissent entrevoir le fait que l'amour maternel ne puisse être indéfectible. La mère et l'image maternelle habitent et animent. Aussi, l'amour absolu d'une mère relève de l'incontestable.

Pourtant, les difficultés rencontrées par certaines femmes lors d'une maternité existent bel et bien et se doivent d'être entendues, pour parer à d'éventuelles conséquences dramatiques.

Dans la prise en charge des mamans en devenir, et au-delà même de l'abord des difficultés maternelles, la psychomotricité paraît pertinente. L'aspect psychique et corporel de la grossesse et de la maternité lui confèrent une place auprès de ces femmes, afin d'étayer, de permettre ou de restaurer le lien avec leur enfant.

Comment par un travail à médiation corporelle, le psychomotricien peut-il accompagner le processus de maternité ?

Nous tenterons d'apporter une réponse à cette question, en présentant dans un premier temps, le processus de maternité tel qu'il s'inscrit dans le temps, de ce à quoi il fait appel ainsi que des difficultés qu'il peut connaître.

Nous nous intéresserons ensuite à l'histoire de femmes qui ont en commun de vivre la maternité et au sein de laquelle, le corps paraît être un support privilégié à exploiter.

Nous pourrions de cette manière, appuyer notre développement autour de l'intérêt que peut prendre un travail du corps, par le corps dans l'accompagnement du processus de maternité.

Partie Théorique

« On ne naît pas mère ... »

1. De la femme à la mère

La maternité est à la fois, une transformation et une construction. L'ensemble des considérations suivantes, s'entendent au sens d'une progression globale. Une étape ne conduit pas inéluctablement à la suivante. La femme pour parvenir à être mère, a à faire un travail intégratif de longue haleine.

1.1. La préparation à la maternité

Le développement suivant, est effectué au regard de la psychanalyse. Il est à envisager comme inscrit dans une temporalité, en mouvement permanent. Nous le décrivons ici, par rapport à la personne de la mère. En deçà, nous pouvons tout autant lire ce qu'il en a été pour sa propre mère, et ce qu'il en sera pour son enfant à venir.

1.1.1. La maternogénèse

Il est un processus en jeu depuis la prime enfance qui prépare la femme à un éventuel déploiement de ses moyens psychiques afin de devenir mère. J. M. Delassus nomme ce processus *maternogénèse* au sens où il s'inscrit dans une dynamique proche de la psychogénèse. Au cours de la maternogénèse, on peut distinguer quatre stades. Le premier n'ayant pas de début particulier, il se confond avec les origines.

1.1.1.1. La constitution de l'originaire

Cette étape survient chez le tout-jeune enfant. Aussi, elle est exempte de toute remémoration. Elle donne lieu à la formation du *maternel*. Le maternel, selon C. Anzieu-Premmereur « serait une entité fonctionnelle qualifiant autant les soins physiques et psychiques reçus par le nourrisson »¹. Le Moi*² n'étant pas encore élaboré, le bébé n'identifie pas les choses comme différentes de lui. Dans sa relation

¹ ANZIEU-PREMMEREUR C., « Fondements maternels de la vie psychique » in *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LXXV, Paris, PUF, décembre 2011, p.1449.

² Tout mot suivi de ce symbole * sera défini dans le glossaire.

au monde via sa mère et son propre corps, il fait l'expérience fondamentale de la totalité. L'enfant ne perçoit pas tant sa mère dans les soins qu'elle lui procure mais il voit en elle le maternel. À partir du maternel, s'élabore la perception de l'originaire. « L'originaire est un état d'esprit résultant d'une vision du monde, des choses et de soi-même tel que ce qui apparaît, prend la forme de la totalité et la confère au sujet percevant»³.

1.1.1.2. La rupture du syncrétisme

La rupture du syncrétisme* marque la fin du temps de la petite enfance, en d'autres termes la fin du maternel et le début d'une première forme d'autonomie. La capacité à rompre le syncrétisme est issue de la qualité de l'imaginaire. Il faut pour cela, que les soins aient été adaptés et suffisants. La mère doit être dans les termes de D.W. Winnicott, une *mère suffisamment bonne*⁴, à la fois présente et compétente conservant toutefois, une part de défaillance. Ainsi, l'enfant peut reprocher au représentant maternel constant et efficace, la différence qui s'est introduite entre ce qu'il était et ce qu'il est devenu. Le maternel est alors détaché de la personne de la mère qui fait désormais figure d'officiante. L'originaire procure et assure un sentiment de soi. L'enfant rompt ainsi avec sa première enfance, et se fait naître lui-même.

1.1.1.3. L'auto-attribution du maternel

Le maternel est désormais libre, il est conçu indépendamment de l'existence de la mère. Il est alors considéré comme une qualité, une fonction, une possibilité ou encore un état que l'on peut s'attribuer. C'est le moment de la psychogénèse où divergent les chemins de la petite fille et du petit garçon. Ce dernier ne peut plus se reconnaître au genre dont font parties les mères et renonce à ce qui est pour lui une impossibilité naturelle. L'appartenance au genre féminin de la petite fille lui confère la

³ DELASSUS J.M. (2007), *Le sens de la maternité*, Paris, Dunod, p.105.

⁴ WINNICOTT D.W. (1956), « La préoccupation maternelle primaire » in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot (1969), p.289.

possibilité de se rêver maman. Elle est à la fois tributaire de l'originare, mais elle est aussi celle qui peut choisir de le poursuivre. Séparée de sa propre figure maternelle, elle peut s'attribuer inconsciemment l'état naturel de mère et reconnaître qu'elle peut en être porteuse et actrice.

1.1.1.4. La confirmation par le père

Le rôle du père est indispensable et déterminant dans ce processus de construction psychique. Il y a, chez la petite fille, un décalage entre une réalité évidente et envisageable pour l'avenir au niveau inconscient et le démenti qu'y apporte la réalité immédiate. Aussi, il est nécessaire que le père intervienne pour venir confirmer l'avenir maternel.

La petite fille se présente à son père avec « un lourd sentiment d'infériorité sexuelle », qu'elle cherche à compenser dans une relation privilégiée avec lui. Dans les paroles et les actes de la vie courante, se joue la question latente du maternel. Le père doit l'entendre afin d'y répondre de manière non explicite mais significative. Ainsi, il « permet l'inscription du désir de l'inconscient dans la réalité »⁵. De plus, la parole du père initie l'attente et prépare la réalisation au sens où il est le garant du temps de la virginité, « c'est-à-dire de la période pendant laquelle se fortifie et devient réelle la toute puissance intacte de pouvoir et savoir être mère »⁶.

Dans la continuité de ce processus de maternogénèse, s'inscrit un autre processus, celui de la *maternité* qui amène la femme à devenir mère de l'enfant qu'elle porte.

⁵ DELASSUS J.M. (2007), *Le sens de la maternité*, Paris, Dunod, p.112.

⁶ Ibid., p.112.

1.1.2. Le désir d'enfant

Le désir d'enfant s'élabore ainsi au fil de l'enfance. Il « serait la traduction naturelle du désir sexuel, dans sa fonction collective, d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle, de transmettre l'histoire personnelle et familiale »⁷. Aussi, le désir d'enfant associe des significations conscientes et inconscientes. Désirer un enfant, c'est se souhaiter parent et par là même, faire perdurer la filiation. Les réalités inconscientes font généralement appel du désir infantile et de la résolution du conflit œdipien.

Élément essentiel à la fois à la naissance de ce désir et à la filiation féminine, la femme doit reconnaître en sa mère deux images paradoxales, celle d'une mère rivale œdipienne ainsi que la force du lien avec la mère précœdipienne. Dans ce double mouvement d'identification et de réconciliation, la femme va pouvoir s'autoriser à être mère à son tour et « symboliquement priver sa mère de la fécondité, la repousser d'une génération vers la mort »⁸. Les imagos parentaux occupent alors une large place inconsciente, dont la mère fait figure de médiateur. Selon M. Bydlowski, psychiatre et psychanalyste, la femme en donnant naissance à son tour, va régler la dette de vie à l'égard de sa mère qui l'a fait naître. L'enfant scelle ainsi la dette entre les deux femmes et les inscrit au rang de mère à travers les générations. « Cette dette d'existence, dette symbolique [...] que l'enfant vient incarner, renvoie bien à ce fait [...], que par l'enfantement, singulièrement par le premier enfant, une femme accomplit son devoir de gratitude à l'égard de sa propre mère. »⁹

Le désir d'enfant peut ainsi se concrétiser en désir du fœtus. La conception est bel et bien une rencontre à trois. Pour F. Dolto, « le fait que l'embryon vive et que la mère ne « fausse couche » pas atteste le fait qu'il y a un désir partagé de vie »¹⁰.

⁷ BYDLOWSKI M. « Transparence psychique de la grossesse et dette de vie » in DUGNAT M., *Devenir père, devenir mère, la conception, la naissance, les premiers mois du bébé*, Paris, Éres, 1999, p.76.

⁸ DAYAN J. (dir.), ANDRO G., DUGNAT M. (2003), *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson, p.5.

⁹ BYDLOWSKI M. (1997), *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, p.165.

¹⁰ LIAUDET J.C. « L'héritage de Françoise Dolto : L'enfant est une personne » in *Label Franc*, 2001, n°43.

Le désir de grossesse parfois, peut se confondre avec le désir d'enfant. Ce qui est alors souhaité n'est plus tout à fait l'enfant mais bien le sentiment de plénitude et de complétude apporté par l'état de grossesse.

1.1.3. La maternalité

Le terme et concept de *maternalité*, est développé en 1961 par le psychiatre et psychanalyste P.C.Racamier à l'issue de ces observations de femmes souffrant de psychoses du post-partum. Adapté de l'anglais *motherhood*, il désigne alors une phase dans le processus de développement de la femme, dont l'échec peut faire émerger un état délirant.

Plus précisément, la maternalité désigne une phase du développement psycho-affectif de la femme qui s'effectue à l'occasion de la maternité qui « devient un stade d'évolution »¹¹. Elle fait appel à des modalités d'organisation intrapsychique, principalement inconscientes. Elle se situe dans le prolongement des phases antérieures dont elle dépend fortement. Elle se définit comme l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme, lors de la maternité.

Ce processus parcourt tous les stades de développement, jusqu'à la configuration œdipienne. La mère est unie à son nouveau-né dans une relation anaclitique* et paradoxalement, l'éprouve comme une partie d'elle même. Le processus de maternalité l'amène progressivement du narcissisme vers l'objectalité.

S. Stoleru définit la maternalité de la femme comme « l'ensemble organisé de ses représentations mentales, de ses affects, de ses désirs et de ses comportements en relation avec son enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu au cours de la grossesse ou déjà né »¹².

La maternité est pourvoyeuse de deux vécus à la fois opposés et complémentaires, la perte et l'actualisation. La perte recouvre plusieurs formes : la

¹¹ DELASSUS J.M. (2007), *Le sens de la maternité*, Paris, Dunod, p.58.

¹² STOLERU S., « Aspects conceptuels » - Parentalité, in HOUZEL D., EMMANUELLI M., MOGGIO F., *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 2000, p.492.

perte de l'enfance, la perte de l'objet maternel et le deuil de l'enfant imaginaire. L'actualisation des affects et des représentations que suscite les éprouvés de la grossesse et de la naissance, correspond à la reviviscence des conflits infantiles, des traumatismes et des deuils. D'une manière générale, ces sentiments entraînent une réorganisation et non, un démantèlement de la personnalité. Ces états se constituent progressivement pendant la grossesse et initient la transition de la naissance vers la vie future.

Riche de ces étapes de développement psychique, la femme va pouvoir si elle le souhaite entamer une grossesse, pour aborder et vivre ce temps de la maternité avec le lot de changements qu'elle implique.

1.2. Le temps de la grossesse

Le terme de grossesse désigne à la fois l'« état de la femme entre la fécondation et l'accouchement » et l'« ensemble des phénomènes [...] durant lesquels l'embryon, puis le fœtus se développe dans l'utérus maternel »¹³. Elle dure en théorie neuf mois, soit 40 semaines et demie. L'avancée de la grossesse est datée en semaine d'aménorrhée* (SA). Ce qui porte le terme à 42 SA.

1.2.1. Les modifications physiologiques

Pendant la grossesse, l'ensemble des systèmes physiologiques sont remaniés pour permettre l'adaptation des fonctions de l'organisme maternel. Ces modifications permettent non seulement le développement et la croissance du fœtus, mais préparent l'accouchement à venir. Les modifications sont très nombreuses et peuvent à elles seules faire l'objet d'un long développement. Mais notre propos n'est pas là. Aussi, nous allons dresser un tableau global mais non exhaustif des changements

¹³ *Le Petit Larousse Illustré*, Paris, Larousse, 2013, p.523.

physiologiques¹⁴ qu'implique la grossesse. Les modifications physiques et morphologiques sont inhérentes aux changements physiologiques.

D'une manière générale, le début de grossesse s'accompagne d'une augmentation de la température du corps. Au deuxième trimestre, elle retrouve une régularité avec une tendance à la baisse en fin de grossesse. La prise de poids quant à elle, est inéluctable en raison de l'apparition de nouveaux tissus indispensables au développement fœtal, la croissance de certains tissus ainsi que l'augmentation des dépôts lipidiques. En moyenne, la prise de poids chez une femme enceinte à terme, se situe entre 9 et 12 kg.

Du reste, les signes observés chez la femme lors d'une grossesse sont assez aléatoires. Des manifestations telles que la somnolence, l'asthénie*, les nausées, les aversions alimentaires ou les modifications de l'appétit peuvent être remarquées. L'approche du terme est généralement marquée par l'émergence de l'anxiété, des difficultés de sommeil et l'apparition de douleurs diverses.

Des modifications au niveau anatomique, sont également en marche pendant la grossesse. Il y a également une recrudescence du travail cardiaque qui influence directement la tension artérielle par les fluctuations du débit sanguin dans les artères et les veines. Ces adaptations fonctionnelles en plus de changements anatomiques font accroître les besoins en oxygène. Ainsi, plus la femme avance dans sa grossesse, plus elle est sujette à l'hyperventilation.

Les reins augmentent en taille et en masse. La sécrétion d'urines est amplifiée. La compression de la vessie par l'utérus qui gagne en volume, participe à l'élévation de leur excrétion.

Au niveau dermatologique, la peau subit une hyperpigmentation des zones physiologiquement plus pigmentées. La pilosité connaît elle aussi, une augmentation significative.

¹⁴ Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, *Modifications physiologiques de la grossesse*, Support de cours, Janvier 2011, Université Virtuelle de Maïeutique Francophone, Nantes.

1.2.2. Lecture psychomotrice de la grossesse

Les changements physiologiques de concert avec les remaniements psychiques entraînent des modifications que l'on pourrait dire psychomotrices.

La posture et l'attitude générale du corps connaissent une évolution significative, parfois même avant les premiers changements physiques. La posture peut se situer du côté de la lordose lombaire portant le ventre en avant et sollicitant la chaîne musculaire* postéro-antérieure supportant l'extension axiale. À l'inverse, la femme peut préférer une posture d'enroulement avec une cyphose dorsale marquée, sollicitant la chaîne musculaire antéro-médiane, typiquement associée à la mère, et protégeant son ventre du regard comme des chocs éventuels. La prise de poids participant de la modification de la silhouette influe sur la posture. Le centre de gravité se trouve poussé en avant. Le buste s'incline vers l'arrière pour compenser.

Le corps pendant les neuf mois de grossesse, change et évolue de manière considérable, rapide et parfois brutale. Pendant ce laps de temps, la femme va devoir intégrer les perceptions nouvelles afin d'élaborer un nouveau dessein de ce corps mouvant. Le *schéma corporel* doit s'adapter à la nouvelle réalité. La femme enceinte doit appréhender une façon plus adaptée de bouger son corps dans l'espace. *L'image du corps* est elle aussi, très fluctuante pendant la grossesse. La femme a alors le « sentiment intense d'un brouillage de l'image de soi. [...] Identifiée tantôt au ventre maternel, tantôt au fœtus, la femme connaît un moment de désorientation, de brouillage des limites »¹⁵. La femme va devoir composer avec l'image de son corps avant la conception, les idéaux et les représentations de son état de grossesse. Le regard de l'entourage et du futur père en particulier ont une incidence directe sur l'élaboration de cette image temporaire.

Les perceptions cénesthésiques et sensorielles ne sont pas significatives pendant la grossesse. Elles sont propres à chacune. Certaines vont percevoir leur

¹⁵ SPIESS M. « Le vacillement des femmes en début de grossesse » in *Dialogue*, 2002, n°157, p.50.

ventre de manière intense soit en raison des mouvements du bébé, de douleurs ou de contractions. A contrario, certaines ont du mal à sentir les mouvements du fœtus et peuvent le vivre comme frustrant.

Le rapport à l'espace et au temps est différent pour la femme enceinte. D'une part, la femme est tournée vers son propre corps porteur de son enfant. Aussi, l'espace environnant est moins investi et à l'approche du terme. D'autre part, il devient nettement plus complexe à investir du fait de la limitation des capacités d'exploration spatiale. La perception du temps est elle aussi, altérée. Les rythmes binaires connus jusqu'alors sont remodelés comme le rythme veille/sommeil, faim/satiété. De plus, le terme de la grossesse pose une échéance qui définit les activités et les projets, actuels et à venir.

1.2.3. La psyché maternelle

1.2.3.1. Une crise de maturation

Au vu de l'ampleur des modifications somatiques, hormonales et psychologiques, la maternité est considérée comme véritable étape du développement psychoaffectif, au même titre que la crise d'adolescence. C'est d'ailleurs le caractère intégratif de cette crise qui lui confère le statut de phase de développement à part entière. Au regard de cette considération, le concept de maternalité peut être envisagé.

Pour le mouvement qu'elle impose à la personnalité, la maternité peut être considérée comme l'entend M. Erickson, en tant que crise d'identité. Les principaux signes sont « un défaussement du moi par rapport aux mécanismes de défense, fluctuation et fragilité du sens de l'identité, mode régressif des relations d'objet, avec confusion de soi et d'autrui, évanescence et flottement du self »¹⁶. Les structures psychiques sont alors aussi labiles, mouvantes et fragiles que lors de la période d'adolescence.

¹⁶ DELASSUS J.M., BOUREAU-LOUVET V., CARLIER L. (2010), *L'aide-mémoire de la maternologie*, Paris, Dunod, p.32-33.

Selon H. Deutsch, la personnalité et le devenir en tant que femme se trouvent affectés lors d'une maternité. Pendant la grossesse, la mère investit son enfant à la fois comme une partie de son moi et comme un objet extérieur « envers lequel elle répète toutes ses relations objectales positives et négatives avec sa mère »¹⁷. Pour D. Stern, il s'agit d'une nouvelle organisation du psychisme de la femme qui se développe pendant la grossesse, emprunt d'un ensemble « de comportements, de susceptibilités, de fantasmes, de peurs et de désirs »¹⁸ spécifiques. Éva, dont il est question dans la partie clinique, se trouve dans une telle disposition.

La grossesse fait émerger chez la femme des conflits anciens de l'enfance et place au premier plan la relation avec sa propre mère. Il est important qu'elle trouve en elle « une bonne image maternelle » afin de la reconnaître en tant que telle.

Aussi, la future mère se trouve aux prises de bouleversements identitaires, comparables en intensité aux remaniements psychiques en jeu à la puberté et à la ménopause. « La régression narcissique qu'elle entraîne peut révéler les fragilités psychiques antérieures jusqu'alors voilées, tout comme elle peut donner une chance de relance à la constitution de la personne »¹⁹.

1.2.3.2. La transparence psychique

Il existe donc une modification naturelle de la vie psychique des femmes pendant leur grossesse. Selon M. Bydlowsky, la femme enceinte est douée d'une capacité de *transparence psychique*. Le psychisme de la femme enceinte possède cette singularité qui font que « des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience »²⁰.

¹⁷ DEUTSCH H. (1949), *La Psychologie des femmes : La maternité*, Tome II, PUF, 2002.

¹⁸ STERN D. N. (1997), *La constellation maternelle*, Paris, Calmann-Lévy, p. 223.

¹⁹ BAYLE G. (1997), *Paul-Claude Racamier*, Paris, PUF, p.35.

²⁰ BYDLOWSKI M. « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne », in *Devenir*, Volume 13, N°2, 2001, p.41.

La parturiente traverse un « véritable état de grâce »²¹ qui convoque en elle, des conflits psychiques anciens. Elle se trouve alors confrontée à sa propre enfance dans ses relations à ses premiers objets d'amour. Ainsi, la femme va établir des corrélations entre ce qu'elle vit et ce qu'elle a vécu dans sa prime enfance.

Dans cette période de remaniement, la femme peut éprouver le besoin de trouver une aide et ce, généralement auprès d'un intervenant extérieur à son environnement. Il s'agit certes d'un « appel à l'aide » mais non d'un « appel au secours permanent »²². Là, est toute la différence d'avec les difficultés maternelles pathologiques.

1.2.3.3. La relation fœto-maternelle

Dès la vie fœtale, la future maman interagit avec son bébé. Ils partagent alors un moment de vie commune, unique. Qu'elle le reconnaisse déjà ou non comme son enfant, ce bébé est porteur d'investissements multiples, conscients ou inconscients qui l'élève au rang d'enfant imaginaire. Riche de ses contenus psychiques maternels, la femme élabore des interactions fantasmatiques avec son bébé. L'enfant possède à ce moment là, un double statut. « Il est présent à l'intérieur du corps de sa mère et de ses préoccupations mentales et pourtant il est absent de la réalité visible. Il est actuel et en même temps, il n'est représentable que par des éléments du passé »²³. Éva nous le verrons, a bien du mal à se représenter son bébé avant que celui-ci ne bouge pour lui signifier sa présence.

Le fœtus dans la cavité utérine est en lien direct avec sa mère avec qui il entretient des relations organiques extrêmement étroites ; « la mère et le bébé sont pris dans un corps à corps sans médiation, ils investissent un espace unique, saisis

²¹ BYDŁOWSKI M. « La relation fœto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus », in LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1995, p.1885.

²² *Ibid.*, p.1885.

²³ BYDŁOWSKI M. « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne », in *Devenir*, Volume 13, N°2, 2001, p.42.

ensemble dans une enveloppe commune »²⁴. La sensorialité du fœtus est développée relativement tôt pendant la grossesse participant de l'instauration d'une communication bébé/environnement. Le fœtus est sujet à des excitations diverses qui modifient son équilibre et constituent un premier lien avec le monde extérieur.

« La mère a souvent avec lui, un dialogue imaginaire et verbalisé, soucieux à la fois des réactions immédiates du fœtus et du futur de l'enfant à venir. C'est la période où elle lui devine un sexe, et où elle prévoit son aspect, elle lui prédit une vie [...] Elle s'imagine en même temps mère, plus ou moins compétente en fonction de son expérience. »²⁵

1.3. L'épreuve de la naissance

Si la grossesse trouve une fin dans la naissance de l'enfant, cette dernière est une transition qui amorce la poursuite du processus de maternité. « L'accouchement est un acte, une expérience, un avènement tant physique que psychique. »²⁶ Il est empreint d'une intensité sans pareil. C'est le moment de la rencontre avec le bébé vivant qui s'incarne dans la réalité.

Il fait souvent l'objet de peurs, d'angoisses et d'inquiétudes nourries par les fantasmes et les représentations d'une épreuve corporelle. Il fait appel de l'intime, exposant au grand jour le plus profond de l'être, somatique et psychique. Il peut être parfois associé à des images mortifères plus qu'à des images de vie et de promesses à venir.

Il marque le passage de l'enfant vers le monde externe qui élève l'homme et la femme au rang de parents. À ce sens, il peut s'inscrire dans la continuité d'une maternité en cours et amorcer la suite. Mais, ayant pu être vécu comme effractant

²⁴ GAUBERTI M. (1993), *Mère-enfant : À corps et à vie : Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Paris, Masson, p.1.

²⁵ LÉBOVICI S (1983), *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : Les interactions précoces*, Paris, Éditions du centurion, p.324.

²⁶ PRIEUR-RICHARD E., « Une odyssée inconsciente, l'accouchement » in *Psychismes Vivants*, Septembre 2010, p.6

pour la femme, il peut tout aussi engendrer une rupture dans le processus. P.C. Racamier assimile la naissance à une rupture, un traumatisme.

Le moment de l'accouchement revêt un caractère affectif, narcissique et libidinal fort. Il peut de ce fait, être vecteur d'une grande souffrance en lien avec la violence de l'événement qui n'a pu se métaboliser.

Le passage quant il est douloureusement éprouvé, ébranle le narcissisme de la femme qui se trouve endommagé dans son identité féminine et peut constituée dès lors, une rupture dans le processus de maternité. Le sentiment peut être renforcé par l'attitude de l'homme chez qui le traumatisme de l'accouchement a pu engendrer une baisse significative de désir envers sa femme. Le rejet fragilise encore un peu plus un narcissisme féminin et maternel déjà précaire, selon lequel elle ne pourrait être femme et mère, désirable et désirante.

2. La dyade mère-enfant

Le nouveau-né est dépendant de sa mère avec qui il forme une dyade. Mais la formation d'une dyade implique qu'il y ait une mère à cet enfant.

2.1. L'attachement

L'être humain est par définition un être social, un être en relation. Dans l'établissement des relations sociales, l'attachement occupe une place centrale. L'attachement se définit comme « un sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose »²⁷. Il est le résultat d'un ensemble complexe de phénomènes physiologiques et psychologiques, impliquant les deux partenaires de la relation.

²⁷ *Le Petit Larousse Illustré*, Paris, Larousse, 2013, p.81.

2.1.1. Au niveau biologique

Si l'influence de la psyché et de l'environnement, est largement avérée dans le processus d'attachement, la science postule une contribution biologique.

Des données scientifiques récentes mettent en avant l'implication de l'ocytocine dans le processus d'attachement. L'ocytocine est une hormone synthétisée par les cellules de l'hypothalamus et libérée dans la circulation sanguine, par la post-hypophyse. À l'accouchement, la sécrétion d'ocytocine est massive afin de stimuler les contractions des muscles utérins. L'allaitement favorise également la sécrétion d'ocytocine en post-partum. Or, dans le cerveau, l'ocytocine agit comme un neurotransmetteur, elle est impliquée dans le lien et la formation de la confiance entre personnes. De plus, l'ocytocine participe à la reconnaissance de l'autre, condition indispensable à la formation d'un lien social.

De cette manière, nous pouvons supposer que l'ocytocine contribue à l'attachement maternel. Un déficit de sécrétion de cette hormone pourrait de ce fait, contribuer à l'émergence de troubles de la relation mère-enfant.

2.1.2. Du côté de l'enfant

L'attachement du bébé à sa mère a longtemps été considéré du point de vue psychanalytique, comme le résultat d'un système de réponse au besoin de nourriture. Le besoin primaire²⁸ de nutrition, satisfait par la mère, génère une réduction de la tension interne et s'accompagne d'une autre satisfaction d'ordre libidinal. Les pulsions ainsi satisfaites et étayées, vont faire émerger l'objet d'amour.

Pour J. Bowlby, qui place le besoin de contact au premier plan chez le nouveau-né, l'attachement est un système de réactions d'origine instinctuelle. C'est « un lien d'affection spécifique d'un individu avec un autre »²⁹. Le premier lien est généralement

²⁸ Le terme *primaire*, emprunté à la théorie de l'apprentissage, désigne une tendance ou une réaction qui se produit de manière autonome.

²⁹ ZAZZO R. (1979), *L'attachement*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé (1991), p.27.

établi avec la personne de la mère. À l'instar des phénomènes en jeu dans certaines espèces animales³⁰, la survie de l'enfant dépend justement de l'établissement de ce lien. L'attachement est reconnu comme un fait primaire au même titre que la respiration ou l'alimentation. Il se manifeste chez le bébé, par un comportement lui permettant d'établir et de maintenir une proximité voire un contact avec sa mère. J. Bowlby décrit cinq patterns qui rendent compte du maintien de cette proximité mère-nourrisson, que sont la succion, l'étreinte, les cris, le sourire et la conduite de « suivre »³¹.

La réciprocité du processus rend indispensable les interactions entre l'enfant et sa figure d'attachement. Pour ce, la proximité des deux partenaires est nécessaire. Le bébé a des comportements qui vont la favoriser. La sensorialité est à la base même de ces interactions. Dès la vie fœtale, le bébé est doué de compétences sensorielles qui lui permettent à la naissance de distinguer sa mère parmi d'autres grâce en particulier à la vue, l'odorat, et l'ouïe. Le nouveau-né est également capable de répondre aux stimulations spécifiques humaines notamment à celles qui viennent de sa mère. Ainsi, il peut s'inscrire dans l'interaction et la communication et participe à la construction du lien avec elle.

2.1.3. Du côté de la mère

La notion d'attachement est généralement considérée comme le mouvement affectif par lequel se lie l'enfant à sa mère mais elle est plus rarement abordée du côté de la mère. Aussi, M. Klaus et J. Kennell, deux pédiatres Américains ont élaboré la théorie du bonding³². Partis de constats éthologiques, ils décrivent un pattern spécifique de comportements de maternage apparaissant après la naissance. Lors du premier contact corporel avec son enfant nu, la mère aurait envers lui des mouvements d'exploration. Certes, les attitudes de maternage participent à l'attachement, mais

³⁰ Les éthologistes LORENZ (1949) et TINBERGEN (1951) décrivent le phénomène de l'empreinte, à l'œuvre chez la plupart des oiseaux et chez certains mammifères : Les petits sont génétiquement prédisposés à maintenir une proximité avec un individu particulier dès les premières heures de vie.

³¹ Traduction française du terme exact de *following* qui désigne l'action de suivre.

³² Le mot anglais *bond* signifie lien.

nous ne pouvons pour autant nous référer à cette seule théorie : Au quel cas, l'attachement de la mère serait le fruit d'un élan affectif primaire et primitif et annihilerait toute possibilité d'élaborer des liens secondaires de qualité en cas de pattern initial dysfonctionnant. Cela signifierait que la situation de Mme L. et de Jean n'aurait aucune issue possible. Or, l'attachement est à penser dans une perspective intégrative.

Les interactions de la mère avec son enfant qui la sollicite et auxquelles elle répond, prennent large part dans le processus d'attachement. Le bébé humain a cette caractéristique de naître dans un état de « dépendance absolue »³³, à la fois physique et affective. Il confie à sa mère la lourde tâche d'assurer sa survie par les soins qu'elle lui procure. Par cette demande non énoncée mais vécue et exprimée, il lui assigne le rôle de mère. Mère et enfant s'influencent mutuellement dans un jeu permanent d'interactions : « ... la mère, [qui], percevant l'agitation et les vocalisations de son bébé, le prend dans ses bras, de manière que le nez du bébé vienne en contact avec son cou. Percevant l'odeur de cette zone corporelle, le bébé modifie son agitation et ses vocalisations, ce qui entraîne chez sa mère de nouvelles manifestations, qui peuvent être comportementales, vocales, verbales, voire sécrétoires »³⁴.

Il y a entre le nourrisson et sa mère un partage des états affectifs qui les traversent l'un, l'autre sans que cela ne se fasse par le langage. Le parent lit l'état émotionnel de son enfant auquel il répond par un comportement manifeste et non, par la simple imitation. Le bébé doit pouvoir comprendre la réponse apportée et la mettre en rapport avec son expérience émotionnelle initiale. Alors, nous pourrions parler d'*accordage affectif*³⁵ au sens où D. N. Stern l'entend.

Les caractéristiques et les compétences du bébé ont une influence directe sur le lien d'attachement, rendant plus ou moins aisés les soins comme les interactions. Elles vont ainsi interférer sur la qualité de la mère à répondre aux signaux et aux besoins de

³³ WINNICOTT D.W (1958), « La première année de la vie » in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot (1969), p.312.

³⁴ MONTAGNER H.(1998), *L'attachement : Les débuts de la tendresse*, Paris, Odile Jacob. p.12

³⁵ STERN N. D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, p.182.

l'enfant, que M. Ainsworth nomme *sensibilité maternelle*. La situation de Mme L. et de son petit garçon rendent effectivement compte de ces considérations.

Au cours du processus d'attachement, l'activité psychique, actuelle et passée, de la mère comme celle de son enfant, sont à prendre en compte. Les comportements et les projections diverses imprègnent et font fluctuer le lien établi. D'ailleurs, les expériences relationnelles vécues dans l'enfance viennent interférer sur l'attachement à l'âge adulte. Selon M. Main, les modèles d'attachement tendent à se reproduire d'une génération à l'autre. En soit, cela correspond à la reviviscence de conflits anciens dans un environnement actuel qui influe tout autant.

2.2. La peau, comme mode de relation

Dans les premiers mois de vie, il s'instaure entre la mère et son jeune enfant une relation peau à peau privilégiée. Tonicité et sensorialité à la base même de cette relation, vont permettre outre la survie du nourrisson, qu'elle investisse sa fonction maternelle. « Pour qu'il la fasse mère, elle a besoin que soit illusoirement et provisoirement prolongé l'état fusionnel, symbiotique des mois de grossesse. Il faut que le corps de son enfant fasse traces, s'inscrive à la surface de sa peau, pour oublier le sentiment de complétude des mois où il était en elle. »³⁶ Les sensations proprioceptives* sont transmises par l'épiderme. La peau est un organe régulateur du tonus, elle intervient dans le développement du caractère et de la pensée.

La contenance est la première fonction de la peau, qui retient à l'intérieur le bon et le plein que procurent l'allaitement, les soins, le bain de paroles. La peau fait également office de maintenance, c'est l'interface qui distingue l'intérieur, de l'extérieur et protège d'éventuels agressions externes. Elle fait également fonction de communication avec autrui par lequel s'établissent des relations significatives. Ces trois fonctions de la peau sont largement sollicitées lors du processus de maternité. La mère

³⁶ GAUBERTI M. (1993), *Mère-enfant : À corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Paris, Masson, p.6.

rencontre son enfant par le biais de la peau. D'abord à l'intérieur de son ventre, la peau contient et maintient physiquement l'enfant à l'intérieur et par ses vibrations, vient contacter le fœtus. À la naissance, le bébé s'insinue à l'extérieur du corps maternel et vient le rencontrer dans un premier contact charnel. « La naissance implique pour la mère que l'extérieur de son corps fasse connaissance avec l'extérieur du corps de son enfant, qu'elle découvre les volumes, la texture, les odeurs de ce corps inconnu porté neuf mois à l'intérieur de son ventre »³⁷.

Riche des gestes maternels, le nouveau-né fait par le biais de la peau, des expériences émotionnelles qui font appel à la confiance, au plaisir et à la pensée. L'excitation première laisse place à une communication infra verbale précoce. La sensorialité tactile partagée avec sa mère procure à l'enfant une sensation d'enveloppe, prémisses et soutien de l'élaboration d'un Moi psychique que D. Anzieu désigne sous le terme de *Moi-peau*. Le *Moi-peau* correspond à « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience à la surface du corps »³⁸.

L'enfant nourrit le fantasme de partager avec sa mère, une peau commune, figurative de leur union symbiotique. Cette illusion permet au bébé de ne pas vivre la différenciation comme un anéantissement. « Le giron maternel constitue un support privilégié actif, qui fait de l'enfant porté un prolongement de son support. »³⁹

La fusion affective des premiers contacts peau à peau se poursuit et évolue vers ce que H. Wallon appelle *dialogue tonique* qui « s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur »⁴⁰ : L'expérience tonique prolonge le fantasme de peau commune dans laquelle mère et

³⁷ GAUBERTI M. (1993), *Mère-enfant : À corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Paris, Masson, p.5.

³⁸ ANZIEU D. (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, p.61.

³⁹ BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, Érès, p.232.

⁴⁰ JOLY F., LABES G. (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1 : Corps, tonus et psychomotricité, Montreuil, Éditions du papyrus, p.193.

enfant retrouvent le plaisir d'être enveloppant-enveloppé. Dans ce partage avec sa mère, l'enfant va pouvoir faire l'expérience des tonicités différentes. « L'interaction de la mère permet la dissolution de l'angoisse psychocorporelle de l'enfant. »⁴¹

L'objet maternel doit être en mesure de fournir à son enfant une *peau psychique* ; elle met à la disposition de son bébé, sa propre expérience de rêverie pour venir soutenir le développement de sa capacité à penser ses propres sentiments, en se sentant contenant et contenu. W. Bion souligne la *capacité de rêverie maternelle* dont est douée la mère. La mère transforme les éléments bruts reçus de son enfant en élément alpha. De cette manière, elle lui permet d'internaliser les projections en leur donnant sens, et lui permet ainsi de tolérer les angoisses.

2.3. La préoccupation maternelle primaire

La femme en passe de devenir maman atteint un état organisé de repli et d'hypersensibilité envers les besoins de son bébé. D. W. Winnicott nomme cet état particulier au temps de la maternité, sous le terme de *préoccupation maternelle primaire*. « Il se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin »⁴², et « il dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant »⁴³. Cet état est généralement exempt de remémoration de la part des mères qui « ont tendance à en refouler le souvenir »⁴⁴.

La parturiente se trouve alors dans une disposition psychique proche de l'état de dissociation, retrouvé dans certaines pathologies psychiatriques. Toutefois, cet état est considéré comme normal dans le processus de maternité. Qui plus est, il est nécessaire que la mère se trouve en état de bonne santé psychique afin de parvenir à cette préoccupation maternelle primaire, de la traverser et d'en sortir dès lors que l'enfant l'en délivre.

⁴¹ ROBERT-OUVRAY S. (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer, p.16.

⁴² WINNICOTT D.W. (1996), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot et rivages, (2006), p.40.

⁴³ WINNICOTT D.W. (1956), « La préoccupation maternelle primaire » in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot (1969), p.287.

⁴⁴ *Ibid.* p.287.

La vulnérabilité émotionnelle de la mère est mise au service du bébé. Elle peut ainsi ressentir et répondre de manière adaptée aux états internes de son bébé. Cette préoccupation s'estompe à mesure que l'enfant intériorise l'absence de la mère et accède à la *capacité d'être seul*⁴⁵.

Par l'intermédiaire des soins et des contacts avec son enfant, la mère étaye son développement psychique. D.W. Winnicott distingue trois fonctions essentielles du maternage, propre de *la mère suffisamment bonne*.

Le *Holding* correspond à la manière dont le bébé est porté et soutenu, tant physiquement que psychiquement, par sa mère. Ce sont les attitudes et les comportements de maternage au décours des premiers échanges mère-bébé qui font la qualité de ce holding. Le holding assure une fonction de maintenance du psychisme, s'étayant sur le Moi-peau. « Le Moi-peau est une partie de la mère - particulièrement ses mains - qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en état de fonctionner, [...] tout comme la mère maintient [...] le corps du bébé dans un état d'unité et de solidité »⁴⁶. Pour J. de Ajuriaguerra, la première phase de cet échange est une phase de désarroi, de tâtonnement pendant laquelle la mère conquiert un savoir-faire et « recherche dans les activités de l'enfant l'information et la confirmation du bien-fondé de son activité »⁴⁷. « Il y a un temps de flottement avant que s'établisse cette mutualité indispensable »⁴⁸. Cette phase tend à se prolonger chez Mme L..

Le *Handling* quant à lui, se rapporte aux manipulations de l'enfant et à ce sens, entretient une fonction plus pragmatique. C'est la façon dont la mère procure les soins quotidiens à son enfant. Il se rapproche ainsi, de la fonction contenante du Moi-peau. Sur fond de handling maternel, l'enfant intègre les limites de son corps et se constitue une intériorité. Ainsi, peuvent s'installer des relations entre le corps et la psyché.

L' *Object-presenting* s'apparente à la mise à disposition de l'objet à l'enfant au moment opportun. La mère apporte à son enfant des informations sur

⁴⁵ WINNICOTT D.W. (1958), « La capacité d'être seul » in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot (1969), p.325.

⁴⁶ ANZIEU D. (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, p.121-122.

⁴⁷ FRAPPAT B. « L'enfant, de l'ébauche à l'être humain » in *Le Monde*, 25-26 janvier 1976, p.16.

⁴⁸ *Ibid.* p.16.

l'environnement. La relation du bébé avec la réalité se met alors en place. L'enfant est encore à ce stade, dans un état de dépendance absolue à sa mère et se trouve dans l'illusion d'avoir créé l'objet présenté. Les carences affectent directement l'object-presenting, soit en qualité, soit en quantité, insuffisante ou excessive.

Mme L. est en difficulté dans ces trois fonctions du maternage.

La mère est suffisamment bonne justement parce qu'elle n'est pas parfaite et infaillible et laisse ainsi à l'enfant la possibilité d'éprouver un désir, structurant en soi car il permet à l'enfant de vivre l'expérience du manque dans laquelle se fonde sa future capacité à être seul. Mais avant d'être une mère suffisamment bonne, il faut qu'elle soit mère.

3. Le père et la fonction paternante

L'arrivée de l'enfant élève l'homme et la femme au rang de parents. Mais si la grossesse assure la certitude sur l'identité de la mère, la légitimité du père n'est pas si évidente. Pourtant, le père occupe une place à part entière dans le processus de maternité.

À la naissance, l'individu s'inscrit dans une filiation et restructure la dynamique générationnelle. Ce « qui le place, à l'âge adulte, à l'intersection de deux axes : un axe vertical et un axe horizontal. Le premier le relie à son fonctionnement familial dans lequel il a vécu toute son enfance ; le second le renvoie aux cotés de ses pairs et notamment de son partenaire. »⁴⁹ La maternité qui survient chez l'individu construit et en relation directe avec son environnement, ajoute à mon sens un troisième axe dynamique qui le situe dans une temporalité et ouvre vers un avenir avec l'enfant.

3.1. La personne du père

Il existe comme chez la femme un désir de paternité. Il se distingue toutefois du désir maternel bien que l'identification à son propre père prenne large part de ce

⁴⁹ ANTOINE C. (2007), *La révolution intérieure : Psychologie de la grossesse et de la maternité*, Paris, Larousse, p.60.

souhait. Il réalise alors, la transposition d'un désir Œdipien, donner un enfant à sa femme. Pendant la maternité, « l'homme est sensible au changement d'état induit par le fait de devenir père, expérimenté tout d'abord à travers le corps transformé de sa femme »⁵⁰.

Que doit-on entendre par *père* ? La psychanalyse distingue le *père réel* du *père symbolique*, et détache la fonction paternelle de la personne du père. La fonction symbolique peut être endossée par une tierce personne garante de la loi, et extérieure au couple mère-enfant. C'est à la mère de l'enfant qu'il revient d'attribuer sa place au père. Ainsi, « un homme est père pour l'enfant si, et seulement si la mère le désigne comme tel »⁵¹. La reconnaissance s'opère au sein du cercle social. Ainsi, la réalité biologique ne définit pas toujours le père. Le père est considéré au-delà de sa seule fonction génitrice.

3.2. Le père et l'enfant

Par la parole de la mère qui reconnaît le père, l'enfant prend conscience que la mère désire un autre que lui. Le *Nom du Père*, concept lacanien et métaphore de la loi, impose à l'enfant une castration symbolique qui le prive du désir de la mère et le constitue comme sujet. Le père a donc une fonction de tiers séparateur. Il permet la mise à distance du monde maternel et le premier accès à l'autonomie de l'enfant. La mère est synonyme d'un dedans, auquel le père apporte un dehors.

L'observation des nourrissons selon E. Bick a permis de mettre en évidence « l'existence d'une dynamique fondatrice père-mère-bébé que nous appelons Unité Originale »⁵². Chaque membre y est indispensable au bien être de l'autre. Dans un étayage mutuel, chacun peut investir son état et sa fonction. Il existe une distinction entre fonction et état parental, car le fonctionnel est en relation avec l'externe et l'état fait appel de l'interne.

⁵⁰ DAYAN J. (dir.), ANDRO G., DUGNAT M. (2003), *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson, p.159.

⁵¹ LIAUDET J.C. (2002), *Telle fille, quel père ?*, Paris, L'Archipel, p.79.

⁵² LACROIX M.B., MONMAYRANT M. (1995), *Les liens d'émerveillement : L'observation des nourrissons selon E. Bick et ses applications*, Ramonville Saint-Agne, Erès, p.117.

3.3. Le père et la mère

Le père fait la mère de multiples façons. De part sa fonction génitrice, il permet que se concrétise le désir d'enfant qui l'animait. Sa présence, pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant, offre à sa compagne un étayage psychique et un soutien pratique qui lui permet d'aborder son nouveau rôle de maman. « On attend du père qu'il procure un contexte de soutien dans lequel la mère puisse accomplir son rôle de mère pendant une période initiale »⁵³. Plus tard, il rend possible l'ouverture de la relation fusionnelle de la dyade. En plus, il donne sens à cette défusion en faisant émerger deux personnes et non plus une seule et unique, une mère et son enfant.

4. Le processus de maternité mis à mal

L'expérience de la maternité, nous l'avons vu, apporte avec elle son lot de bouleversements. Avant la rencontre avec cet autre qu'est l'enfant, c'est une rencontre avec soi-même qui s'opère. La maternité convoque dans le présent, les événements passés pour amorcer un futur.

4.1. De l'origine des difficultés maternelles

La maternité est tributaire de multiples événements. Somme toute, si l'un de ces événements vient à dysfonctionner, le processus se trouve enrayé. La femme peut alors rencontrer des difficultés à élaborer son identité de mère et ce, aussi bien avant, qu'après la naissance de l'enfant. L'émergence de telles difficultés est considérée ici, en dehors de toute pathologie psychiatrique annexe qui viendrait complexifier le processus et placerait les difficultés sur un autre registre.

Au regard de ces considérations, les notions de traumatisme et de carence sont à envisager.

Chaque parcours de vie est empreint d'événements, de conflits, de deuils, conscients ou inconscients, qui ont valeur traumatique. Un événement prend un

⁵³ STERN D. (1997), *La constellation maternelle*, Paris, Calmann-Lévy, p.227.

caractère traumatique dès lors que la tension interne suscitée, déborde l'appareil psychique qui est incapable ni de la réguler, ni de lui donner du sens. Le traumatisme est un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique »⁵⁴.

La carence se caractérise par un manque, une absence de quelque chose. L'aspect carenciel ayant pu concerner les soins, ou les marques d'affection en général, impacte la personne dans sa structuration psychique et émotionnelle. Aussi, la naissance d'un enfant peut faire surgir des difficultés en lien avec un vécu carence.

La *résilience** de B. Cyrulnik nuance un tant soi peu le tableau, ouvrant la voie à la résolution éventuelle du traumatisme. « Quand le traumatisme contraint à la transformation à cause de l'effondrement psychique qu'il a provoqué, la résilience invite à la métamorphose qui transforme une déchirure en force, une honte en fierté »⁵⁵.

L. Carlier pense ces difficultés comme l'expression symptomatique d'une affection plus profonde, et nous amène à considérer *l'effondrement maternel*, en soit « l'intolérable douleur d'une femme qui se sent anéantie par une incapacité maternelle ressentie comme une destruction de soi »⁵⁶.

Les difficultés que peut rencontrer une femme lors d'une maternité, sont nombreuses. D'envergure plus ou moins importante, elles retentissent sur l'enfant et sur le lien qu'elle entretient avec lui. Ce qui très significatif dans le cas de Mme L. et de Jean. P.C. Racamier distingue deux types d'échec de la relation maternelle ; « l'échec de style névrotique dont l'enfant fait la plupart des frais » et « l'échec de niveau psychotique dont la mère la première fait les frais, et par voie de conséquence, son enfant »⁵⁷. Au-delà de ces conceptions, il semble falloir décrypter le malaise et lire les difficultés aussi bien de l'enfant que de la mère. Les dysfonctionnements et les dysharmonies les mettent tout deux en péril.

⁵⁴ LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF (2009), p.499.

⁵⁵ CYRULNIK B. (2004), *Parler d'amour au bord du gouffre*, Paris, Odile Jacob, p.235.

⁵⁶ DELASSUS J.M., BOUREAU-LOUVET V., CARLIER L. (2010), *L'aide-mémoire de maternologie*, Paris, Dunod, p.119.

⁵⁷ BAYLE G. (1997), *Paul-Claude Racamier*, Paris, PUF, p. 83.

4.2. De la conception à la délivrance

Le désir d'enfant et de grossesse n'enraye pas indubitablement l'émergence de difficultés. Qu'elles soient nouvelles ou amplifications de symptômes déjà présent, elles entravent le travail intégratif à l'œuvre dans la maternité.

4.2.1. Le déni de grossesse

Parfois, il arrive que la femme se trouve dans le refus ou l'incapacité à reconnaître son état de grossesse. Le déni de grossesse désigne « toutes les formes de négation de grossesse à participation principalement inconsciente, conduisant la femme souvent tardivement et brutalement à la reconnaissance pleine et entière de son état »⁵⁸.

« La dénégation accompagne le refoulement »⁵⁹, et apparaît ici comme un moyen de défense face à une réalité qui pourrait être vécue comme traumatique. Le désir est refreiné et marqué par la culpabilité. Les perceptions cénesthésiques* quand à elles, sont ignorées. Le clivage psyché-soma est alors massif. D'ailleurs, dans la majorité des cas, le corps ne connaît que très peu de modifications ; L'aménorrhée n'est pas systématique, la prise de poids est minime voire nulle.

Le déni de grossesse est variable dans son expression comme dans son évolution. Toutefois, les conditions qu'il instaure sont plutôt défavorables et constituent un facteur de risque pour la poursuite de la grossesse et de la maternité. Il peut faire le lit de troubles dépressifs, ainsi que des difficultés interactionnelles avec l'enfant.

4.2.2. La dépression anténatale

Des affects dépressifs en lien avec une perception négative de la grossesse peuvent survenir chez la femme enceinte. Si les affects prennent une ampleur suffisamment considérable pour venir altérer le quotidien de la parturiente, alors nous

⁵⁸ DAYAN J. (dir.), ANDRO G., DUGNAT M. (1999), *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson, p.41.

⁵⁹ *Ibid.* p.41.

parlons de dépression anténatale. Le diagnostic est complexe à poser du fait que cette dernière se manifeste par des troubles méconnus, souvent mis sur le compte de la fatigue ou des changements physiologiques divers.

Si l'étiologie de cette difficulté est difficile à élaborer en tant que telle, certains éléments favorisent toutefois l'émergence d'une dépression anténatale. « La primiparité*, et les antécédents d'accidents obstétricaux ou d'avortement, les antécédents personnels de dépression, et les sentiments négatifs ou l'ambivalence par rapport à la grossesse »⁶⁰ sont autant de facteurs de risque.

La dépression anténatale outre le fait qu'elle complexifie l'établissement du lien avec l'enfant, a des répercussions au niveau du comportement de la femme pendant sa grossesse. Aussi, des conduites tabagiques, alcooliques voire l'usage de drogues avec un moindre suivi médical, sont fréquemment retrouvées. Les conséquences pour le bébé, s'en trouvent d'autant plus majorées.

L'évolution vers une dépression postnatale est observée dans un certain nombre de cas, mais elle reste non systématique.

4.2.3. Les manifestations psychiques aigües de la grossesse et de l'accouchement

La grossesse et l'accouchement peuvent faire connaître à la femme des épisodes psychotiques et/ou maniaco-dépressifs. Les fluctuations brutales du taux d'hormones stéroïdiennes participent à l'émergence d'un état délirant ponctuel. Pendant la période anténatale, l'expression émotionnelle est labile et peut être amplifiée chez certaines, qui rencontrent des épisodes mélancoliques alternant avec des périodes d'exaltation maniaque.

Le moment de l'accouchement et la durée plus ou moins longue du travail, peuvent générer un état de confusion momentané, associé à une excitation maniaque ou à des propos délirants. Ce trouble peut prendre une forme plus ou moins sévère. Le caractère étrange et anxiogène de la situation alimente le délire ; La femme « livrée à la douleur, en passe de mettre au monde un enfant, en manque de repères familiaux, ne

⁶⁰ DAYAN (dir.), ANDRO G., DUGNAT M. (1999), *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson, p.38.

[peut] maintenir le contrôle sur son propre corps »⁶¹. Ces instants transitoires de déréalisation peuvent suivre tout accouchement et ne signifient pas nécessairement l'entrée dans la psychose.

4.3. Les difficultés de la naissance

Parfois, c'est le moment de la naissance qui fait survenir des difficultés latentes soudainement révélées.

4.3.1. Le blues du post-partum

Dans plus de la moitié des cas, la jeune accouchée connaît dans les dix jours qui suivent la naissance, une grande labilité émotionnelle. Son état alterne entre accès de pleurs inhérents à des affects dépressifs et exaltation de l'humeur. L'irritabilité et l'insomnie sont également prégnantes. La confusion, les difficultés de concentration et les troubles de la mémoire voire certains épisodes de dépersonnalisation* peuvent s'associer aux fluctuations thymiques. Les manifestations de ce syndrome dysphorique*, appelé *blues du post-partum* sont aiguës mais transitoires et bénignes.

La chute brutale des œstrogènes suite à l'accouchement participe à l'apparition du blues du post-partum. Outre l'aspect purement organique, la femme « doit alors accomplir un travail de deuil en assumant une double perte »⁶²; L'impression de plénitude liée à son état de grossesse laisse place à un sentiment de vide intérieur. L'enfant réel vient chasser l'enfant imaginaire qu'elle avait fantasmé. Qui plus est, elle doit faire face à ses nouvelles responsabilités de mère face à l'enfant vers qui sont désormais dirigées toutes les attentions.

Le blues du post-partum est répertorié comme trouble de l'adaptation car limitant les capacités maternelles, il interfère dans l'adaptation de la mère aux besoins de son nouveau-né.

⁶¹ DAYAN J. (dir.), ANDRO G., DUGNAT M. (1999), *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson, p.51.

⁶² ANTOINE C. (2007), *La révolution intérieure : Psychologie de la grossesse et de la maternité*, Paris, Larousse, p.56.

« Sa durée est variable, de quelques heures à quelques jours. »⁶³ Il trouve une fin sans traitement médicamenteux. L'entourage a là, son rôle à jouer afin de soutenir la jeune femme et de la rassurer quant à ses capacités de maman. Toutefois, le blues du post-partum reste à surveiller dans son évolution, afin de prévenir une éventuelle dépression ou une psychose puerpérale.

4.3.2. La dépression du post-partum

La dépression qui survient chez une parturiente entre deux et huit semaines après son accouchement, voire même un an plus tard, est assimilée à une *dépression du post-partum*. Elle peut faire suite ou non à un blues du post-partum. Elle débute généralement de manière insidieuse avec un temps de latence entre l'accouchement et sa première expression.

La symptomatologie est proche de celle d'une dépression ordinaire, à quelques nuances près. Les difficultés attentionnelles et mnésiques, l'asthénie, la labilité de l'humeur, l'aboulie, l'insomnie et la dépréciation de soi caractérisent l'état dépressif. Ce à quoi viennent s'ajouter dans la dépression du post-partum une perte de l'estime de ses capacités maternelles, avec une forte irritabilité, à l'égard du compagnon ou de l'entourage en général.

L'étiologie est là encore mal connue bien que l'on retrouve des facteurs favorisant. L'âge de la mère peut avoir une influence. Le parcours de vie entre largement en ligne de compte dans ce qu'il a pu être vécu de carences affectives dans l'enfance, de maltraitance physique ou psychologique, de séparations précoces. Les difficultés périnatales rencontrées par l'enfant ou lors d'une précédente grossesse amplifient le phénomène. Les antécédents psychologiques ou psychiatriques de la mère de la parturiente influent sur la qualité de son devenir mère. Les conditions socio-économiques peuvent participer de l'émergence de ces difficultés.

⁶³ DAYAN J. (dir.), ANDRO G., DUGNAT M. (1999), *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson, p.58.

Il est d'autant plus important de prévenir ou de soigner la dépression du post-partum de manière précoce et intensive, qu'elle affecte directement la qualité des interactions avec l'enfant et peut être délétère pour la mère comme pour son bébé.

4.3.3. La psychose puerpérale

La période du post-partum constitue pour la femme une période de grande fragilité psychique, pendant laquelle le risque d'apparition de troubles psychiatriques est majoré. Aussi, certaines femmes peuvent développer une psychose puerpérale suite à leur accouchement.

La psychose puerpérale associe un délire aigu à un trouble affectif. Elle est de fait, plutôt rare et touche dans sa grande majorité des primipares. Le trouble de l'humeur est généralement prévalent au délire secondaire.

La psychose puerpérale est définie en grande partie, par les circonstances de survenue des troubles. Mais la sémiologie distingue trois types de désordres psychotiques que sont les désordres thymiques francs, maniaques ou dépressifs, les psychoses aiguës délirantes et les troubles schizophréniques.

L'ensemble de ces troubles sont d'apparition brutale, et concourent à un état délirant. Aussi, les passages à l'acte tels que la claustration ou le suicide sont favorisés. Il s'agit alors de protéger à la fois la mère, mais aussi l'enfant dont la vie pourrait être en péril.

La mère accompagnée par le corps médical et sous traitement médicamenteux, peut trouver une issue favorable à la psychose. Il existe un risque de rechute puerpérale et non puerpérale.

La maternité est un accomplissement, long et fastidieux. Si l'identité de la mère se forge ainsi au fil de ce processus, la parturiente n'y perd pas pour autant son identité de femme.

Partie Clinique

La voie de passage

La maternité est une voie de passage, longue et périlleuse, empruntée par la femme et au fil de laquelle, chemine la mère.

Les femmes que j'ai eu la chance de rencontrer et qui font l'objet de mon développement, en témoignent. Elles ont en commun de vivre la maternité, mais se démarquent du reste, dans leur façon de la traverser dans une individualité et une temporalité qui leur est propre.

Cette partie clinique s'articule autour de trois observations, et suit elle aussi, une progression. Ce qui différencie les observations cliniques, est avant tout le cadre. Thérapeutique ou non, il n'est le même pour aucune d'entre elles. La temporalité comme le stade d'avancée de la grossesse voire de la maternité, se modifient constamment. Chaque femme intègre le phénomène de manière personnelle et individuelle.

La première présentation s'établit autour de femmes ayant choisi la pratique du chant pour les soutenir dans leur grossesse et dans la préparation à la naissance. Ces futures mamans sans difficultés notoires, participent à des ateliers de chant prénatal. Je poursuivrais pour illustrer mon propos, par décrire la situation d'une jeune maman et de son petit garçon. La maternité constitue pour elle une grande difficulté. Enfin, il sera question d'Éva, une jeune quadragénaire enceinte de son premier enfant dont les préoccupations, tendent à mettre à distance l'évolution du processus de maternité.

Le travail psychomoteur réalisé avec ces mères consiste à les accompagner dans cette voie, puisse t'elle être tumultueuse ou facile d'accès.

1. Les mamans chantantes

1.1. Le chant prénatal

Le chant prénatal est une discipline récente directement issue de la

psychophonie. La psychophonie, fruit de la recherche de M.L. Aucher, est une technique expérimentale d'approche par la voix parlée et chantée, ayant pour visée l'harmonie physique et psychique. Elle se base sur la correspondance vibratoire entre le son et le corps humain. « L'échelle des sons » répertorie ainsi les points de résonance pour lequel un son émit vient vibrer un lieu du corps particulier à une fréquence sonore précise. À ce titre, la psychophonie s'inscrit tout à fait dans une perspective psychomotrice.

Lors de ces ateliers, au fil de la période prénatale et au delà, le bien être de la future maman et celui de son bébé sont recherchés par le chant et plus largement par l'exploration guidée, du souffle, du son, du rythme et des vibrations. Des études scientifiques récentes ont mis en avant l'effet bénéfique des vibrations induites par le chant, pour l'équilibre neurophysiologique et affectif du bébé. Qui plus est, l'enveloppe sonore dans laquelle baigne le fœtus in utero, laisse une empreinte sensorielle et kinesthésique qui perdure après la naissance.

1.2. Les ateliers de chant prénatal

Dans une maternité de la banlieue Parisienne, M.L. Potel, pianiste de profession donne chaque semaine des ateliers de chant prénatal. Sensibilisée à la psychophonie par G. Bourgeois, orthophoniste et psychophoniste, elle a d'abord commencé en tant qu'accompagnatrice au piano de groupes de chant prénatal. Progressivement, elle a pu développer et animer ses propres groupes.

Lors de ces ateliers, on pratique le chant. Mais ce qui est recherché, ce n'est pas la performance. Le travail de vocalises occupe une grande partie de ses ateliers. La femme fait l'expérience des sons, graves et aigus et apprend à être attentive aux sensations corporelles que cela génère en elle. Ainsi, elle peut choisir et s'approprier d'une part, les sons qui lui procurent un bien-être, et d'autre part, les chants auxquels l'enfant réagit afin de les réutiliser.

Ces ateliers, tant ils préparent les futures mamans au moment de l'accouchement et à la rencontre avec leurs nouveau-nés, sont des temps d'échange, de partage de vécus différents autour d'un événement commun, la maternité.

C'est un groupe ouvert, il appartient aux futures mamans de participer de manière régulière. La plupart d'entre elles sont assidues, trouvant leur compte dans la pratique du chant prénatal. Elles bénéficient également des conseils dispensés par Marie-Laure ainsi que du soutien des autres, qui souvent deviennent des amies.

Les papas comme la fratrie sont accueillis lors de ces ateliers. Ils peuvent venir vivre et partager l'expérience tous ensemble. La présence des pères s'accroît d'une manière générale, à l'approche de l'accouchement.

Pour ma part, je rejoins le groupe de chant prénatal, au début du mois de novembre 2012. Ma place au sein de l'atelier est particulière du fait que je ne sois ni enceinte, ni en formation en chant prénatal. Je participe donc en tant que stagiaire et vit l'expérience au même titre que les mamans.

1.3. Dispositif de l'atelier

Les ateliers de chant prénatal ont une trame commune mais ils sont pour autant très différents. D'une séance à l'autre, les personnes présentes ne sont pas forcément les mêmes, les stades de grossesse changent et avec eux, les vécus évoluent.

L'atelier débute systématiquement par un temps d'éveil et de conscience corporelle qui permet la transition de l'environnement extérieur vers l'espace de la salle. Ce rituel de début induit une première forme d'intériorité et permet ainsi l'ancrage dans la séance à venir. Les mamans guidées par Marie-Laure, commencent par faire des percussions osseuses. Elles tapotent avec la pointe des doigts pour trouver les points de résonance du corps, d'abord au niveau du visage, le front, les arcades sourcilières, le nez, les mâchoires. Elles continuent au niveau de la ceinture

scapulaire, à savoir sternum et clavicules, et poursuivent sur le haut des omoplates quand cela est possible. Ensuite, Marie-Laure leur demande de faire des petits sauts afin de les dynamiser et de faire vibrer l'ensemble du corps. Après quoi, par deux, elles viennent chacune leur tour, percuter la colonne de l'autre en remontant de la base, c'est-à-dire du haut du sacrum, jusqu'à la base du cou, autour des dernières vertèbres cervicales. Celle qui reçoit les percussions, relâche son buste et sa tête, légèrement penchée en avant. Lorsqu'elle se sent prête, elle se relève doucement pendant que sa partenaire lui fait des pressions glissées dans le dos, de part et d'autre de la colonne, puis sur les épaules pour enfin descendre le long des bras et finir sur les mains.

Ensuite, commence le travail de vocalises. Les mamans sont amenées au préalable à prendre conscience de leur respiration et de leur souffle, sans forcer le mouvement respiratoire. Je fais avec elle rapidement le constat selon lequel l'émission d'un son à l'expiration permet de maintenir le soufflet respiratoire plus longtemps et sans effort. Aussi, accompagnées du piano qui donne la note, les mamans expérimentent les différents sons, du O grave au I plus aigu. Les sons graves font vibrer majoritairement le bassin et le sternum. Les aigus au contraire, viennent vibrer la tête. Les simples voyelles amènent ensuite des phonèmes plus élaborés favorisant la détente des mâchoires tels que les « Mu, Mo, Ma, Mi, Miam, Yom, Yem ». L'expérience est faite dans différentes positions, modifiant ainsi le vécu pour la mère comme pour l'enfant. La femme est libre de choisir si elle préfère vivre le moment en position érigée, genoux légèrement pliés et déverrouillés, assise sur un gros ballon, ou à quatre-pattes pour libérer le poids, du bassin. Les vocalises sont accordés avec des mouvements d'antéversion/rétroversion du bassin qui par extension induisent des mouvements de déroulement/enroulement de la colonne. La contraction des abdominaux est recherchée et sollicitée en particulier par la rétroversion du bassin.

Il est intéressant de remarquer que le début de grossesse favorise l'accès aux sons aigus pour la femme enceinte, alors que la fin accentue la capacité d'accès aux sons graves, l'apogée étant atteinte lors de l'accouchement.

Ces temps de vocalises sont entrecoupés de moments de chant. Le répertoire de Marie-Laure est éclectique. Chansons populaires, berceuses étrangères, chants écrits pour le chant prénatal, toutes font sens et écho au vécu de ces mères. Deux voire trois chansons sont réalisées pendant l'atelier, dont une qui vient clôturer la séance.

Lorsqu'une maman revient pour la première fois avec son nouveau-né, elle a le privilège de choisir la chanson en signe de bienvenue. C'est un moment empreint d'une vive émotion pour elle comme pour l'ensemble du groupe. L'enfant communément calme et serein, manifeste des réactions, de légers clignements des paupières avec une petite ouverture et des mouvements de doigts. Il persiste encore chez lui, la réaction aux sons entendus qui consiste à tendre les doigts pour contacter la paroi utérine alors fortement vibrante.

1.4. De l'intérêt psychomoteur du chant prénatal

Le chant prénatal présente des vertus psychomotrices évidentes.

D'abord, il favorise la prise de conscience corporelle. Pendant la grossesse, les limites du corps sont mouvantes, et les sensations nouvelles. Le travail en respiration ainsi les sensations cénesthésiques que véhiculent les sons, permettent une prise de conscience des volumes, d'un espace intérieur et par là, la perception d'un corps unifié. Le travail réalisé autour des appuis, de l'axe corporel et des mouvements du bassin, apportent des sensations kinesthésiques et proprioceptives qui participent à l'intégration d'un schéma corporel fluctuant. La perception globale du corps influence directement l'image du corps, altérée par la grossesse.

L'éveil corporel, les sons comme la respiration induisent une modification du tonus qui procure une détente physique et indirectement psychique. La grossesse nous l'avons vu, est une période aux forts remaniements psychiques. L'angoisse et l'anxiété y sont latentes. Le chant prénatal peut ainsi aider à l'évacuation de tensions internes et conduire à l'apaisement.

La pratique des sons soutient l'interaction avec l'enfant. L'appareil auditif est capable de fonctionner chez le bébé in utero à partir de la vingtième semaine, c'est-à-dire à partir du cinquième mois. Désormais, en plus de ressentir corporellement les vibrations émises par les ondes sonores, il entend. Les sons traversent d'ailleurs, aisément la barrière de la paroi abdominale. Qui plus est, le fœtus est sensible aux voix de ses parents. Les sons, le chant sont donc des moyens intéressants pour initier une communication avec lui, incluant le père dans cette symbiose physique mère-enfant. De cette manière, le chant prénatal contribue à ébaucher la relation avec l'enfant.

Outre les aspects vibratoires et rythmiques de la pratique du chant, la mélodie et la dimension poétique sont à prendre en compte. Elles font appel au système limbique qui gère les émotions. La charge émotionnelle portée par certaines chansons, en résonnant dans la psyché de la femme, influe sur son tonus. L'expérience du chant prénatal est globale, le corps dans son intégralité est sollicité, psyché-soma.

1.5. L'expérience du chant prénatal

Bien qu'entourée par les autres, la pratique du chant prénatal est un moment intime et personnel. Elle est certes guidée mais constitue un réel moment d'intériorité où la mère rencontre son bébé dans une harmonie sonore portée par le groupe. J'ai moi aussi, pu vivre le moment pour moi en leur présence, en traversant différents états touchant ma corporéité comme ma sensibilité. Bien évidemment, mon vécu est tout à fait différent du fait que je ne porte pas d'enfant. Mon corps vibre en moindre intensité, et la résonance émotionnelle est atténuée.

J'assiste à l'atelier sur le même créneau horaire d'une semaine sur l'autre, de façon à pouvoir retrouver les mêmes personnes et maintenir une certaine continuité. Aussi, j'ai eu la chance de pouvoir suivre une petite dizaine de mamans avant et après leurs accouchements.

Si le groupe est un groupe de chant prénatal, nombreuses sont les mamans qui reviennent en post-natal, avec leurs bébés et pas seulement pendant les quelques jours qui suivent la naissance. Raphaëlle continue de venir avec son petit Gabriel de 7 mois, et elle ne constitue pas l'exception. À la fin janvier, les jeunes mamans et leurs nouveaux nés étaient plus nombreuses à assister au cours que les femmes enceintes. On comptait deux futures mamans pour neuf accouchées et autant de bébés. C'est pour ainsi dire l'importance de la continuité du lien et de la transition de l'avant vers l'après naissance de l'enfant.

Les femmes traversent le même état de grossesse, mais ont une manière singulière de le vivre. Une des premières différences se lit dans leurs postures qui varient en fonction de leur morphologie, du stade de la grossesse ainsi que de leur investissement corporel. Alice adopte une posture d'enroulement avec une légère cyphose dorsale, protégeant son petit ventre de cinq mois et demi de grossesse. Johanna, quant à elle, affiche un ventre beaucoup plus proéminent de six mois qui tire la colonne lombaire en avant.

Le premier travail de percussions amène une perception souvent ignorée du corps, rigide, solide et vibrant. La percussion de l'os procure la sensation d'une onde vibratoire qui court le long des os et se propage aux muscles, et donne l'impression d'un corps consistant. Il génère chez moi une détente rapide mais intense, toutefois, je n'ai pas à porter le poids de mon ventre et j'ai l'habitude de pratiquer ce genre d'exercice pour atteindre un état de détente. Les mamans semblent elles aussi apprécier et investir le moment notamment car cela les soulage des douleurs de dos. Les pressions glissées qui suivent sont vécues comme enveloppant et viennent initier la détente, prolongée dans le travail de respiration et de vocalises. Les mamans montrent pendant ce temps là, des signes de détente en conscience, centrée sur leurs perceptions internes. Les yeux souvent fermés, les mains posés sur ou sous leurs ventres, elles respirent. Peu à peu, les épaules s'abaissent, les mâchoires se détendent prolongeant la durée des sons. La position quatre pattes est souvent préférée. La

libération du poids portée sur le bassin permet « une meilleure diffusion des sons dans la zone pelvienne ». Les contractions ne sont pas forcément plus simples à effectuer mais marque plus la différence entre l'état de relâchement et accentue l'impression de détente. Le bébé ayant un espace augmenté par l'étirement des tissus, réagit fortement aux contractions abdominales.

Le temps des chansons concorde généralement avec une légère recrudescence tonique au sens où il sollicite la vigilance des mamans. Elles sont souvent très émues pendant ce moment là. Je suis moi aussi particulièrement touchée par ce qu'elles peuvent montrer et transmettre de leur propre émotion

Lors de certains ateliers, il nous est arrivé de faire des expériences nouvelles. L'exercice du bain sonore et vibratoire par exemple, consiste en la présence d'une personne au centre d'un cercle constitué des autres personnes. Autour d'elle, dans un souffle et une dynamique commune, sont faites des vocalises. L'expérience a pu être réitérée quelques mois plus tard avec les bébés dans les bras. C'est pour l'avoir vécue, une sensation tout à fait particulière qui vient faire vibrer la peau de l'extérieur, sensation d'une enveloppe sonore, métaphore du contenant utérin. L'exercice est vecteur d'une charge émotionnelle importante.

La présence des bébés à l'atelier a agrémenté les moments de chant de mouvements de balancements. L'enfant est positionné entre les mains jointes de sa mère. Bras relâchés, buste légèrement incliné vers l'avant, elle balance son enfant de droite à gauche, puis en diagonale, parfois même en marchant. Le bébé les bras et les jambes pendant de part et d'autre des mains de sa maman, est étonnement calme et éveillé. À la vue de ce mouvement, les mères sont généralement impressionnées et peu disposées à vouloir le faire. Mais devant la réaction de l'enfant, elles se lancent en cadence, et prennent de l'assurance. Elles disent même le refaire chez elle, pour calmer l'enfant.

Afin de compléter mes observations faites en séance, j'ai élaboré un questionnaire⁶⁴ pour collecter le ressenti et les impressions des mamans sur l'expérience vécue en chant prénatal. Distancié d'un vécu brut, il a permis l'apport d'éléments nouveaux.

D'une manière générale, les femmes qui rejoignent l'atelier, sont des personnes attentives à leur vécu corporel. Dans le bénéfice tiré du chant prénatal, elles mettent en avant la prise de conscience des parties du corps que vient vibrer la voix, générant un sentiment de bien être diffus avant et après la séance. De plus, insistent-elles, « le chant prénatal permet de réaliser l'importance de l'attention, des gestes et des actions vis-à-vis de l'enfant pendant la grossesse ». De surcroit, les sons induisent une meilleure gestion de la douleur pendant l'accouchement, qui permet d' « aborder le moment de manière moins traumatique que décrit habituellement ».

Le chant prénatal peut rassurer les futures mamans, car il permet une certaine maîtrise et une connaissance du corps à un moment où ce dernier semble échapper. L'aspect relationnel est largement plébiscité autant avant qu'après la naissance. Le chant soutient les interactions. La majorité des participantes continue d'interagir par ce biais avec leur nouveau-né. Constance et son compagnon utilise le chant aussi bien pour amuser que pour apaiser leur petit garçon, car dit-elle « le chant représente une autre manière de « caresser » notre enfant, qui peut remplacer ou s'ajouter au toucher ». Le petit Maël hospitalisé après sa naissance, trouvait le réconfort pendant les soins, grâce aux chansons de ses parents.

La maternité pour ces mamans là, paraît être vécue avec sérénité. La grossesse perçue pour certaines comme un état de « grâce », de « luminosité » apporte toutefois avec elle son lot de « fatigue », et de « peurs » autour des « responsabilités » à venir. La « rencontre » avec cet « inconnu » qui habite le corps et la psyché, suscite de la « joie » comme de l'« angoisse ». Mais cela est vite estompé par le « bonheur » connu et la « sensibilité » éprouvée d'être mère.

⁶⁴ Cf *supra*. annexe n°1 p.96-97.

2. Madame L. et Jean, un dialogue de sourds

Madame L. et Jean sont pris en charge à l'unité petite enfance. Madame peine à se sentir mère et cela s'en ressent au quotidien dans les soins apportés à son petit garçon. Leur relation en est directement affectée. Jean manifeste des troubles au niveau tonique, moteur et interactionnel, ne facilitant pas l'instauration d'une relation.

2.1. L'unité petite enfance

Avant de développer la situation clinique de Mme L. et de son petit Jean, je présenterais l'unité petite enfance et son fonctionnement de manière brève et concise, afin de poser le cadre de la situation thérapeutique.

L'unité petite enfance est un lieu dédié à la périnatalité et à la parentalité, où sont reçues les futures mamans et les jeunes mères rencontrant des difficultés liées à la grossesse et/ou à la maternité. C'est une unité fonctionnelle qui dépend du secteur de pédopsychiatrie d'un Centre Hospitalier.

2.1.1. Le fonctionnement de l'unité

C'est une petite structure. L'équipe exclusivement féminine, est composée d'un médecin référent, pédopsychiatre, de quatre soignants, une psychologue, deux infirmières de secteur psychiatrique et une psychomotricienne. Elle compte également parmi ses membres, une assistante sociale et une secrétaire, à mi-temps. C'est dans une ancienne maison réaménagée pour le travail, que les professionnelles reçoivent les patientes et leurs familles.

Les objectifs de l'Unité ont été récemment modifiés de manière à recentrer le travail autour de la périnatalité. Le fonctionnement de l'Unité proche d'un CATTP, ainsi que la population à laquelle elle s'adresse en fait un lieu à part entière et unique sur l'ensemble du secteur de psychiatrie. Aussi, les demandes sont nombreuses.

L'enfant y est reçu avec ses parents jusqu'à l'âge de trois ans. C'est un espace de

prévention et de soins précoces, centré sur le développement du jeune enfant, replacé dans l'interrelation avec ses parents et plus communément, avec sa mère. Il est souvent remarqué que le jeune enfant est symptôme voire prétexte de consultation lors de difficultés de relation maternelle.

Les indications vers l'unité, sont très diverses, faites pas des structures accueillant l'enfant ou prenant en charge la mère. Le plus souvent, l'indication est donnée par un consultant du Centre Hospitalier ou en libéral, généralement psychiatre, pédopsychiatre voire gynécologue et sage-femme. Le centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) oriente également les mamans. De plus, la psychologue de l'unité, présente en maternité deux après-midi par semaine, invite certaines accouchées à venir consulter.

Suite aux indications, il appartient à ces femmes d'amorcer ou non, un suivi à l'Unité. Bien qu'axée sur les difficultés maternelles, la présence des pères à l'Unité est acceptée même largement souhaitée.

2.1.2. Le travail à l'unité

Suite à une première demande, la patiente est reçue par deux soignants, en entretien conjoint. Ainsi, des modalités de soins et d'aide, adaptées à sa problématique lui sont proposées, en individuel et/ou en groupe. La prise en charge est au départ, généralement intensive. Il s'agit d'une hospitalisation à domicile. La mère se déplace à l'unité pour ses consultations et ses participations au groupe, et certains membres de l'équipe viennent régulièrement lui rendre visite à domicile.

- L'Unité propose une activité de consultation psychologique et psychothérapeutique parent/enfant. Les entretiens sont assurés par la pédopsychiatre et la psychologue. Ils sont systématiquement réalisés en présence d'un second soignant, en général une infirmière. Ce qui apporte un regard supplémentaire et différent sur ce qui est dit et ce qui est fait par la

maman. De plus, le second professionnel peut s'occuper de l'enfant si besoin est. Cela permet parfois, d'éviter l'arrêt prématuré de l'entretien.

- Les patientes en grande difficulté, bénéficient d'un suivi à domicile. Les visites à domicile (V.A.D.) se font à deux professionnelles et sont principalement réalisées par les infirmières, à hauteur d'une ou deux fois par semaine. Ces visites sont évidemment tributaires de la volonté et de la disponibilité des parents. Il s'agit d'accompagner les mamans dans leurs vies quotidiennes, de les étayer un peu plus dans leur rôle de mère et de permettre la rencontre avec leur enfant dans un environnement familial. Pour cela, il est nécessaire de prendre le temps de les écouter, d'observer leur comportement dans leur lieu de vie, de les aider dans les soins à l'enfant sans pour autant, faire à leur place.
- Le suivi individuel en psychomotricité est généralement proposé lorsque l'enfant manifeste des signes préoccupants de troubles concernant la relation, la communication, la tonicité ou plus globalement la sphère psychomotrice. Certaines patientes peuvent également bénéficier d'un suivi en anténatal. Les difficultés que présente l'enfant sont envisagées sous l'angle de la relation. Aussi, la prise en charge s'effectue en présence d'un parent, la mère de préférence.
- Un groupe mère/bébé est organisé une matinée par semaine. Les professionnelles proposent aux mères qu'elles perçoivent fragiles et isolées, de s'y joindre. Le groupe est ouvert, et les mères y participent selon leur souhait et leur disponibilité. Pendant ce temps de groupe, les activités proposées varient au gré des personnes présentes et de l'envie des mamans. Ce sont parfois de simples moments d'échange autour de jeux instaurés avec leur enfant au tapis. Lorsque cela est possible, une activité de massage inspirée des techniques Shantala est proposée. Chaque mère masse son bébé guidée par la psychomotricienne. Parfois, c'est le bain qu'elles donnent à leurs enfants.

2.2. Anamnèse

Mme L. est une femme de trente-six ans, qui travaille comme consultante financière. Elle grandit dans la région, avec ses parents et son petit frère. Son enfance se passe sans événement particulier. À l'âge de 16 ans, elle traverse un premier épisode dépressif qui ouvre la voie à des rechutes fréquentes. Ses parents ont connu tout deux des antécédents de dépression. La relation qu'elle entretient avec eux et avec sa mère en particulier, s'est considérablement améliorée ces dernières années.

Après quelques années de relation, son conjoint de 15 ans son aîné, souhaite avoir un enfant. « Ce n'est pas la volonté première de Madame L. », mais devant l'insistance de son compagnon, ils mettent en route une grossesse. Les débuts se passent plutôt bien, Madame est contente. Mais « à partir de 12 semaines de grossesse, elle décompense sur un versant dépressif ». Or, il se trouve qu'à partir de 12 semaines, le délai légal d'avortement est dépassé. À ce moment là, son psychiatre l'oriente vers l'unité petite enfance afin de soutenir ses difficultés liées à la maternité. Madame L. est sous traitement médicamenteux pendant tout le temps de sa grossesse avec antidépresseurs (Prozac) et anxiolytiques (Tercian). Enceinte, elle continue également de fumer, ce qui provoque les railleries et la culpabilisation de la part de son conjoint.

Jean naît à terme, le 12 décembre 2012. Il est donc le premier et l'unique enfant du couple. L'accouchement est difficile et nécessite l'utilisation de forceps. Jean, en souffrance fœtale, est ventilé. Il se trouve alors en opisthotonos*. Suite à sa naissance, il est transféré en service de néonatalogie pour une surveillance neurologique.

Le sentiment hostile de Madame par rapport à ce bébé qu'elle ne reconnaît pas comme sien et dont elle ne se sent pas la mère, est majoré par la séparation de l'hospitalisation. Le retour à la maison n'est guère plus simple. Mme L. appréhende de se retrouver seule avec Jean dont elle doute constamment de pouvoir s'occuper et déplore avoir du mal à entrer en relation avec lui. À la fin du congé paternité de son

compagnon, elle sollicite énormément sa mère qui est alors, très présente pour elle et Jean.

Dès sa venue à l'unité, un suivi adapté à son état et à sa situation personnelle, est mis en place. Elle bénéficie d'entretiens réguliers avec la pédopsychiatre à hauteur de deux séances par semaine jusqu'à la naissance de Jean. Après quoi, le suivi est repensé, les entretiens s'espacent dans le temps et des visites à domicile s'instaurent. Devant l'ampleur des difficultés de Madame, les infirmières lui rendent visite en début et fin de semaine, dans les premiers mois. Au vu de l'état de Jean, un suivi en psychomotricité est proposé assez rapidement.

2.3. Évaluation psychomotrice

Ma maître de stage étant en arrêt maladie, c'est moi qui assure le suivi en psychomotricité, sous sa supervision. Je suis accompagnée dans les séances, par l'infirmière.

Je rencontre Jean et sa maman au cours du mois de janvier. Il me semble alors judicieux de faire une observation de son développement, replacé dans le contexte interactionnel avec sa mère. Cela me permet de situer son évolution et d'orienter le travail qui va suivre. J'utilise pour cela, une grille d'observation inspirée de l'évaluation neurologique du docteur C. Amiel-Tison, ainsi que de l'analyse psychomotrice de l'interrelation mère-bébé, proposée par M. Gauberti. Subjectivité et sensibilité prennent large part de mon analyse.

Jean a alors un mois et demi. Il présente une hypertonie avec une hyperextension de la colonne, repérables par la simple observation visuelle. Sa maman qui le sort du couffin pour l'installer au tapis, se trouve elle aussi dans une grande rigidité. Il est difficile de savoir à quoi attribuer ce malaise. Est-ce le fait de la situation qui suscite chez moi aussi, une élévation du tonus ? Ou bien est-ce l'expression d'une dysharmonie de la relation qui transparaît alors ?

Les échanges vocaux et les échanges de sourire, sont peu nombreux du côté de Mme. Du fait de ses affects dépressifs, son expression faciale est pauvre. Les quelques interactions présentes paraissent peu habitées et peu investies. Il semble que Jean tente de provoquer ces interactions. Le sourire qu'il esquisse par moment, est directement adressé à sa mère.

En décubitus dorsal, Jean se maintient dans la position dite de l'escrimeur : Sa tête est tournée vers la droite, son bras droit est tendu, son bras gauche replié. Certes, le *réflexe tonique asymétrique du cou spontané* est normal les trois premiers mois, pour autant il n'est pas constant. Le jeune enfant est capable d'expérimenter d'autres positions. Jean n'y parvient pas. Son hypertonie associée à son torticolis, limitent fortement ses explorations. Par le contact visuel et tonique, il me fait l'effet d'être dans un grand désarroi auquel j'ai beaucoup de mal à palier.

Le traitement médicamenteux de sa mère pendant sa grossesse, est certainement impliqué dans les difficultés motrices et toniques qu'il affiche. En effet, les psychotropes traversent la barrière placentaire et ont ainsi des répercussions encore mal connues, sur l'enfant et son développement. D'après son dossier médical, Jean a du faire face après sa naissance, à un syndrome de sevrage*.

L'état tonique actuel de Jean complexifie les interactions avec l'environnement. Je remarque toutefois que replacé et maintenu dans son axe, les interactions sont rendues possibles. Il dirige alors son regard vers l'objet présenté, il oriente sa tête vers la source sonore. Il semble que ses systèmes sensoriels soient intègres. Par contre, les manifestations vocales, qu'ils s'agissent de pleurs ou de babillages, sont excessivement restreintes. Les poings sont fermés, et il a très peu de mouvement vers sa bouche.

Jean est un bébé en capacité d'apaisement qu'il peut trouver installé sur le gros ballon, ou dans les bras du thérapeute. Sa maman peut également lui faire revivre cette détente physique mais a besoin d'être étayée et guidée dans ses gestes. Jean systématiquement arc-bouté en arrière dans les bras de sa maman, parviendra à s'y

lover dans la position du bouddha.

Les troubles de Jean, s'inscrivent dans la difficulté que rencontre sa mère à se vivre comme telle. Dans cette dyade, ils s'influencent mutuellement. Les difficultés de chacun majorent et amplifient celles de l'autre. La poursuite du travail montre que Jean et sa maman ont du mal à s'accorder et à se rencontrer sur un même canal. Quand l'un est disposé et très en demande de relation, l'autre se trouve plus en retrait. Ils ont du mal à s'entendre, à se comprendre et à se reconnaître. En ça, nous pourrions assimiler leur relation à « un dialogue de sourds ».

2.4. Le projet thérapeutique

La thérapie psychomotrice s'attache ici, à un système relationnel dyadique, manifestement dysfonctionnant. Madame L. est semblable à t'il dans une grande fragilité narcissique qui altère son processus de maternité. Les répercussions de ses difficultés sont directes, rendant non efficiente l'interrelation corporelle avec son fils. L'espace relationnel fortement restreint, appauvrit les expériences toniques, gestuelles et corporelles de Jean et complexifie son accès aux affects et à la représentation. Aussi, le travail est de soutenir Madame et l'amener à être mère, en atténuant les difficultés de Jean. C'est un travail de relation, en relation visant à soutenir le tissage d'un lien structurant, individuel, relationnel et temporel. Les objectifs sont les suivants.

La tonicité se place au centre du travail avec Madame L. et Jean. Le but est de favoriser un équilibre tonique chez l'un comme chez l'autre, car ils se situent tous les deux sur le versant de l'hypertonie. Le tonus étant le support premier des émotions et le vecteur de la communication infra-verbale, il participe de l'instauration de la relation avec l'autre. Il est ainsi indispensable de s'en saisir.

Le travail a pour objectif de soutenir les interactions de Jean avec son environnement et en particulier avec sa mère, par le biais de la tonicité notamment. La

tonicité influant directement sur la motricité de l'enfant, cela stimulera son développement. Les stimulations sensorielles proposées à Jean permettront un éveil corporel, base d'un développement psychomoteur harmonieux.

Il est important de sensibiliser Madame aux capacités de son fils, à ses actions et ses réactions qui sont autant de signes d'appel envers elle, afin qu'elle puisse investir la relation ainsi que sa propre qualité de mère.

Le dispositif doit favoriser la contenance de Mme comme de Jean, propice à l'instauration d'un dialogue tonique et l'accordage entre les deux partenaires. Pour ce faire, le travail faisant appel des différentes enveloppes, semble pertinent. Qu'elles soient sonores ou tactiles, perçues ou ressenties, elles permettront d'offrir une contenance physique et psychique, pourvoyeuse d'une détente. Aussi, nous pourrons utiliser la musique, le chant, la relaxation, ou encore la détente en conscience par le biais de la respiration.

Il est d'autant plus nécessaire d'instaurer avec Mme L une alliance thérapeutique par un climat de confiance et de non jugement par rapport à sa problématique, qu'elle sera le support narcissique indispensable à son évolution.

Proposer un travail structurel et structurant qui fournisse l'échafaudage dont semble avoir besoin Madame L. Le travail du rythme, en plus d'offrir une première structuration temporelle, peut permettre de favoriser l'accordage, et l'ajustement entre Jean et sa maman. À ce titre, nous pouvons nous servir des percussions corporelles, des bercements, des balancements dans le hamac qui peuvent s'avérer fructueux.

Ainsi, nous pensons fournir un échafaudage à leur relation au sein de laquelle chacun puisse trouver sa place, celle d'une mère et de son enfant.

2.5. La prise en charge de la mère et l'enfant

Le travail de thérapie psychomotrice de la dyade mère-enfant connaît à l'image du processus de maternité, une évolution qui n'est pas linéaire. Cette dernière est au contraire, assez fluctuante et largement tributaire de l'état psychique de Mme L. et de l'attitude de Jean. Malgré la présence aidante de l'infirmière, je suis quelque fois démunie devant la situation. Mes questionnements sont nombreux, et ne peuvent trouver de réponse dans un étayage immédiat.

Je ne me suis pas attachée à décrire une succession de séances mais des épisodes cliniques permettant d'accéder à une représentation globale et à la compréhension de la situation de Mme L. et Jean. Chaque fois, nous observons la relation corporelle, la communication gestuelle et le dialogue tonique.

2.5.1. L'appel à la mère

Lors des premières séances, Mme L. ne va pas bien et cela s'en ressent. Les affects dépressifs sont bien présents la laissant asthénique et anhédonique*. Le changement récent de traitement en est en grande partie responsable.

Son attitude générale est austère et peu féminine. D'une séance sur l'autre, elle porte une tenue souvent approchante voire similaire ; un jean foncé, un pull noir et des chaussures de marche, ses cheveux blonds sont attachés. Son corps n'est semble t'il, pas spécialement investi, dans quelque domaine que ce soit, esthétique, physique ou relationnel. Jean est quant à lui, systématiquement habillé d'une grenouillère. La détresse de Madame L. est visible dans l'investissement qu'elle peut avoir d'elle-même et de son petit garçon.

Le contact avec son bébé me donne l'impression d'être peu naturel. Il renvoie quelque chose d'assez pragmatique, laissant peu transparaître l'émotion. Elle ne verbalise pas beaucoup lorsqu'elle manipule son enfant. Avec nous, elle parle mais

répond avant tout aux questions qu'on lui pose.

Elle ne semble pas à l'aise dans ses gestes, comme dans le comportement à adopter avec lui. L'hypertonie quasi permanente de Jean, ne facilite pas la chose. Je suis moi aussi un peu démunie face à la situation ne sachant pas l'attitude à adopter. Dois-je lui montrer une autre manière de faire qui serait sans doute plus adaptée pour elle et pour lui, au risque de la blesser narcissiquement ? Dois-je me contenter de verbaliser sur les éventuels besoins que Jean tente d'exprimer ?

Au cours du travail au tapis avec Jean, j'ai pu vite constater qu'il réagissait de manière intense à la voix de sa mère. Quand Mme parle, son activité motrice spontanée est nettement plus importante. Quand je lui demande de l'appeler, il oriente sa tête dans sa direction. Je le fait remarquer à Madame L. Je parviens avec plus de facilité à m'adresser à Jean. L'infirmière a cette capacité de pouvoir parler à Madame par l'intermédiaire de son bébé, c'est-à-dire que les paroles adressées à Jean sont autant de messages dirigés à sa mère. Elle fait preuve pour cela, d'une extrême bienveillance.

Le maintien dans son axe, et la position d'enroulement sont deux moyens qui permettent de le rendre attentif et disponible au monde qui l'entoure. Nous pouvons alors trouver son regard, et entrer en relation avec lui, en partageant des interactions visuelles, tactiles et sonores. Ainsi disposé, le passage de la balle à picot induit chez Jean une légère baisse du tonus et fluidifie dans une moindre mesure, une motricité très saccadée, au préalable. Nous pouvons supposer que son attention et sa disponibilité améliorent l'intégration des sensations corporelles alors perçues.

Dans une gestuelle très mécanique, Mme L. tient Jean face à elle. Elle le maintient plus qu'elle ne le porte. Jean en hyperextension a la tête projetée vers l'arrière. L'interaction visuelle est impossible, l'interaction tonique complexe. Il semble qu'en plus de n'être pas adaptée, la position ne soit pas très agréable pour les deux partenaires. J'hésite mais devant la gêne apparente de Mme et de Jean, je lui propose

la position du bouddha dans laquelle elle peut mettre son petit garçon. Les jambes recroquevillées, Jean se met en position d'enroulement et se love dans les bras de sa maman. La détente est instantanée. Là, Jean vient contacter le regard de sa mère. Très vite, l'émotion déborde la maman. Suite à cela, elle demande à rencontrer la pédopsychiatre, qui la reçoit en fin de séance.

Jean est un enfant qui s'adapte beaucoup et dérange peu. Il fait ses nuits à tout juste deux mois. Il est arrivé à plusieurs reprises que Madame le réveille pour la séance de psychomotricité. Là, encore, la réaction de sa part est quasi nulle. Elle le décrit comme un « bébé relativement facile ». Je suis un peu inquiète par rapport à ce conformisme au rythme de l'adulte qui peut être un signe d'alerte.

S'il s'adapte énormément, il tente toutefois de solliciter et d'accrocher sa mère, par des regards, des sourires, un changement léger de tonicité, lors des soins ou lors des moments de portage. L'état thymique de sa maman est souvent un frein à cette rencontre.

2.5.2. L'enfant sans voix

Progressivement, nous constatons avec plaisir des changements significatifs chez Mme L.. Elle arrive certaines séances, avec le sourire aux lèvres, qu'elle conserve la séance durant. Avec son attitude, sa tenue évolue aussi. Les cheveux se détachent laissant entrevoir des boucles d'oreilles. Les chaussures de marche sont troquées contre des bottines de ville. Le nouveau traitement contribue sans doute au regain d'intérêt soudain qui s'associe à une attention particulière pour son corps.

Son attitude par rapport à Jean s'est également modifiée. Ce qui nécessite une nouvelle adaptation pour lui à cette maman qui soudainement est beaucoup plus active et présente dans le contact. Mme L. dit avoir parlé à Jean, lui avoir raconté ce par quoi elle était passée, et que depuis « ça va beaucoup mieux ».

Mme L. va mieux et c'est encourageant pour la suite. Toutefois, l'état de Jean est lui, plus inquiétant. L'hypertonie qui semblait s'estomper, ne désemplit pas. Le torticolis est toujours bien marqué si bien que la pédiatre lui a prescrit des séances de kinésithérapie.

Jean vocalise toujours peu. Il se contente d'émettre des sons gutturaux, que Mme compare à un « ronronnement ». Le regard est labile, les sourires nombreux mais peu orientés. Il est désarçonnant de voir que Madame y répond sans sembler remarquer leur caractère inadapté.

Je propose alors à Madame qui tient Jean dans ses bras, un moment de détente en conscience. Madame L. ne manifeste aucune réticence à ce qu'on s'occupe d'elle bien au contraire. Je m'applique consciencieusement à lui passer la balle à picot dans le dos, son niveau tonique semble baisser légèrement. Malgré la baisse du tonus de sa maman, Jean rapidement, s'agite, ses membres supérieurs se tendent. Ils ne peuvent pas encore partager un moment de détente tout les deux, mais chacun de son côté, possède une capacité d'apaisement. Nous pouvons alors espérer que cela joue en la faveur d'un dialogue tonique adapté et efficace.

Les difficultés interactionnelles de Jean viennent gêner cette fois, la communication et ne viennent pas satisfaire la disposition de la mère à la relation.

2.5.3. Un premier accord

Au décours de certaines séances, émergent des petits instants de grâce où Jean et sa maman parviennent à s'ajuster. Chacun se trouve alors conforté dans son rôle, de mère et d'enfant. Cela me rassure quant à la direction du travail.

L'installation de Jean dans le hamac permet de créer un espace de rencontre entre Mme L. et son petit garçon. Jean maintenu entre les jambes de l'ours, semble

dans un état de détente physique, apparent. Là, il s'agrippe au visage de sa mère qui le regarde, lui sourit, et lui parle. Mme L. et Jean paraissent partager une dynamique commune, étayée par le contact physique de la main de Madame L. dans le dos de Jean. De cet accordage soutenu par le dialogue tonique, je m'évince petit à petit pour ne pas troubler l'harmonie qui règne alors. J'arrête de balancer mais continue de les accompagner par ma présence et mon regard. Il y a dans ce moment quelque chose de très émouvant.

Lors d'une autre séance, l'expérience de la détente de Madame est réitérée à la différence que Jean est face à elle. Je me permets de lui faire une proposition de détente car elle me semble être dans une demande non énoncée. Dans les bras de l'infirmière, Jean est calme et attentif à sa mère dont il croise parfois le regard. Mme L. parvient à se recentrer et vivre l'expérience pour elle, en présence et au contact de son fils. Elle dit avoir apprécié le moment qui lui a notamment permis d'apaiser certaines tensions au niveau de la colonne lombaire.

Plus le travail avance, plus Mme se confie lors des séances. Au quotidien, elle dit essayer de se détendre pour être plus disponible à son fils. Elle a le projet de participer aux bébés-nageurs dès que Jean aura l'âge requis. Elle aime nager et aimerait partager ce moment avec lui. Je l'encourage dans cette demande que je trouve tout à fait positive. Elle prend du plaisir dans certaines activités avec son fils, ce qui la rassure et la conforte dans son identité de mère qu'elle construit en même temps que la relation à son fils. La phase de tâtonnement et d'ajustement est en train de se faire. La reprise de son travail l'a satisfait plutôt, bien qu'elle ait le sentiment d'avoir perdu du temps dans l'instauration d'une relation avec Jean. Ce qui suscite en elle, une culpabilité. Je ressens alors l'expression de sa grande fragilité narcissique. À cette confiance, j'essaie de donner une réponse qui se veuille rassurante mais mes mots sont maladroits.

Jean grandit bien et prend du poids. Toutefois, il se maintient sur le versant hypertonique. Il est parfois très difficile d'accrocher son regard qui ère d'objets en

personnes, sans réellement se poser. Mme ne manifeste que peu d'inquiétude par rapport à ce comportement, dont elle n'a certainement pas conscience du caractère alarmant. De tels faits me confortent dans l'idée que le suivi en psychomotricité notamment, aurait dû être plus précoce et mériterait actuellement de s'intensifier.

Or, alors que semble s'initier les prémises d'une alliance thérapeutique, Mme L. doit reprendre le travail et Jean va aller en nourrice. La nouvelle logistique risque de compromettre la poursuite du travail. Pourtant, Jean présente des difficultés qui sont plus profondes que de simples troubles moteurs et toniques. Nous pouvons d'ailleurs penser que les troubles de son fils s'ils s'accroissent, mettent une nouvelle fois en péril son équilibre de mère encore précaire.

3. Éva, les mots avortés

Éva est une femme de 39 ans, enceinte de son premier enfant que je rencontre en cabinet libéral, à l'occasion de ses séances de psychomotricité.

3.1. Anamnèse

Lors d'une hospitalisation en clinique psychiatrique il y a quatre ans pour une dépression suite à un harcèlement moral au travail, elle rencontre la psychomotricienne, alors en poste dans la structure. Éva poursuit depuis le travail avec la psychomotricienne, maintenant installée en cabinet libéral.

Éva est décrite comme une personnalité narcissique avec des défenses hystériques et obsessionnelles. Elle souffre de tics et de T.O.C. qui se sont bien atténués ces dernières années mais tendent à revenir dès lors qu'elle ne va pas bien. Ses T.O.C. sont de deux sortes : La trichotillomanie qui se caractérise par l'arrachage compulsif de ses propres poils et/ou cheveux, ainsi qu'une obsession idéative qui se manifeste par des pensées récurrentes, persistantes et inappropriées autour de la question des origines. Dernièrement, il s'agissait de comprendre l'origine des rois et

des reines, comment et pourquoi ils sont arrivés au pouvoir. Ses tics sont bucco-linguaux : Sa langue vient appuyer contre la paroi de sa joue droite, et ce, de façon de plus en plus marquée et intensive en situation anxiogène.

Il faut savoir qu'Éva a un parcours de vie quelque peu ardu. Née dans une famille Franco-Allemande d'une grande rigidité, elle est la benjamine d'une fratrie de trois enfants. Sa mère fait une dépression suite à sa naissance, qui l'oblige à être hospitalisée. Entre l'âge de deux et quatre mois, Éva n'a pas de contacts physiques avec sa mère du fait de l'hospitalisation. À l'âge de cinq ans, Éva est victime d'attouchements sexuels par son frère de 13 ans. À seize, elle perd sa sœur aînée qui se suicide. Ces événements ne sont pas parlés dans la famille et sont tus à l'entourage : La grande sœur a pour le cercle social, trouvé la mort dans un accident de voiture.

Actuellement, Éva est enceinte. Son état de grossesse ayant réveillé des traumatismes anciens, ses T.O.C. et ses tics tendent à réapparaître. Aux prises de ses angoisses, elle a du mal à vivre pleinement sa maternité et à investir ce bébé comme son enfant. Éva comme Mme L., est dans une fragilité narcissique qui y est pour beaucoup de ces difficultés.

3.2. Dispositif de la prise en charge

Éva est donc suivie par la psychomotricienne depuis quatre ans. En parallèle, elle est prise en charge par un psychiatre. Depuis le début des différentes thérapies, Éva a progressivement évoluée vers un mieux. Alors, elle a pu s'autoriser à donner la vie et engager une grossesse.

Intéressée par mon sujet de mémoire et ma participation au chant prénatal, la psychomotricienne voit un intérêt à mettre en place un travail à trois avec Éva qui pourrait lui être bénéfique. Aussi, je rejoins la prise en charge et nous sommes alors deux à l'accompagner dans ses séances individuelles. Le cadre de la séance est repensé

et adapté. Au départ, les séances avaient lieu pendant deux heures, toutes les deux semaines, elles sont désormais hebdomadaires et durent une heure et demie.

Aucun bilan coté n'a été réalisé à ce jour pour Éva, l'utilité pour la poursuite du travail est moindre. Le tonus ayant été évalué par observation spontanée lors d'entretien et de contacts physiques lors de temps de relaxation.

3.3. Projet thérapeutique

Le travail avec Éva s'inscrit dans la continuité de sa prise en charge en psychomotricité, débutée il y quatre ans.

Il va être question dans la thérapie psychomotrice avec Éva de favoriser une perception globale et unifiée du corps. Éva verbalise d'elle-même, que du fait de ses tics, elle ne se perçoit pas comme unifiée. Elle a l'impression, dit-elle « que sa tête est dissociée du reste de son corps ». De plus, elle est constamment dans l'intellectualisation. Qui plus est, le sentiment d'unité corporelle est à la base du sentiment de continuité d'être.

Dans le travail avec Éva, il va s'agir d'abaisser la tension interne pour apaiser l'angoisse. L'angoisse et l'anxiété sont latentes chez Éva et tendent à faire resurgir les T.O.C. et les tics. Éva présente un état tonique relativement équilibré bien que des tensions persistent au niveau de la zone des trapèzes. Un travail en relaxation, dynamique ou non, permettra de modifier la fonction tonique. Ce qui pourra permettre de fluidifier la vie émotionnelle et affective.

Nous allons également rechercher à ce qu'Éva prenne conscience de son corps, dans ce qu'il a de limites, de volumes et d'intériorité. Le corps chez Éva est intellectualisé avant d'être vécu. Il est donc primordial de le lui faire ressentir, en s'appuyant sur l'intégration de sensations cénestésiques, proprioceptives et sensorielles.

Par le biais de la sensorialité, des mobilisations, et de la respiration, nous soutiendrons l'intégration de l'image du corps d'Éva, image en mouvement du fait de sa grossesse.

L'accès à la symbolisation de ses éprouvés est une des visées du travail. Pour donner du sens à un vécu sensori-moteur brut, nous pourrions lui proposer un support d'expression. La symbolisation est une voie d'accès à l'autonomie

La psychomotricité aura bien fonction chez Éva de trouver une adéquation entre le corps et la psyché afin d'initier et de soutenir le lien avec son enfant. Le travail de contacts, de pressions en particulier au niveau du ventre ainsi que les exercices de respiration semblent être appropriés, étant autant centrés sur elle que sur le bébé.

Le travail au niveau de la respiration est essentiel dans la prise en charge d'Éva, afin de l'amener à prendre conscience du flux d'air qui entre et qui sort, qui emplissent sa cage thoracique et ses organes qui viennent appuyer sur la paroi abdominale et utérine. Dans le rythme binaire plein/vide, il s'instaure une impression de densité et par là même, un sentiment d'intériorité. Également, le mouvement respiratoire mobilise le rapport à la vie et à la mort. De cette manière, il participe à la régression qui va être recherchée dans l'état de relaxation d'Éva.

3.4. Prise en charge et évolution du travail

Les séances avec Éva sont riches et s'inscrivent dans une dynamique évolutive aussi bien dans les rapports avec elle-même, qu'avec son enfant et avec le dispositif thérapeutique. Les observations cliniques sont regroupées et condensées, afin de décrire l'évolution d'Éva au fil de sa grossesse et du suivi en psychomotricité.

3.4.1. Premières rencontres avec Éva, entre désarroi et tâtonnement

Je rencontre Éva lors d'un entretien, au mois de décembre 2012, afin d'établir un premier contact et de lui exposer le travail que nous pensons mettre en place avec elle. C'est une femme fine, de petite taille, les cheveux mi-longs lâchés sur les épaules. Elle entame alors son troisième mois de grossesse, et son ventre rebondi se dessine déjà sous son pull signifiant ostensiblement son état.

La première poignée de main est furtive, le sourire est présent mais mal adapté, le corps est rigide, Éva semble anxieuse à l'idée de ma présence. Elle semble alors encline à retrouver l'espace connu de la salle de psychomotricité. Cela est en soit assez cohérent compte tenu de la situation. Mon état tonique n'est pas non plus des plus équilibrés.

Elle se livre et se confie sans trop de réticences, bien que son corps continue de montrer son malaise. Ses réactions de prestance/contenance sont nombreuses, et son tic bucco-lingual bien présent. Elle n'a de cesse de repousser sa langue contre la paroi de sa joue pendant toute la durée de la séance. Pendant l'entretien, Éva avoue culpabiliser de pouvoir oublier pendant la journée qu'elle porte un enfant. Nous remarquons d'ailleurs qu'elle présente peu de mouvements, tactiles ou visuels, vers son ventre. Si elle a conscience et connaissance de cette grossesse, elle ne semble pas avoir intégré le fœtus comme présence interne évolutive dans son propre corps.

Pendant l'entretien, il apparaît également la puissance des liens, transférentiel et contre-transférentiel qui unissent Éva à la psychomotricienne. Dans une relative adhésion à son discours, Éva s'appuie, cherche, et entend l'ensemble des explications qu'elle peut donner. L'appui du regard est présent. Cela interroge sur ce que peut alors incarner la psychomotricienne pour Éva, d'une sœur voire d'une mère.

Pendant la séance, je peine quelque peu à trouver ma place, à savoir quand et comment je peux intervenir. L'absence de paroles de ma part pourrait laisser croire à un regard extérieur sans réel empathie pour la personne et la situation ; au contraire,

des commentaires inutiles ou inadaptés pourraient être vécus comme intrusifs en cette première prise de contacts.

Le travail corporel se met en pratique la fois suivante. Éva dit être contente d'être présente. Pourtant, ce plaisir ne semble ni vécu, ni éprouvé corporellement. La respiration et les gestes ne sont pas modifiés, le sourire paraît de façade. Les affects semblent rationalisés. Lors de l'échange verbal, son regard oscille entre la psychomotricienne et moi. Elle me sourit à plusieurs reprises. En me reconnaissant de la sorte, elle m'attribue une première place au sein de la prise en charge. J'en suis tout à fait, gratifiée.

Pour cette première expérience en commun, la psychomotricienne nous guide par sa voix et nous faisons chacune le travail. Il se trouve que lors de ce travail, je ne donne aucune consigne et vit l'expérience comme Éva dont je ne me distingue finalement pas. Je suis lors cette séance dans un état tonique particulier, alternant entre l'hypertonie de vigilance afin d'être attentive à ce qu'il se passe chez Éva et la tentative désespérée de me détendre afin de percevoir l'apport de l'exercice dans un état d'apparente détente.

Le premier exercice est individuel, nous sommes seules en présence de l'autre. Au sol, sur l'espace délimité par les couvertures, nous faisons les mouvements qui nous sont nécessaires. Éva réalise principalement des mouvements d'étirement.

Nous nous retrouvons ensuite pour un temps plus dynamique qui consiste en des automassages, effectués des pieds à la tête. Il est question d'empaumer les muscles et de mettre en mouvement les articulations, en maintenant son axe, assis sur ses ischions. Éva reste au fil de l'exercice, dans un « collage » à la psychomotricienne dont elle s'applique scrupuleusement à reproduire les mouvements. Il lui est difficile de prendre des libertés par rapport aux consignes.

Nous nous mettons ensuite en cercle, nos mains portantes ou portées par celles de nos voisines. Nous essayons de trouver chacune, notre position d'enroulement. Nous faisons l'expérience de la densité et du poids, qui fluctuent selon

les mouvements d'inspiration et d'expiration. Nous essayons d'accorder nos respirations sans les forcer. La dynamique commune peine à être trouvée. Le contact physique entre la main d'Éva et la mienne est superflu, je ne ressens pas son poids. Il est manifestement difficile pour Éva, comme pour moi de parvenir à une détente conjointe. Le temps de la séparation physique de la fin de l'exercice est écourté par Éva qui se détache très rapidement.

En décubitus dorsal, nous combinons une exploration du souffle avec l'exploration des sons que nous pouvons émettre avec la bouche, les lèvres et la langue, le [s] les dents serrées, le [ʃ]⁶⁵ les dents légèrement entrouvertes ... Nous sommes ensemble mais libres du choix de nos propres sons. L'harmonie est difficile à trouver avec soi même comme avec les autres. Nous poursuivrons le travail sonore mais dos à dos cette fois. Il m'est difficile à ce moment-là, de trouver une place car Éva s'appuie largement sur le dos de la psychomotricienne, sans doute en a-t-elle besoin. À nouveau, Éva reproduit en grande partie les sons émis par la psychomotricienne, sans réellement s'approprier une exploration personnelle.

Éva évoque quelques fois son enfant pendant la séance, en disant « le bébé ». Elle dit s'être bien sentie, « c'est allait crescendo » selon ses mots. Pourtant, il a été particulièrement complexe de s'ajuster toutes les trois et d'instaurer un nouvel accordage.

Suite à ce premier travail, Éva a un mouvement de retrait et doute vouloir poursuivre le suivi en ma présence. Qui plus est, elle contracte une infection des bronches qui se surinfecte. Elle est hospitalisée pendant une quinzaine de jours. Un accident de voiture sans gravité allonge la durée de l'interruption. Toutefois, elle finit par revenir pour un travail à trois. Effectivement, il semble que nous n'ayons pas su lors de cette première séance, instaurer un cadre suffisamment contenant et rassurant qui ait pu susciter l'adhésion d'Éva.

⁶⁵ Le son *ch* est noté [ʃ], selon l'alphabet phonétique Français.

3.4.2. Poursuite du travail et début d'accordage

Nous revoyons Éva après une période d'interruption d'un mois. Elle arrive comme de coutume avec une quinzaine de minutes de retard. Il est d'autant plus difficile avec elle de poser un cadre stable qu'une trop grande rigidité risquerait de lui faire interrompre le travail avec nous. Je suis assez anxieuse à l'idée de cette séance car l'enjeu est grand. Il s'agit d'établir une prémisse de relation entre elle et moi, d'initier un début d'alliance thérapeutique et de trouver un équilibre à trois. Cela conditionne la poursuite du travail.

Elle est alors à cinq mois et demi de grossesse. Son ventre s'est encore étoffé. Le bébé occupe de plus en plus de place dans son corps mais il semble que dans sa psyché, la place reste à faire. Elle nous confie d'ailleurs « je ne me sens pas maman ». Éva relativement autocentrée, semble envahie par les événements récents. Son hospitalisation prolongée suite à une coqueluche ainsi que l'accident sans gravité qu'elle a provoqué dans un moment d'inattention, occupent son discours. Il semble que cela ait révélé ses mécanismes de défense hystériques. Ses tocs sont d'ailleurs réapparus depuis une semaine. Toujours autour de la question des origines, ils consistent à s'interroger sur l'arrivée au pouvoir des dictateurs. Elle associe son tourment sur l'origine à la mort de sa sœur et à sa propre culpabilité de n'être pas partie à sa place.

Elle nous apprend que le bébé est un garçon, elle l'a appris lors de ses examens à l'hôpital. Elle dit être contente bien qu'elle ait préféré une fille. Elle se console en pensant que c'est sans doute mieux afin d'éviter ses projections par rapport à sa sœur. Par ailleurs, elle culpabilise d'avoir pu souhaiter une fille. Son conjoint quant à lui, est ravi d'avoir un garçon. Comme chez Mme L., la culpabilité est majorée par sa fragilité narcissique.

Compte tenu des événements récents, la séance est pensée différemment afin d'offrir à Éva un cadre suffisamment sécurisé et contenant. La trame de ce dispositif sera réutilisée lors des séances suivantes.

La pratique s'apparente à un temps de relaxation. Éva est installée sur le dos sur le tapis, recouverte et enveloppée par des couvertures. Je suis sur le côté, légèrement en retrait essayant d'être dans une attitude bienveillante pour interférer le moins possible dans la détente d'Éva. La psychomotricienne commence par venir contacter successivement avec ses mains le bassin et les côtes, en latéral et controlatéral. Elle accompagne Éva par ses paroles et l'invite à prendre conscience de l'espace qui s'insinue entre ses mains à l'expiration et se remplit à l'inspiration. Progressivement, Éva manifeste des signes de détente, sa respiration se régule, ralentit et s'amplifie au niveau abdominal, les commissures de ses lèvres s'abaissent, ses paupières tressautent légèrement et elle ne cesse de bailler. La psychomotricienne place ensuite une main sur son ventre, l'autre sous son dos. Éva est parvenue à déposer son poids dans le sol, elle est dans son axe. Là, le bébé bouge venant signifier sa présence, sans rompre pour autant de relaxation. Le sourire béat d'Éva qui survient alors, est partagé avec la psychomotricienne. Il semble qu'elle soit venue contacter son bébé.

La relaxation se poursuit, de sorte que progressivement je rejoins le dispositif. La psychomotricienne et moi sommes face à face, de part et d'autre d'Éva. Nous avons chacune une main posée sur son bas ventre, légèrement au dessus du pli de l'aîne, l'autre sous la clavicule. Notre attention est alors portée sur l'espace entre nos mains qui s'agrandit à l'inspiration et se raccourcit à l'expiration. Nous essayons de trouver un ajustement à trois. Très vite, je parviens à m'accorder avec la psychomotricienne, donnée par le rythme respiratoire d'Éva. L'ajustement est perceptible par l'accord de nos respirations et de nos bâillements. Nous prenons le temps d'apprécier l'harmonie trouvée. Nous créons un rythme léger qui balance Éva de gauche à droite.

Au fil des séances, et en fonction de l'état d'Éva, nos mains changent de position et viennent aider à la prise de conscience des différents pôles le haut et le bas du corps, la gauche et la droite en latéral, enfin le sol et le plafond à savoir l'avant et l'arrière. Notre présence à toutes les deux a l'avantage de pouvoir lui faire ressentir sa polarité en simultané, par exemple, l'ancrage de ses pieds au sol pendant que sa tête

se détend. Pour autant, j'ai du mal à prendre des initiatives en fonction de ce que je peux percevoir, ressentir et observer. Je reste dans une certaine retenue et m'appuie moi aussi, largement sur la psychomotricienne.

Le dessin que nous proposons à Éva en fin de séance pour l'aider à élaborer son vécu, est plus ou moins différent d'une séance sur l'autre. Il représente souvent un contenant qui retient à l'intérieur le bon⁶⁶. Parfois, ce ne sont que les contenus qui sont dessinés, le contenant n'ayant pas été perçu⁶⁷.

3.4.3. De la dyade vers la tryade

La grossesse d'Éva avance, elle se déroule au niveau physiologique sans difficulté particulière excepté l'épisode de coqueluche dont elle s'est tirée sans complication pour elle et pour le bébé. À six mois, elle a pris 12 kg, et dit commencer à être gênée. C'est la première fois qu'elle pointe ses changements physiques, dans ce processus de maternité. Un changement net au niveau postural se fait remarquer, elle est beaucoup plus dans l'enroulement. Est-ce le seul fait de sa prise de poids ? Rien n'est moins sur. Elle-même, fait le distinguo avec les premiers temps de grossesse où son ventre était peu marqué comme « en arrière », maintenant elle a l'impression qu'il est « en avant », s'imposant à elle comme aux autres. « Je ne peux oublier mon état », dit-elle.

Le bébé précise t'elle, bouge de façon de plus en plus perceptible. Il paraît s'incarner un peu plus pour Éva. Elle regarde toujours peu son ventre, mais elle pose souvent, ses mains dessus.

Suite à un séjour chez ses parents pendant lequel elle a vu son frère, elle montre un mouvement de protection envers son bébé qu'elle appelle alors « mon fils ». Elle n'a pas envie de lui présenter son enfant de peur qu'il ne pervertisse. Je vois dans cette attitude de défense et les fantasmes qu'elle nourrit autour de son petit

⁶⁶ Cf. *supra*. annexes n° 2,3 p.98,99.

⁶⁷ Cf. *supra*. annexe n°4 p.100.

garçon, un signe plutôt positif de reconnaissance.

L'approche du terme suscite l'angoisse, pas tant dans la peur de l'accouchement mais dans la fin du temps de grossesse qui pour elle, est passé excessivement vite et dont elle n'a pu profiter autant qu'elle ne le souhaitait. Nous pouvons penser que la rencontre avec son enfant et ses nouvelles fonctions de mère participent également de cette angoisse.

Lors des temps de pratique, l'accordage au niveau respiratoire en particulier, est trouvé de plus en plus facilement. Le contact de nos mains sur elle s'adapte d'une séance sur l'autre et affine ainsi le dialogue tonique. Je prends conscience de l'importance de mon état tonique ainsi que de ma position, dans l'altération du contact. Éva me fait d'ailleurs remarquer que mon toucher reste en surface. Il est sans doute trop superflu, et faillit à sa fonction contenante. Je veille alors à être disponible psychiquement et corporellement, afin de m'ajuster à Éva comme à la psychomotricienne pour que s'instaure un accordage à trois. À la fin d'une séance, Éva exprime la sensation de plénitude trouvée dans cette régression, « Je me sens remplie et plus dense ».

Courant mai, Éva participe sur la durée d'un week-end à un groupe organisée par la psychomotricienne. Elles sont en comptant Éva, six patientes suivies au cabinet libéral. Leurs problématiques sont diverses, mais elles ont toutes un rapport au corps complexe, cause ou conséquence de leurs difficultés. Éva est méconnaissable au sein du groupe. Elle semble être dans son élément, en relation avec les autres. Plusieurs fois, elle évoque son enfant ; le fait que ce soit un garçon, elle associe sa sensibilité à certaines activités au fait qu'elle va être maman. Lors d'un travail sur les chaînes musculaires, elle montre d'emblée une préférence pour la chaîne antéro-médiane, à savoir la chaîne associée à l'attitude et à la posture de la mère. À l'atelier, c'est un contenant qu'elle s'applique à réaliser.

D'une manière générale, le travail engagé avec Éva évolue bien. Elle est plus sereine et épanouie. La relation avec son conjoint est parfois source de conflits, ce qui vient gêner la quiétude qu'elle tend à trouver. Cependant, un premier équilibre s'est instauré entre nous, l'assiduité d'Éva en atteste. Bien qu'encourageant, le travail avec elle est à poursuivre afin de préparer la naissance et la rencontre avec son enfant.

Qu'ils s'agissent des participantes au chant prénatal, de Mme L. ou d'Éva, chaque maternité nécessite une attention et un étayage particuliers. Chaque femme enceinte y remédie par le moyen de son choix. La psychomotricité en est un médiateur approprié.

Discussion

À même le corps

D'une manière générale, le travail en psychomotricité s'inscrit autour de trois axes, structurel, relationnel et temporel. Nous allons voir comment ces trois directions sont également la trame du travail avec les mamans, qu'elles soient ou non en difficulté. Ces axes concourent tous à permettre, étayer, ou encore restaurer le lien de la personne avec elle-même, et ainsi avec son enfant. Comment la psychomotricité accompagne t'elle ce mouvement ?

1. Matrices

Une de nos préoccupations premières avec ces femmes traversant le processus de maternité va être de pourvoir à l'image de la mère suffisamment bonne, une structure contenant, étayante et enveloppante. Pour que la mère puisse justement offrir un support à son bébé, il est nécessaire qu'elle aussi en ait bénéficié. Ainsi, la mère enveloppée peut devenir mère enveloppante. C'est une poupée russe qui en englobe une autre.

1.1. Un espace pour accueillir

L'espace d'accueil dans lequel sont reçues les mamans est comme dans tout dispositif thérapeutique, spécifié par un cadre. Le cadre est à la fois externe, défini par un dispositif matériel, strict et concret, et interne faisant appel de la disponibilité du thérapeute. Il met à disposition du patient un contenant. « Délimitant les frontières entre un dedans et un dehors, entre la présence et l'absence, entre l'ordinaire (quotidien) et l'extraordinaire (séance), le cadre va prendre le rôle de barrière qui protège, qui maintient, qui permet les échanges. »⁶⁸

Le thérapeute justement, est garant du cadre quel qu'il soit, il assure sa permanence et prodigue ainsi, un sentiment de sécurité. « Celui-ci en garantit le repérage spatio-temporel et la continuité, le droit à l'énonciation libre et protégée ou

⁶⁸ LAURAS PETIT A. in BALLOUARD C., *Le travail du psychomotricien*, Paris, Dunod, 2003, p.127.

séparée des interventions extérieures ; il garantit aussi que l'adhésion au projet puisse être remise en question par le patient. »⁶⁹

Madame L. et Jean, Éva et les mamans du chant prénatal, sont toutes accueillies dans des cadres sensiblement différents. Les deux premiers sont des cadres thérapeutiques, à l'inverse du dernier. Pourtant, ils confèrent chacun des vertus de contenance et d'étayage. Bien que nous évoquions ici le rôle du psychomotricien ou du thérapeute, Marie-Laure remplit en maintenant un cadre stable, une fonction d'accueil.

Le cadre fait fonction de contenant maternel, au sein duquel se projette des éprouvés encore inassimilables qui vont se symboliser psychiquement grâce à la capacité du thérapeute à les accueillir. « Le psychomotricien va accompagner les mouvements d'intégration des éprouvés dans le champ des émotions, des affectss, des pensées »⁷⁰.

Mme L. et Éva se sont visiblement saisies de cette fonction d'accueil. Au fil de la prise en charge, leur parole s'est libérée. Rassérénées dans un cadre contenant et sécurisant, elles étaient disposées à confier leurs fantasmes et leurs doutes. Éva nous a fait part de sa peur que ce soit un garçon et qu'il reproduise le schéma incestueux familial. Éva a pu également s'appuyer sur son vécu en séance et faire des liens avec sa propre histoire. Après le premier temps de relaxation où nous lui avons fait ressentir sa polarité haut/bas du corps afin de palier à la discontinuité qu'incarne son cou, elle a avancé le fait que sa sœur se soit donnée la mort par pendaison.

En plus, le cadre a cette caractéristique de pouvoir limiter l'excitation dans ses effets désorganiseurs, qu'elle soit d'origine interne ou externe. La fonction de *pare-excitation* constitue un écran intermédiaire entre le monde extérieur et la réalité psychique. Le premier temps d'éveil et de conscience corporelle de l'atelier de chant prénatal matérialise cette fonction du cadre. Il permet le passage d'un environnement

⁶⁹ MARTIN M. « Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité » in *Cahiers de psychologie clinique*, février 2011, n°17, p.107.

⁷⁰ POTEL BARANES C., *L'adolescence du point de vue de la psychomotricité*, Cours de psychiatrie de l'adolescent, troisième année, 2013, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, p.19.

extérieur à l'espace contenant de la séance. Ainsi maintenues, nous pouvons être disponibles à nous même et au temps de la séance qui suit.

1.2. Le corps des mères

Le corps occupe une place centrale dans le processus de maternité, il est à la fois le support de la transformation et l'interface de la relation.

Le corps change et avec lui, l'identité corporelle remodelant le rapport aux autres, à l'espace et au temps. Le corps est mouvant, non fiable. Aussi, la femme enceinte va devoir trouver des repères, des appuis extérieurs auxquels se référer.

Le cadre externe comme interne créent l'impression d'une enveloppe contenante, pouvant être renforcée par le sentiment d'unité du corps induit par le travail psychomoteur. Le sentiment d'unité précède le sentiment de continuité d'être qui va de pair avec l'ancrage dans la réalité.

La question de l'étayage des enveloppes psychocorporelles est d'ailleurs, au cœur du travail avec les futures mamans. Traditionnellement, la mère est identifiée à un contenant au sens où elle abrite corporellement et psychiquement l'enfant. Le corps de ces femmes est le réceptacle physique à l'accueil de l'enfant, il est dans l'espace thérapeutique, soutenu par le psychomotricien.

Le portage est physique comme psychique pour que les femmes puissent s'allouer à elle-même comme à l'enfant une qualité d'étayage et de contenance. L'étayage successif est bien illustré par la situation de Madame L., qui accompagnée de notre présence et réassurée par les mots, peut placer Jean dans la position du bouddha et générer chez lui la détente. Le soutien peut aussi être apporté à Jean pour étayer Madame. Maintenu dans son axe, le lien avec sa mère est rendu possible.

Le thérapeute par son engagement corporel, peut parvenir à procurer une sensation de contenance et de soutien, dans l'instauration d'un dialogue tonique. Le dialogue tonico-émotionnel a dans le travail de thérapie psychomotrice, une place particulière. C'est une communication de sympathie, « un langage sympathique comme une contagion qui passe d'un corps à l'autre »⁷¹. En recherchant une baisse de la tension interne chez Madame L., nous avons pu parvenir à ce qu'elle s'apaise et qu'elle soit dans une meilleure disponibilité relationnelle. De sorte, elle a pu faire expérimenter à Jean les deux pôles toniques, base de son développement psychomoteur. Éva quant à elle, a pu verbaliser le sentiment de contenance procuré par un travail de contacts de nos mains sur elle, « Je me sens plus dense et plus remplie ». Cette impression de contenance s'exprime tout autant dans son dessin⁷².

1.3. L'engagement bienveillant

Le thérapeute à la différence du psychanalyste qui est dans une *neutralité bienveillante*, fait preuve d'une *implication corporelle*⁷³. C'est toute sa personne qui est engagée, émotionnellement, corporellement et psychiquement. Il « sera un support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives pour le sujet »⁷⁴. Il doit faire preuve d'une extrême bienveillance.

L'engagement émotionnel avec ces mères est d'autant plus massif, que leur vécu renvoie à un phénomène connu et partagé par tous. Mon implication que ce soit à l'atelier de chant prénatal, avec Éva ou Mme L, est grande. L'émotion me gagne souvent. Cela est positif au sens où elle participe de mon intuition et m'aide de fait, à penser le travail. J'ai pu ainsi, me distancier du moment de symbiose entre Mme L. et Jean installé dans le hamac, tout en les accompagnant de mon regard et de ma présence physique. Parfois, l'émotion déborde ma sensibilité ; Ma prise d'initiative est

⁷¹ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. (2011), *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, Marseille, Solal, p.159.

⁷² Cf. *supra*. annexes n° 2,3, p.98,99.

⁷³ MOYANO O. « La relation psychomotrice : une autre idée du transfert » in *Thérapie psychomotrice et recherches*, 1994, n°100, p.200-209.

⁷⁴ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. (2011), *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, Marseille, Solal, p.292.

alors altérée et relayée par mon fonctionnement mental qui vient freiner l'émotion. Par voie de conséquence, cela me rend moins disponible. Lorsque je propose à Mme L. de lui passer la balle à picot dans le dos pendant qu'elle porte Jean dans ses bras, la détente n'est pas trouvée. Et pour cause, la situation est semble t'il, plutôt inadaptée. Je perçois effectivement le dysfonctionnement du dispositif. Pourtant, je ne peux le modifier dans l'instant, complètement aux prises de mon raisonnement logique. Je ne peux alors envisager d'autres moyens de parer à leur détresse mutuelle.

Le soutien psychique et physique, apporté au patient, renvoie aux notions de holding et de handling de Winnicott. Le thérapeute est la mère suffisamment bonne qui prodigue les soins. De cette manière, entre le thérapeute et le patient « se construira dans cette relation réelle qui n'est pas la reviviscence d'une expérience passé mais qui se veut une fondation affective et effective dans les processus d'organisation du corps, de l'espace et du moi »⁷⁵.

L'engagement de la psychomotricienne offre à Éva un support psychique et physique. Lors d'un exercice à trois où nous cherchions à accorder nos respirations, nos mains portaient ou soutenaient celles de nos voisines afin de fermer et délimiter le cercle. Le positionnement de nos mains s'est fait instinctivement. Naturellement, la psychomotricienne s'est placée en support et a porté nos deux mains. J'étais l'intermédiaire, à la fois support et poids. Ce qui a permis qu'Éva soit portée par chacune de nos mains.

Le thérapeute peut se faire le support physique du patient, et prendre la fonction de *back ground object*, autrement dit d'objet d'arrière-fond. Il lui fait alors vivre l'expérience d'être tenu dans le dos. L'objet support confère par son appui, un sentiment de protection et de sécurité, pouvant apaiser l'angoisse. Lors de la première séance de travail à trois avec Éva, nous avons fait l'expérience des sons, accolées dos à dos. J'ai alors eu beaucoup de mal à contacter Éva dont le dos était presque intégralement collé à celui de la psychomotricienne. J'étais à ce moment là, un peu

⁷⁵ SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. (2011), *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, Marseille, Solal, p.292.

exclue, en position de tiers certes, mais pas de séparateur. Ceci laisse à penser que l'exercice était sans doute précipité pour une première rencontre, autant dans le contact physique que dans la séparation que je pouvais induire. Le contact par le dos est également un des moyens ayant permis la rencontre de Mme L. et de Jean. C'est en le berçant dans le hamac que s'est installé un dialogue tonique sur lequel a pu s'appuyer leur rencontre.

2. Liens

La maternité implique un remaniement identitaire significatif. L'identité correspond au « caractère permanent et fondamental de quelqu'un qui fait son individualité, sa singularité »⁷⁶. Elle est issue d'un ensemble de caractéristiques biologiques, socioculturelles, psychologiques, corporelles et fantasmatiques. L'identité distingue l'individu de l'autre, et l'inscrit au sein du groupe social. L'*identité socioculturelle* se fonde sur des repères physiques, familiaux et de filiation, et définit un ensemble de fait et de droit pour la personne. À ce sens, l'identité fait appel du lien avec soi-même comme avec autrui. La psychomotricité justement s'attache à cette question du lien.

2.1. Reconnaissance par les pairs

La maternité ébranle fortement le narcissisme et implique de grands remaniements identitaires. En cela, elle se rapproche de la crise d'adolescence nommée aussi processus d'adolescence. Les premiers mouvements identificatoires vont généralement vers la personne de sa mère, mais très vite s'étendent au groupe social qui lui offre une reconnaissance. « Toutes les mères ont besoin d'être confortées dans leur nouvelle identité »⁷⁷.

⁷⁶ *Le petit Larousse illustré*, Paris, Larousse, 2013, p.557.

⁷⁷ BRUSCHWEILER-STERN N. (1998), *La naissance d'une mère*, Paris, Odile Jacob, p.17.

Précisément, le groupe peut être porteur dans le processus de maternité. Nous pouvons l'observer aux ateliers de chant prénatal lors desquels les mamans se soutiennent les unes, les autres, s'échangeant des conseils, se rassurant sur le moment de l'accouchement. Ce groupe est un espace au sein duquel des phénomènes d'identification et de rivalité peuvent se jouer. Il s'apparente au groupe de femmes que l'on retrouve dans certaines sociétés primitives, et qu'on l'on retrouvait plus communément autrefois dans nos sociétés occidentales. Le groupe fait à la fois, figure de rite et de lieu de passage au carrefour des générations.

Le processus identificatoire peut s'inscrire tout autant dans une relation duelle, au sein de laquelle l'autre est l'objet de l'ensemble des projections négatives comme positives. Nous pourrions faire ici le rapprochement avec les identifications en jeu à l'adolescence et le besoin pour exister d'avoir un « double narcissique, en miroir qui renforce le moi »⁷⁸.

Mme L. sans doute dans un besoin plus régressé d'établir une relation primaire, préfère pour l'instant la contenance d'un suivi en individuel. La relation privilégiée d'Éva avec la psychomotricienne est du point de vue identitaire, plutôt positive compte tenu de sa problématique de lien. Elle a pu investir narcissiquement une femme hors du cercle familial.

À ce sujet, nous pouvons d'ailleurs nous interroger sur ce que j'ai pu leur renvoyer d'une part et ce qu'elles ont pu projeter en moi. Une de mes appréhensions au départ, était précisément que ma parole est moins de poids auprès d'elles du fait que je n'ai pas connu la maternité. L'âge a permis que je ne me place pas en rivale directe. Une fois seulement, j'ai cru percevoir un sentiment de rivalité chez Madame L. alors que je berçais Jean, assise sur le ballon. Je lui ai rapidement redonné Jean, tout en la rassurant sur ses capacités à le calmer.

⁷⁸ POTEL BARANES C., *L'adolescence du point de vue de la psychomotricité*, Cours de psychiatrie de l'adolescent, Troisième année, 2013, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, p.8.

2.2. Je me reconnais, je te reconnais

L'identité du sujet s'incarne dans son propre corps qui en est le support concret. « L'identité corporelle passerait par la maîtrise du fonctionnement corporel [...]. Elle serait précisément ce sentiment de l'unité de la perception corporelle »⁷⁹. *L'identité corporelle* provient de la connaissance du corps et de sa perception globale, unifié et cohérente. Elle suppose l'intégration du schéma corporel et l'investissement d'une image du corps. Le schéma corporel correctement établi, fournit la perception d'un corps structuré, fondamentale dans le sentiment d'un corps unifié. De surcroît, il permet l'identification de l'individu à un groupe. De ces identifications au groupe entre autre, va naître une représentation du sujet de son propre corps. « L'image du corps a valeur de témoin de la permanence du Soi et représente en tant que telle la référence au sentiment d'identité »⁸⁰. Elle s'édifie dans la relation à l'autre dans ce qu'il nous renvoie de notre propre image, de notre attitude corporelle.

L'identité idéale et les fantasmes sont au cœur de la grossesse, particulièrement. La femme le vit d'une manière qui n'est pas forcément la même que celle imaginée au départ, ce n'est pas non plus la même que celle de sa mère, ou que celle de son amie mais bel et bien, la sienne. L'enfant est lui aussi investi de fantasmes. Éva fantasme au départ que son enfant soit une fille. Mme L. doute que Jean ne la reconnaisse pas comme sa mère, qu'il ne voit en elle « pas plus qu'une autre personne qui s'occuperait de lui ».

Le corps change et avec lui, l'identité corporelle remodelant le rapport aux autres, à l'espace et au temps. Aussi, le travail du corps dans sa perception globale et structurée semble à exploiter afin de soutenir le changement d'identité maternelle. Nous nous sommes ainsi appuyer sur l'intégration d'un schéma corporel et image du corps dans la prise en charge d'Éva. L'image du corps confère un sentiment de continuité temporelle qui est mis à mal pendant la grossesse, et d'autant plus chez Éva.

⁷⁹ GIROMINI F. (1994), *Corps et paroles sur le corps*, Paris, Vernazobres-Grégo, p.175.

⁸⁰ FERRERI M., GODEFROY M., SLAMA F., NUSS P. « Identité esthétique et dysmorphophobie », in *Confrontations psychiatriques*, n°39, 1998, p.308.

C'est en se reconnaissant ainsi sujet, et d'une entité stable que la reconnaissance de l'autre est possible, mais ici l'autre à savoir l'enfant, est une partie de soi. Le thérapeute aura alors à cœur de participer de cette reconnaissance. Cela passe par l'appropriation d'un sentiment identité corporelle, véhiculée par l'image du corps et le schéma corporel.

En rendant Éva plus disponible et présente à elle-même, cela a permis d'initier et de soutenir le lien avec son enfant. Le travail de contacts, de pressions en particulier au niveau du ventre ainsi que les exercices de respiration, en bougeant le contenant utérin, ont fait réagir le bébé. De cette manière, elle a pu être plus sensible et plus attentive à ses manifestations. L'enfant est devenu de sorte plus « réel » pour elle et a pu progressivement s'insinuer une place dans sa psyché.

2.3. L'alliance thérapeutique

À l'écoute et disponible, empathique et sympathique, le thérapeute va pouvoir obtenir l'adhésion du patient et instaurer avec lui, une alliance thérapeutique. L'alliance thérapeutique est le « point d'ancrage du cadre psychique »⁸¹. L'empathie indispensable à l'alliance thérapeutique, « consiste à appréhender l'état affectif d'autrui sans le partager. L'appréhension de son émotion est semblable à l'état affectif qui accompagne pour nous le rappel d'un souvenir qui fut associé à une émotion »⁸².

Transfert* et contre-transfert* sont en jeu dans l'alliance thérapeutique entre patient et thérapeute. Éva paraît considérablement investir la psychomotricienne. L'intensité du lien m'a au premier abord, surprise. Elle s'appuie énormément sur ses mots, comme sur ses consignes. L'indépendance dont elle a fait preuve au sein du groupe, montre l'importance de ce lien dans l'avancée du travail. L'accès à l'autonomie nécessite une « bonne dépendance », transitoire et indispensable.

⁸¹ HOUZEL D. « Un élément du cadre : l'alliance thérapeutique » in *Journal de la psychanalyse de l'enfant : Le cadre*, février 1986, p.78.

⁸² *Ibid.*, p. 303.

Dans la prise en charge d'Éva, ma place était également à définir. L'alliance thérapeutique est importante à instaurer avec les mamans en devenir, car leurs problématiques sont pour la plupart, situées sur le registre du lien. Cela va conditionner en grande partie, le fait qu'elles se laissent porter. Les difficultés d'Éva sont en lien direct avec cette question du portage. Les débuts de la grossesse ont été difficiles à accepter bien que la maternité ait été voulue. Elle se sentait inactive, sentiment que lui renvoyait son conjoint et ne pouvait se supporter dans un tel état. La passivité que nous pouvons assimiler à la mort, est associée avec sa propre histoire. En deçà de la question actif/passif se trouve celle de porter/être porté, chose à laquelle Éva ne parvient pas. La qualité du lien avec le thérapeute, par sa présence et ses contacts, permet de lui apporter le soutien nécessaire pour qu'elle puisse accéder à la détente et élaborer un sentiment de sécurité interne. Le dialogue tonique est ainsi largement sollicité. Éva va devoir se laisser porter pour pouvoir porter cet enfant.

Le travail avec Jean et l'adhésion de Madame, ont permis de mettre en avant ses compétences aux yeux de sa maman. Nous avons pris le temps de la rendre attentive à ce qu'il pouvait montrer. Madame a pu se sentir valorisée et se réassurer dans sa capacité à interpréter les manifestations de Jean et à y répondre. Petit à petit, elle a pu investir la relation ainsi que sa propre qualité de mère.

Le contre-transfert œuvrant chez moi aussi, j'ai eu mon lot de projection sur ces mères. Elles m'ont parfois renvoyée à ma propre mère, à celle que je serais peut être. Elles sont également venues me toucher dans mon identité actuelle, de femme et de thérapeute en devenir. Ainsi, j'ai pu investir le travail avec elles quelque fois de manière trop exacerbée. L'arrêt de la prise en charge de Mme L. et de son petit garçon suscite en moi, un sentiment immense de frustration et d'impuissance.

3. Structures

En plus d'un contenant, la psychomotricité doit pouvoir fournir un étayage structurant et structurel. En permettant l'unité autant que la séparation, elle amorce le

processus d'individuation. Qu'est-ce qui sert de support, de médiateur venant faire tiers et ouvrir l'espace relationnel ?

3.1. La médiation corporelle

Partie du constat selon lequel la maternité remanie l'identité du sujet et que le corps est justement à la base de l'identité, la médiation corporelle paraît particulièrement adaptée au soutien du processus de maternité. « La médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre »⁸³, c'est la proposition faite d'une activité inscrite dans l'espace et le temps. Elle propose la création d'un « objet » commun, qui se fait le témoin de la relation entre les personnes participantes. L'activité de chant prénatal s'inscrit bel et bien dans un espace et une temporalité, donnés. Les participantes sont incluses dans une enveloppe sonore commune qu'elles créent par leurs caractéristiques vocales, leurs implications émotionnelles et corporelles.

Nous pouvons établir ici, un parallèle avec les thérapies à l'adolescence, dans lesquelles il s'agit de soutenir un processus de transformation de l'image du corps, en offrant un support à l'intégration psychique des éprouvés, des affects, des émotions. Les médiations corporelles sont appropriées à ce travail car elles contribuent à renforcer le Moi fragilisé dans cette traversée périlleuse. Le chant prénatal en venant vibrer le corps de l'intérieur comme de l'extérieur, contribuent à l'intégration de l'image du corps. Elle permet également la rencontre avec l'enfant par l'intermédiaire de la peau et de la voix.

La voix est d'autant plus intéressante à prendre comme médiateur qu'elle se place en support du narcissisme et de la personnalité. La voix est le prolongement de l'entité physique qu'est notre corps. Elle permet l'expression comme l'inscription dans un espace donné. Elle est, à l'instar du corps somatique, unique et propre à chacun. Elle rapproche autant qu'elle distancie.

La médiation corporelle prend le corps comme moyen d'expression et de

⁸³ POTEL BARANES C., *L'adolescence du point de vue de la psychomotricité*, Cours de psychiatrie de l'adolescent, troisième année, 2013, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, p.26.

communication. Il est une mise en relation directe entre soi et le monde. Au cœur du travail à médiation, se situe la créativité.

Créativité et identité entretiennent des liens étroits. Il apparaît important de s'en saisir dans le travail avec les mamans, car la créativité est fondamentale dans l'appropriation de soi. Pour D.W. Winnicott, la créativité est symbole de vie procurant la sensation d' « être vivant » et de « se sentir réel »⁸⁴. « La créativité influe sur la qualité des relations que le sujet entretiendra avec la réalité tout autant que sur sa propre aspiration à vivre et à exister »⁸⁵. La créativité paraît très intéressante à déployer chez Mme L. car elle implique de faire émerger des désirs qui du fait de sa dépression, ont tendance à s'éteindre. La créativité commence justement à poindre. Mme L. devient créative en s'appropriant ce dont elle a fait l'expérience. Cela s'en ressent dans sa façon de s'adresser à Jean, dans son envie de participer avec lui aux bébés nageurs.

3.2. Espace transitionnel, espace relationnel

La notion d'espace potentiel fait référence à celle d'aire transitionnelle. Il s'agit d'un espace entre le monde interne et le monde externe, dans lequel le sujet peut jouer, rencontrer l'autre et se montrer créatif. Initialement, cet espace est créé dans la prime enfance entre l'enfant et sa mère dans les expériences de jeu et de soin. Le bébé dans l'illusion d'avoir créé l'objet présenté par sa mère au moment favorable, élabore les prémisses d'une créativité.

L'espace transitionnel s'ouvre notamment grâce à l'intervention du père, sur un espace relationnel. En thérapie psychomotrice, l'espace est à la fois transitionnel se jouant entre thérapeute et patient, une relation maternante de soin, et relationnel car le patient est capable de sortir de cette régression pour s'inscrire dans la relation à l'autre.

⁸⁴ WINNICOTT D. W. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, (1999).

⁸⁵ AUBOURG F., « Winnicott et la créativité » in *Le Coq-héron* n°173, Paris, Érès, février 2003.

Dans ce but, le psychomotricien doit pouvoir faire preuve d'une grande adaptabilité. Cette adaptabilité est d'autant plus indispensable avec ces femmes qu'elles connaissent les fluctuations du processus de maternité. Le psychomotricien est systématiquement tenu de s'adapter à la disponibilité du patient. Force est de constater que cette adaptabilité requiert une certaine expérience. J'ai parfois peiné à m'adapter au besoin que manifestait Mme L., essayant de concilier avec ce que j'avais en tête. Je ne lui par exemple pas fait choisir la position dans laquelle elle souhaitait se relaxer parce que je voulais qu'elle conserve un certain degré de conscience pour pouvoir rester en lien avec Jean pendant ce moment. Mme avait sensiblement quelques douleurs au niveau de la colonne lombaire. Ma proposition ne fut pas très judicieuse.

3.3. La question du tiers

Pour rencontrer le patient, le psychomotricien doit être capable « d'aller le chercher », sans se perdre. Cela nécessite qu'il ait intégré un ancrage solide à la réalité et une connaissance de ses propres limites. Ainsi, il peut s'adapter aux besoins de la personne. L'adaptabilité concerne aussi le cadre même des séances (horaires, fréquence, durée, lieu ...). La séance « doit être à la fois contenante, sécurisante, pour éviter la dispersion, ou le morcellement, suffisamment souple pour permettre les explorations et l'expérience de transformations, mais elle doit aussi pourvoir déranger un certain ordre dans lequel les participant se confinent »⁸⁶. Il est indispensable que le psychomotricien s'ajuste au moins au départ, à la temporalité du patient. Les retards fréquents d'Éva ont nécessité l'adaptation du cadre. Ce qui a permis la rencontre et l'établissement d'un lien avec elle. Cependant, il est important de rappeler le cadre en énonçant les nouvelles règles. Le cadre dans la prise en charge d'Éva a pu se maintenir et s'ajuster justement parce qu'il a été formulé. Les séances sont devenues au cours du suivi, hebdomadaires et leur durée s'est raccourcie. De cette manière, Éva a pu trouver un accueil contenant ainsi que des limites structurantes.

⁸⁶ CUNGI C. (2006), *L'alliance thérapeutique*, Paris, Retz, p.112.

À l'instar du père qui vient « ouvrir la relation duelle aliénante de l'enfant avec sa mère et indispensable »⁸⁷, le psychomotricien garant du cadre, va jouer ce rôle. La médiation peut elle aussi, avoir cette fonction de distanciation.

Le travail psychomoteur va aider le patient à prendre conscience de la solidité de sa structure interne qui participe au maintien de son axe. L'axialité fait communément référence au père. D'après les travaux de G. Denys-Struyf⁸⁸, le symbole du père est représenté par la chaîne postéro-médiane. « Le squelette fournit des points d'appui, des leviers qui meuvent le sujet dans des directions déterminées. Il y a là matière à intérioriser son support, à se supporter soi même »⁸⁹. Aussi, le travail en psychomotricité en faisant appel de la structure interne du corps comme de la structure externe du cadre, pose un système solide qui modélise la matière jusque là informe du contenant.

Les percussions sollicitent la structure osseuse, « instance solide du corps, un système remarquable par sa constance et sa cohérence, dont la rigidité ne varie pas au gré des états affectifs »⁹⁰. Le sentiment de plénitude est alors renforcé par le sentiment d'immutabilité du squelette qui maintient. Qui plus est, les percussions instaurent un rythme dans le corps. Le rythme se retrouve dans nombres d'activités telles que la respiration, les balancements. Il « est un facteur important de matérialisation de ce troisième terme (le « père ») auquel la mère (le thérapeute) se soumet elle-même et la fait aller et venir »⁹¹. Le rythme permet que se symbolise l'absence.

Dans la prise en charge, l'intégration du rythme est permise par l'installation de liens. Au sein d'un cadre suffisamment perméable et contenant, le patient peut s'autoriser à aller et venir. Cette rythmicité a mis du temps à s'instaurer dans le travail

⁸⁷ GAUBERTI M. (1993), *Mère-enfant : À corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Paris, Masson, p.12.

⁸⁸ Cf *supra*. annexe n°5 p.101.

⁸⁹ LESAGE B. (2006), *La danse dans le processus thérapeutique. Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*, Paris, Érès, p. 34.

⁹⁰ *Ibid.*, p.33.

⁹¹ SCHOTT-BILLMANN F. (1994), *Quand la danse guérit*, Paris, La recherche en danse, p. 186.

avec Éva, d'une part car le cadre externe était difficile à maintenir, d'autre part car mon arrivée au sein de son suivi en psychomotricité, a impliqué de trouver un nouvel accordage. Le rythme nécessite de respecter la temporalité du patient. Or, j'ai pu me rendre compte que cela n'était pas forcément évident. L'analyse de la situation tend à nous faire anticiper les réactions du patient, plutôt que de les laisser émerger chez le patient. Le travail avec Éva lors de la première séance, n'était sans doute pas en accord avec sa disposition momentanée. L'ajustement corporel comme relationnel n'avait pu être trouvé. Cela a sans doute contribué au fait qu'elle souhaite alors interrompre le travail à trois.

C'est justement parce que le support est suffisamment stable et solide, qu'il permet d'appréhender les mouvements de passage vers et hors de la régression.

Il semble que dans le travail avec Mme L. cet étayage structurel m'ait manqué. J'ai alors fait appel de mon mental pour essayer d'y pallier, mettant mon intuition de côté. De fait, je n'ai pu mettre à disposition de Madame L. un support suffisamment solide qui lui permette de se laisser aller à la détente en étant sûre de pouvoir en sortir. Lors de la première séance, la pédopsychiatre faisant fonction d'autorité, apporte la structure que Mme n'a pu trouver ni en moi, ni en elle.

La psychomotricité pose un regard global sur la personne et prend en considération l'interrelation qu'il existe entre son corps, ses émotions et ses pensées, en lien avec son environnement. En cela, elle rejoint le mouvement en jeu pendant la maternité. De plus, la psychomotricité s'attache à révéler et à développer le potentiel ou les capacités du sujet.

Le psychomotricien est attentif à la communication non verbale et se fait le fin observateur du langage du corps. Il met en œuvre des moyens visant à créer ou recréer chez la personne un équilibre psychomoteur.

CONCLUSION

Maternité et psychomotricité s'ancrent dans la matière du corps et corroborent la psyché. La structuration psychocorporelle à l'œuvre dans le travail en psychomotricité justifie l'intérêt de son application dans le processus de maternité ; Car la psychomotricité suit le sens du mouvement et dans une dialectique poids/support/appui, peut mobiliser la question de l'étayage et donc du lien.

Ainsi, la psychomotricité peut se faire le support d'un processus de transformation par le biais du corps et de la créativité, auprès des mères en devenir. La médiation corporelle permet de clarifier l'engagement et l'investissement personnel de chacun. Elle favorise de fait, l'accès à la subjectivité, à l'altérité. Chez ces mamans, cela participe à la reconnaissance et l'accordage avec l'autre que représente l'enfant.

Ce travail dynamique permet que se transforme la représentation de soi qui devient alors plus concrète et vivante et s'ouvre à de nouveaux possibles. La maternité étant une véritable quête identitaire, corporelle comme psychique, il est pertinent que la psychomotricité vienne se positionner par rapport à cela. Or, la maternité si elle ne sollicite pas le champ de la thérapie, reste un domaine encore peu exploité par les psychomotriciens.

Nous avons envisagé dans cet écrit, le processus de maternité dans un système familial occidental de base. À l'heure où les moyens de conception comme les schémas familiaux se diversifient, la parentalité tend à s'aborder indépendamment de la fonction physiologique. Qu'en est-il alors de la construction de l'identité de la mère ? Comment devient-on mère d'un enfant que l'on n'a pas porté physiquement ? Le psychomotricien par sa conception de l'unité psyché-soma, est particulièrement apte à accompagner et soutenir l'accès à la parentalité. Le travail s'inscrit de surcroît, dans une démarche préventive pour la personne de la mère, comme pour l'enfant.

À l'image du couple parental, l'accompagnement peut être réalisé en co-thérapie. Les thérapeutes offrent une qualité de contenance et de soutien d'autant plus riche qu'ils s'étayent mutuellement. Les regards se croisent, les sensibilités se complètent. Petit à petit, va se révéler la mère qui sommeillait jusqu'alors chez la femme.

Bibliographie

Annexes

Glossaire

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ P. (2006), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Heures de France.
- ANTOINE C. (2007), *La révolution intérieure : Psychologie de la grossesse et de la maternité*, Paris, Larousse.
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Bordas, (1995), Dunod.
- ANZIEU-PREMMEREUR C. « Fondements maternels de la vie psychique » in *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LXXV, Paris, PUF, décembre 2011.
- AUBOURG F. « Winnicott et la créativité » in *Le Coq-héron*, n°173, Paris, Érès, février 2003.
- BADINTER E. (2001), *L'amour en plus : Histoire de l'amour maternel XVII^e- XX^e siècle*, Paris, LGF.
- BALLOUARD C. (2003), *Le travail du psychomotricien*, Paris, Dunod.
- BAYLE G. (1997), *Paul-Claude Racamier*, Paris, PUF.
- BRUSCHWEILER-STERN N. (1998), *La naissance d'une mère*, Paris, Odile Jacob.
- BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- BYDLOWSKI M. (1997), *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF.
- BYDLOWSKI M. (2000), *Je rêve un enfant : L'expérience intérieure de la maternité*, Paris, Odile Jacob.
- BYDLOWSKI M. « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne » in *Devenir*, volume 13, n°2, 2001.
- CUNGI C. (2006), *L'alliance thérapeutique*, Paris, Retz.
- CYRULNIK B. (2004), *Parler d'amour au bord du gouffre*, Paris, Odile Jacob.
- DAYAN J. (dir.), ANDRO G., DUGNAT M. (1999), *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson.
- DELASSUS J.M. (2007), *Le sens de la maternité*, Paris, Dunod.

- DELASSUS J.M., BOUREAU-LOUVET V., CARLIER L. (2010), *L'aide mémoire de la maternologie*, Paris, Dunod.
- DEUTSCH H. (1949), *La psychologie des femmes : La maternité*, Tome II, Paris, PUF (2002).
- DUGNAT M. (1999), *Devenir père, devenir mère. Naissance et parentalité*, Paris, Érès.
- FERRERI M., GODEFROY M., SLAMA F., NUSS P. « Identité esthétique et dysmorphophobie » in *Confrontations psychiatriques*, n°39, 1998.
- FRAPPAT B. « L'enfant, de l'ébauche à l'être humain » in *Le Monde*, 25-26 janvier 1976.
- GAUBERTI M. (1993), *Mère-enfant : À corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces*, Paris, Masson.
- GIROMINI F. (1994), *Corps et paroles sur le corps*, Paris, Vernazobres-Grégo.
- HOUZEL D. « Un élément du cadre : l'alliance thérapeutique » in *Journal de la psychanalyse de l'enfant : Le cadre*, février 1986.
- HOUZEL D., EMMANUELLI M., MOGGIO F. (2000), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.
- JOLY F., LABES G. (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1 : Corps, tonus et psychomotricité, Montreuil, Éditions du papyrus.
- LACROIX M.B., MONMAYRANT M. (1995), *Les liens d'émerveillement : L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, (2009).
- LEBOVICI S. (1983), *Le nourrisson, la mère, et le psychanalyste : Les interactions précoces*, Paris, Éditions du Centurion.
- LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M. (1995), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.
- LESAGE B. (2006), *La danse dans le processus thérapeutique. Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*, Paris, Érès.
- Le Petit Larousse Illustré*, Paris, Larousse, 2013.
- LIAUDET J.C. « L'héritage de Françoise Dolto : L'enfant est une personne » in *Label France*, 2001, n°43.
- LIAUDET J.C. (2002), *Telle fille quel père ?*, Paris, L'Archipel.

- MARTIN M. « Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité » in *Cahiers de psychologie clinique*, février 2011, n°17.
- MONTAGNER H. (1998), *L'attachement : Les débuts de la tendresse*, Paris, Odile Jacob.
- MORIN C., *Naissance d'une mère : Intérêt d'un accompagnement psychomoteur dans le processus d'autonomisation en centre familial*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricien, Juin 2009, Institut de Formation en Psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.
- MOYANO O « La relation psychomotrice : une autre idée du transfert » in *Thérapie psychomotrice et recherches*, 1994, n°100.
- POTEL BARANES C., *L'adolescence du point de vue de la psychomotricité*, Cours de psychiatrie de l'adolescent, troisième année, 2013, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.
- POTEL M.L. (2011), *Le chant prénatal*, Paris, Désiris.
- PRIEUR-RICHARD E. « Une odyssée inconsciente, l'accouchement » in *Psychismes Vivants*, Septembre 2010.
- ROBERT-OUVRAY S. (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer.
- SCHOTT-BILLMANN F. (1994), *Quand la danse guérit*, Paris, La recherche en danse.
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. (2011), *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, Marseille, Solal.
- SPIESS M. « Le vacillement des femmes en début de grossesse » in *Dialogue*, 2002, p.42-50.
- STERN D. N. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, (2003).
- STERN D. N. (1997), *La constellation maternelle*, Paris, Calmann-Lévy.
- U.V.Ma.F. (Comité éditorial pédagogique), *Modifications physiologiques de la grossesse*, Support de cours, Janvier 2011, Université Virtuelle de Maïeutique Francophone, Nantes.
- WINNICOTT D.W. (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, (1969).
- WINNICOTT D.W (1996), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, (2006).
- WINNICOTT D.W. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, (1999).
- ZZAZO R. (1979), *L'attachement*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, (1991).

ANNEXES

Annexe 1 :

QUESTIONNAIRE ATELIER DE CHANT PRÉNATAL
--

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études de psychomotricité, portant sur « l'intérêt d'une médiation corporelle dans le processus de maternité ». Les informations collectées ne seront pas divulguées ; Si certaines données sont utilisées, elles resteront parfaitement anonymes. Vous êtes libres de ne pas répondre à certaines questions si vous ne le souhaitez pas. Vous pouvez me faire parvenir vos réponses par mail en n'oubliant pas de préciser votre nom ainsi que le numéro des questions. Vous pouvez également me remettre la feuille complétée, lors d'un atelier. Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à me contacter. Merci pour votre aide.

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Date de terme ou de naissance de l'enfant s'il est né :

Prénom de l'enfant :

Sexe de l'enfant :

1. Est-ce la première grossesse pour laquelle vous participez aux ateliers de chant prénatal ? À quel stade de la grossesse avez-vous rejoint ces ateliers ?
2. Qu'est-ce qui a motivé votre participation au chant prénatal ?
3. Avez-vous été soutenue et accompagnée dans cette démarche par votre compagnon ?
4. Pratiq(i)ez-vous une activité physique avant, pendant, après votre grossesse ? Si oui, laquelle et à quelle fréquence ?
5. De manière générale, quelles ont été vos sensations, vos ressentis lors de la pratique du chant prénatal ?
6. Au niveau corporel, avez-vous perçu des changements significatifs en séance ou post séance (respiration, tonus, appuis, image du corps ...) ?

7. Pouvez-vous dire si le chant prénatal vous aide ou vous a aidé ? Dans la préparation à la naissance, dans l'établissement d'un lien avec votre enfant ?
8. Le chant prénatal vous a-t-il permis d'apaiser certaines angoisses que vous auriez pu avoir autour de l'accouchement, de la parentalité ... ?
9. Pour les mamans accouchées, de quelle manière le chant intervient-il dans les interactions avec votre enfant ?
10. Quels mots associeriez-vous aux termes suivants ? (3 mots maximum par terme)

- Grossesse : -

-

-

- Foetus : -

-

-

- Ventre : -

-

-

- Attachement : -

-

-

- Mère : -

-

-

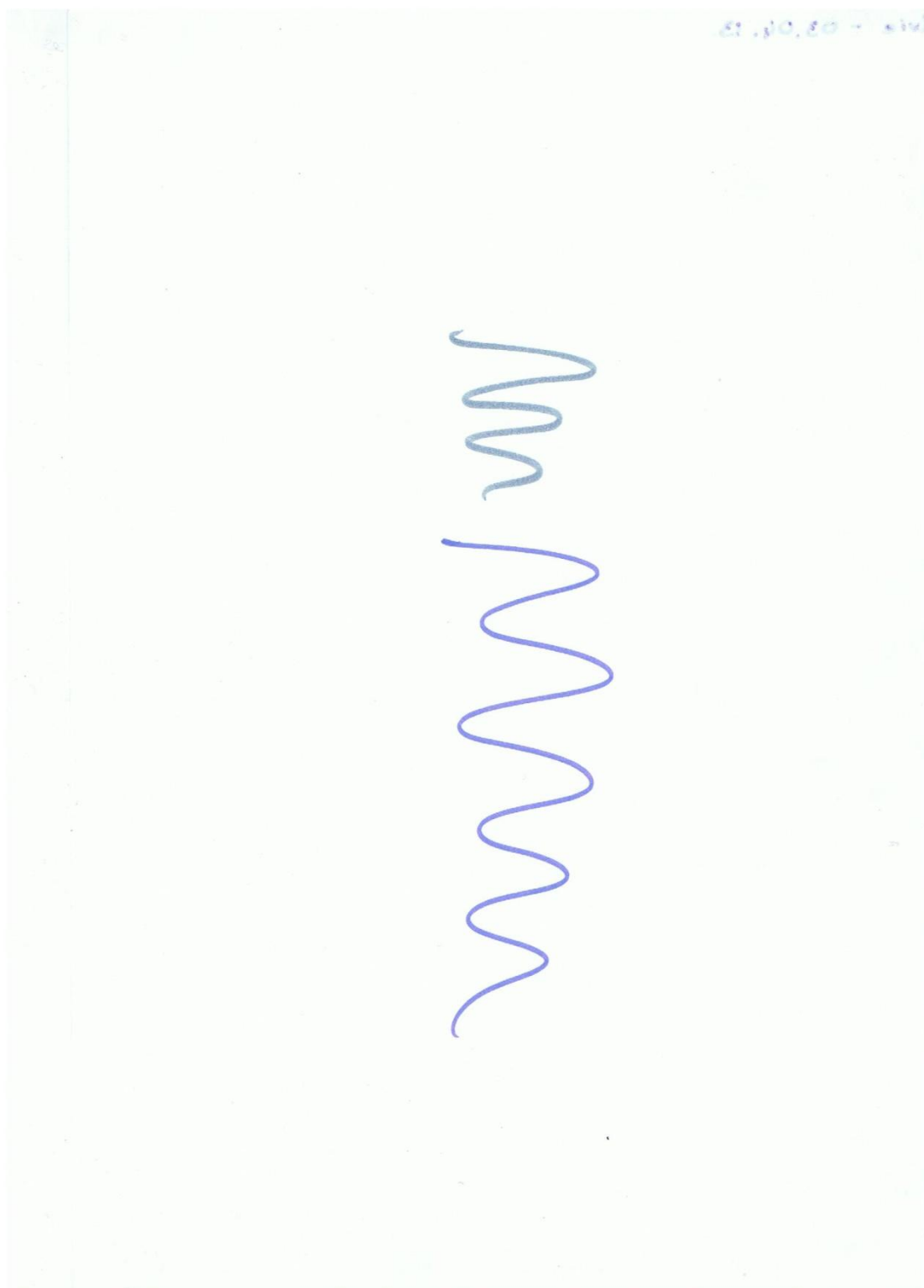
Annexe 2 : Dessin d'Éva, séance du 19.03.2013



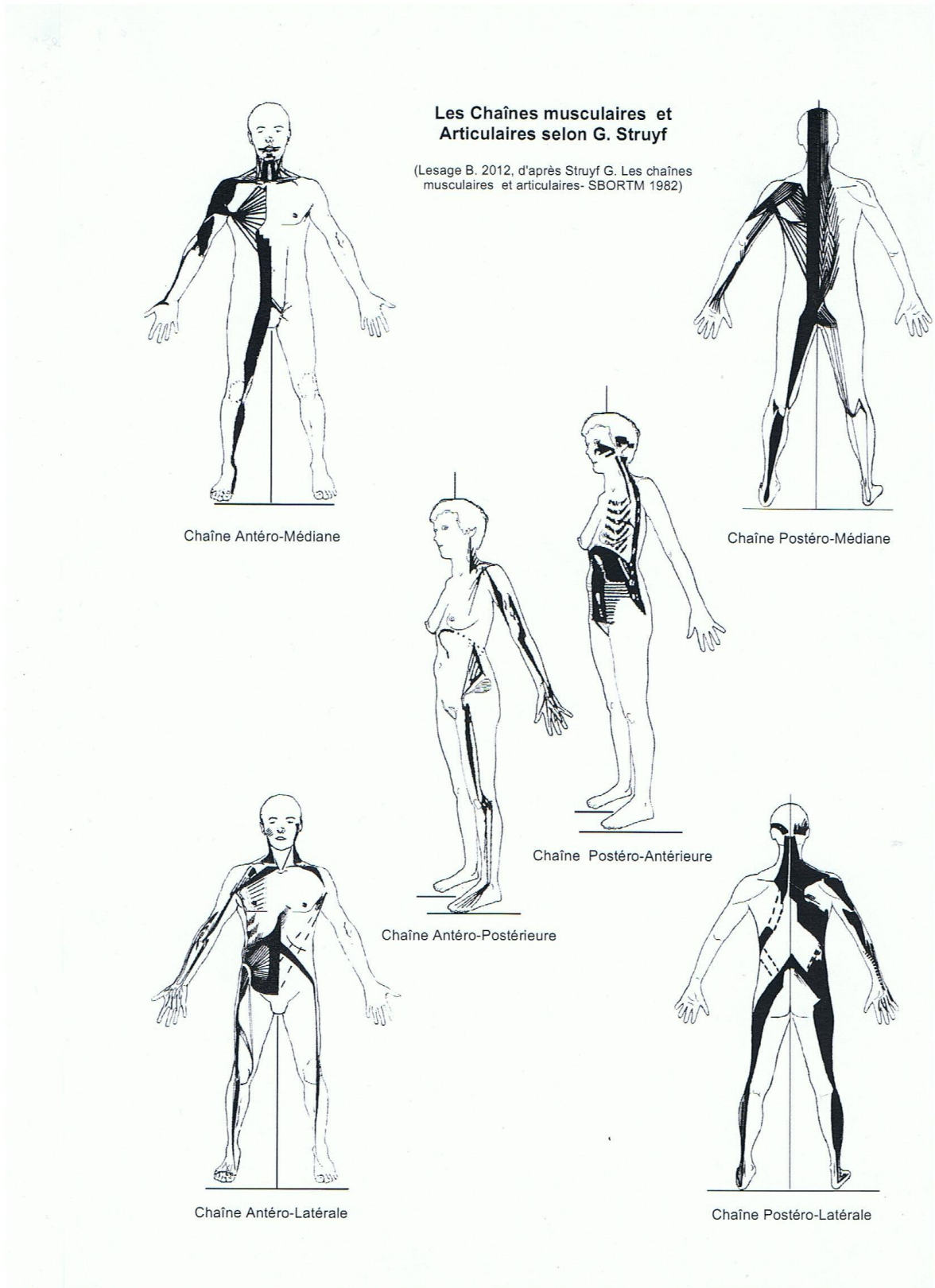
Annexe 3 : Dessin d'Éva, séance du 26.03.2013



Annexe 4 : Dessin d'Éva, séance du 03.04.2013



Annexe 5 :



GLOSSAIRE

Aménorrhée. L'aménorrhée se caractérise par l'absence de règles. Elle peut marquer le début d'une grossesse.

Anaclitique (relation). La relation de type anaclitique est marquée par une grande dépendance à l'autre et le besoin d'un étayage constant de sa part.

Anhédonie. L'anhédonie est un symptôme caractéristique de la dépression, marqué par une incapacité à éprouver du plaisir et une perte d'intérêt.

Asthénie. Symptôme qui se caractérise par la dégradation de l'état général, entraînant une faiblesse généralisée de l'organisme, un grand épuisement assimilable à un état de fatigue.

Chaîne musculaire. G. Struyf-Denys a regroupé les muscles en systèmes et décrit différentes chaînes musculaires. Ces chaînes musculaires permettent de distinguer six archétypes, six schémas principaux de mise en forme du corps. L'équilibre établi entre les muscles détermine une posture caractéristique de la personne. Le sujet possède de fait, une manière singulière d'être et de communiquer.

Cénesthésie. La cénesthésie correspond à la sensibilité organique, c'est-à-dire qu'elle émane de l'ensemble des sensations internes. Elle procure à l'être humain le sentiment d'exister, indépendamment du rôle spécifique des sens.

Contre-transfert. Le contre-transfert est un concept psychanalytique applicable à la relation thérapeutique. Il désigne l'ensemble des réactions et projections inconscientes du thérapeute à l'égard du patient.

Dépersonnalisation. La dépersonnalisation est un sentiment d'étrangeté qui donne au sujet l'impression qu'il n'est plus lui-même, que le monde extérieur et sa propre personnalité ont été modifiés.

Dysphorie. La dysphorie est un état de malaise contraire à l'euphorie, avec sentiment d'insatisfaction.

Image du corps. *L'image du corps* est un concept clé de la psychomotricité, qui caractérise la représentation mentale que nous nous faisons de notre propre corps. En perpétuel remaniement, elle traduit ce que nous percevons à chaque moment dans la relation aux autres, des qualités de notre propre corps. Elle est propre à chaque individu, chargée de son histoire. L'image du corps est inconsciente mais peut devenir pré-consciente quand le langage métaphorique s'y rapporte.

Moi. Le *Moi*, concept Freudien de la deuxième topique, est une instance psychique qui représente les intérêts de la personne. Il maintient l'équilibre entre les pulsions internes qui cherchent à se satisfaire, le *ça* et le *surmoi*, qui correspond à l'intériorisation des interdits parentaux.

Opisthotonos. L'opisthotonos correspond à une attitude corporelle caractéristique, induite par la contraction généralisée des muscles postérieurs du corps et extenseurs de la colonne. La personne est arquée vers l'arrière. En décubitus dorsal, elle repose au sol uniquement sur l'occiput et les talons.

Pattern. Un pattern est un modèle spécifique représentant d'une façon schématique la structure d'un comportement individuel ou collectif.

Primiparité. La primiparité qualifie l'état d'une femme primipare, c'est-à-dire d'une femme qui va vivre son premier accouchement.

Résilience. La *résilience* est un terme emprunté à la physique par le psychanalyste B. Cyrulnik, pour traduire la capacité de l'être humain à traverser et dépasser des situations traumatiques.

Schéma Corporel. La notion de *schéma corporel*, référence fondamentale de la psychomotricité, correspond à un modèle perceptif du corps, permanent mais évolutif. Il rend compte de la perception de soi-même par rapport à autrui, dans l'espace et le temps. À la fois inconscient, pré-conscient et conscient, il se construit grâce aux expériences perceptives et motrices. Le schéma corporel inscrit le sujet dans la lignée humaine.

Synchrétisme. Le synchrétisme se définit comme un système archaïque de pensée et de perception, consistant en une perception globale et confuse de différents éléments.

Syndrome de sevrage. Le syndrome de sevrage néonatal est observé chez l'enfant dont la mère a consommé des substances susceptibles d'engendrer une dépendance. L'arrêt brutal de leur ingestion génère un ensemble de manifestations cliniques, propre à la sensation de manque. Les signes sont principalement d'ordre neurologique, digestif et respiratoire. Ils peuvent persister quelques jours à quelques mois.

Transfert. La notion de transfert désigne l'ensemble des phénomènes de projection du patient envers le thérapeute, qui se jouent dans la relation thérapeutique.

La maternité est l'histoire de femmes et de mères, d'hommes et de pères, d'enfants à naître et de nouveau-nés. C'est un processus long et périlleux aux croisements du corps et de la psyché. La naissance de l'enfant est à l'origine d'une nouvelle famille. Instaurant de nouveaux statuts, l'enfant perpétue la lignée et attribue les rôles de parents. Aussi, la femme va devoir conquérir pas à pas une identité de mère qui lui est propre. Parfois, certains éléments de vie viennent contrarier le bon déroulement du processus. La femme rencontre des difficultés à se reconnaître mère de l'enfant qu'elle porte ou qu'elle a mis au monde. La psychomotricité dans ce qu'elle a d'intérêt pour l'harmonie corporelle et psychique, peut participer à soutenir le processus de maternité.

Psychomotricité - Mère - Corps - Psyché - Identité - Processus

Maternity is about women and mothers, men and fathers, unborn children and infants. It's a long and perilous process where body meets psyche. Childbirth creates a whole new family and establishes its status. Thus lineage is carried on and parent's roles are defined. Women have to come into their own identities as mothers. But sometimes, the process is not as smooth as expected. Some women can't picture themselves as mothers of the child they're carrying or have given birth to. Psychomotor therapy can help support the maternity process with its approach of the psyche and the body as a whole.

Psychomotricity - Mother - Body - Psyche - Identity - Process