HAL
open science

Une psychomotricienne en maternité : une clinique d'interfaces

Mélanie Balgobin-Josselin

To cite this version:

Mélanie Balgobin-Josselin. Une psychomotricienne en maternité : une clinique d'interfaces. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018143

HAL Id: dumas-01018143

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018143

Submitted on 3 Oct 2014

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

Mémoire en vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de Psychomotricien

UNE PSYCHOMOTRICIENNE EN MATERNITE : UNE CLINIQUE D'INTERFACES

JOSSELIN Mélanie

Née le 1er juin 1982 à DINARD

Mémoire soutenu le :

Année :

Mémoire N°:

Remerciements

Je remercie tout d'abord Mme Polzin, d'avoir rendu ce stage possible et pour la confiance qu'elle m'a accordée pour ce stage expérimental.

Je tiens également à remercier toute l'équipe de la maternité pour son accueil, pour les échanges que nous avons eu.

Je remercie particulièrement Marie-Hélène Texier, sage-femme et ma référente au sein du service. Pour tous les échanges que nous avons pu avoir, et pour son approche très humaniste.

Je remercie de tout mon cœur, ma petite fille Ellie, pour tout ce qu'elle me transmet et qui ne s'apprend pas...
Pour le régal qu'elle m'offre à voir au quotidien,
Pour sa patience face à une maman pas toujours disponible.

Un immense merci à mon mari Anil, pour sa présence, ses encouragements et son soutien incommensurable depuis 13 années.

Merci à Laurence Renaud, maitre de stage extérieur au service de la maternité, pour la richesse des échanges autour des bilans psychomoteurs réalisés ensemble, la qualité de ses observations et de ses retours sur ce mémoire.

Merci à M. Decory, en sa qualité de maitre de mémoire, pour sa prise de recul et sa confiance.

Merci aussi à mes parents et beaux-parents, pour leur soutien dans toutes ses dimensions et de répondre présents auprès d'Ellie,

A Rébecca Durand et Jeanne Bégué, pour leur amitié si précieuse, et leurs qualités personnelles et professionnelles.

Et bien entendu, merci à toutes les mamans, les bébés, et les papas que j'ai rencontrés, sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Avant-propos

J'ai choisi de réaliser mon stage de troisième année au sein d'une maternité. En l'absence de psychomotricien, mon stage s'est déroulé avec l'appui d'une sage-femme au sein du service et d'une psychomotricienne extérieure.
L'intérêt que je porte à la périnatalité est né avec une première expérience professionnelle et m'a conduit à m'intéresser de plus près à l'approche du psychomotricien.
Dans la mesure où ce mémoire s'inscrit dans le cadre de la préparation au diplôme de psychomotricien et par soucis de compréhension du lecteur, j'ai choisi de ne pas développer la physiologie et l'anatomie de la femme enceinte. Ces aspects relatifs à ma première formation et expérience professionnelle en ostéopathie, ont cependant été indispensables à ma réflexion, pour penser et concevoir les différentes propositions de séances.
D'autre part, je ne peux exclure dans cet avant-propos, un choix plus personnel mais qui n'est pas sans lien avec le sujet de ce mémoire, celui qui m'a fait devenir mère il y a un an et demi.

A la maternité, des femmes accouchent, des bébés naissent, des hommes et des femmes deviennent parents. Il s'opère, selon **S. Missonnier**[1], une métamorphose à la fois individuelle, conjugale, familiale et collective**.**

Les bébés que je rencontre sont âgés de quelques heures à trois ou quatre jours en moyenne. La naissance, de part ses nombreuses transformations des conditions de vie, est un temps où le respect des besoins physiologiques est vital pour le nouveau-né : respirer, manger, éliminer (selles et urines), dormir, maintenir la température corporelle constante dans les limites de la normale, dans une proximité maternelle.

Le travail du psychomotricien auprès du nouveau-né et du nourrisson est encore assez récent et en pleine évolution. Mon projet à l'origine visait une approche orientée sur l'abord corporel du bébé. **L. Vaivre-Douret**[2] a développé auprès du nouveau-né et du nourrisson un programme d'intervention précoce qui participe à la qualité de vie du bébé et de ses parents. Plusieurs types d'actions spécifiques sont ainsi orientés sur l'abord corporel du bébé.

---

[1] Professeur de psychopathologie clinique de la périnatalité et de la première enfance (Laboratoire LPCP Université Paris Descartes), psychanalyste membre de la Société Psychanalytique de Paris et psychologue clinicien.

[2] Docteur en psychologie du développement de l'Université Paris V et de l'École pratique des hautes études en psychologie, psychomotricienne, neuropsychologue clinicienne.

Le fonctionnement et les besoins du service font que, dans la matinée, un très grand nombre de professionnels interviennent auprès du bébé et de la mère dans la chambre. Pédiatres, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, agents hospitaliers se succèdent. De nombreuses interventions auxquelles je n'ai pas souhaité me surajouter de manière systématique, dans le souci du respect du rythme de ce petit être.

Si le travail auprès des tout-petits m'intéresse particulièrement, ma présence plutôt auprès des mères et futures mères s'est imposée à moi en trouvant plus de justesse auprès de la maman dans la dyade mère-bébé. Le recours au psychomotricien auprès de la mère et de la mère en devenir en maternité, n'est pas chose courante. Et pourtant, s'il y a bien une étape dans la vie, où l'individu est mobilisé dans toute sa complexité physique, psychique et affective c'est bien lors de ce grand chapitre de la vie du devenir mère.

Je suis au cœur de la vie : au cœur de cette première rencontre, au cœur de la relation qui se tisse entre le nouveau-né et sa mère, au cœur du dialogue tonico-émotionnel.... au cœur de la psychomotricité, à l'épicentre.

Sommaire

Remerciements **2**

Avant-propos **3**

Introduction **8**

Chapitre 1 : Une psychomotricienne dans une maternité ?

1. LE CONTEXTE **9**

1.1 Une pluralité d'acteurs 9

1.2 Le contexte législatif 10

1.2.1 Les apports des plans périnatalité 10

1.2.2 La protection de l'enfance 11

1.2.3 Les programmes régionaux de santé 12

1.2.4 Les recommandations de la Haute Autorité de Santé 12

2. QUELLE PLACE POUR LA PSYCHOMOTRICITE ? **13**

2.1 La réalité du service 13

2.2 Le projet en psychomotricité dans le service de maternité 14

2.2.1 Phase 1 : une période d'observation 14

2.2.2 Phase 2 : le projet 15

Chapitre 2 : Un corps à soi

1. UNE ENVELOPPE CORPS A SOI **18**

1.1 La perception de soi et les premières expériences sensorielles. 18

1.2 De la réciprocité des échanges à une possibilité de différenciation 20

1.3 La régulation des états sensori-émotionnels de l'enfant. 22

1.4 Les limites d'un corps qui devient sien 23

1.5 Construction de l'enveloppe et intériorisation de la fonction contenante 24

2. UN CORPS POUR DEUX **26**

2.1 Le « corps réalité ». 26

2.2 Le « corps vécu ». 27

2.3 Des limites bousculées 29

2.4 Sur la scène psychique 30

2.5 La mise au monde 31

2.5.1 Un passage de témoin 31

2.5.2 L'accouchement : de la séparation à la l'attachement 33

3. VERS DEUX CORPS POUR DEUX 34
3.1 L'espace 34
3.1.1 Un espace relationnel 34
3.1.2 Maintien de la proximité 34
3.2 La continuité : le portage 35
3.3 La perméabilité des enveloppes 37
3.3.1 Une enveloppe corps perméable 37
3.3.2 L'allaitement, une résonnance corporelle 37
3.3.3 Une sensibilité singulière 38
3.4 Et le père ? 38
3.4.1 Appui à la fonction maternelle 39
3.4.2 Fonction de pont 39
3.4.3 Continuité des expériences 39

Chapitre 3: Une psychomotricienne en maternité: une clinique d'interfaces

1. L'INTERFACE 40
2. UNE HOSPITALISATION PENDANT LA GROSSESSE 41
2.1 Vignette clinique 1 : Mme T. ou une solitude sans contenant 41
2.1.1 Présentation de Mme T. 41
2.1.2 Ma rencontre avec Mme T. 41
2.1.3 La menace d'accouchement prématuré 41
2.1.4 Sur qui ou quoi prendre appui ? 42
2.1.5 A propos d'un sentiment de sécurité. 43
2.1.6 Les axes de travail avec Mme T. 44
2.1.7 Conclusion 47
2.1.8 Au delà... 47
2.2 Vignette clinique 2 : Mme B. ou des vomissements incoercibles 47
2.2.1 Les vomissements de la grossesse 47
2.2.2 La grossesse de Mme B. 48
2.2.3 Les axes de travail avec Mme B. 48
2.3 Vignette clinique 3 : Mme A. ou une mère « pas tyrannique mais presque » 48
2.3.1 Mes rencontres avec Mme A. 48
2.3.2 Axes de travail avec Mme A. 49
2.3.3 Conclusion 49

3. LA MISE AU MONDE 50
3.1 Vignette clinique : Mme R. ou un contenant trop contenant 50
3.1.1 Ma rencontre avec Mme R. 50
3.1.2 Conclusion 51
3.1.3 Au delà.. 51
4. APRES LA NAISSANCE 51
4.1 Vignette clinique : Mme L. et sa place de mère 51
4.1.1 Présentation de Mme L. 51
4.1.2 Ma rencontre avec Mme L. 52
4.1.3 Axes de travail avec Mme L. 52
4.1.4 Au delà... 53
4.2 L'épuisement 53
4.3 Dans un soutien à l'allaitement 53
5. MATERNITE, PSYCHIATRIE, PSYCHOMOTRICITE 53
5.1 Vignette clinique : Mme S. et un bébé clandestin 53
5.1.1 Présentation de Mme S. 53
5.1.2 Qu'est ce que le déni de grossesse ? 54
5.1.3 Ma rencontre avec Mme S. 54
5.1.4 Sur le chemin de la reconnaissance de Marie 55
5.1.5 Vers l'inscription corporelle de la grossesse 56
5.1.6 Conclusion 58
6. LES ATELIERS DE GROUPES 59
6.1 Description 59
6.2 Indications 59
6.3 Objectifs 60
6.4 Les modalités d'intervention 60
6.5 Bilan 61
6.6 Au delà... 62
6.6.1 Le refus du groupe 62
6.6.2 Les signes d'appel des bébés 62

Conclusion 63

Bibliographie 64

Introduction

La grossesse, la naissance et l'après-naissance sont des moments clés tant pour les personnes qui vivent ces étapes de profond changement identitaire et relationnel, que pour les professionnels amenés à les accompagner. Creuset de l'accueil de l'enfant, du soutien aux parents, atelier du lien, cette période de vie mérite toute l'attention des professionnels. Même si tout ne se joue pas à ce moment précis, de nombreuses bases de la parentalité et de l'attachement se mettent en place autour de la naissance. Les premières rencontres marquent profondément les parents et laisseront des traces émotionnelles et relationnelles tout au long du chemin familial de l'enfant, en particulier lors d'étapes délicates de son développement. La place de la relation mère-enfant dans le développement psychoaffectif de l'enfant est primordiale. Le tout petit vit au rythme de ses besoins corporels, et les parents jouent un rôle essentiel de régulation. Mettre au monde un enfant reste cependant, pour nombre de femmes, un moment chargé d'anxiété. Devenir parent ne va pas de soi.

Grossesse et mise au monde d'un enfant sont des événements physiologiques pour une femme mais représentent aussi de véritables épreuves physiques et psychiques. Grossesse et post-partum sont des moments de remaniement et de fragilité psychique. Une période à fort potentiel organisateur qui peut compromettre le processus de parentalité, entraver les premiers liens.
Le sens de ce mémoire se fonde sur ces liens qui prennent leurs racines, selon **S. Missonnier** et **M. Soulé**[3] dès les « phases précoces de la grossesse, dans un double ancrage corporel et psychique qui se poursuit et se différencie après la naissance[4] ».

Je propose de rapporter l'expérience de mon stage de neuf mois dans un service de suite de couches d'un Centre Hospitalier. Ainsi je commencerai par poser le contexte, le lieu et le fonctionnement du service. Ensuite, le fil conducteur de ma réflexion est articulé autour de la notion « d'une enveloppe corps à soi » au sein de la dyade mère-bébé. Une réflexion pour se représenter la dynamique des rapports entre moi et l'autre, entre l'interne et l'externe à l'œuvre dans la relation précoce mère-bébé. Après un retour sur des repères théoriques sur lesquels je me suis fondée, je poserai la question des possibilités de rencontres et de complémentarité entre obstétrique et psychomotricité au sein d'un service de suite de couches. J'illustrerai mon propos de vignettes cliniques, à partir desquelles je proposerai les modalités d'intervention en psychomotricité en maternité autour des notions d' « enveloppes », de « contenance » et de « portage ». Un cadre de travail en psychomotricité où les objectifs couvrent à la fois la prévention, l'éducation et la prise en soin.

---

[3] Michel Soulé, pédopsychiatre, psychanalyste, professeur honoraire de psychiatrie de l'enfant à l'université René Descartes Paris V, membre titulaire de la société psychanalytique de Paris
[4] Nezelof Sylvie et Vulliez-Gody Lauriane, « 13. Des services de maternité aux Unités mère-bébé », in François Poinso et Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal , Orages à l'aube de la vie

Chapitre 1 :
Une psychomotricienne dans une maternité ?

1. LE CONTEXTE

1.1 Une pluralité d'acteurs

Lors du séjour à la maternité, toute une équipe pluridisciplinaire se mobilise auprès des parents et de l'enfant : gynécologues obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes et psychologue. Des professionnels et spécialistes de la grossesse et de la naissance se rencontrent avec au centre de l'équipe notamment, le pédiatre pour l'enfant, l'obstétricien et la sage-femme pour la mère.

C'est un modèle plurifactoriel qui articule causalité physique et causalité psychique pour assurer la santé[5] de la mère et de l'enfant dès le démarrage du processus vital. Une clinique qui dépasse le classique clivage somatique-psychique en faveur d'une prise en charge qui se veut plus globale. En témoignent concrètement les contenus des différents plans périnatalité.

Le moment qui précède et suit la naissance est déterminant pour l'installation du lien mère-père-enfant. C'est pourquoi, il demande toute l'attention des professionnels. A l'heure actuelle, la grossesse est particulièrement suivie sur le plan médical dès lors que les femmes enceintes s'y soumettent. Sept examens médicaux sont ainsi assurés. Un accompagnement médical durant la grossesse qui s'estompe en post-partum et se limite à la rééducation périnéale quand elle a lieu.

La perspective d'une naissance, de devenir parents, peut susciter une certaine appréhension, de l'inquiétude, et parfois même de la détresse qui peuvent ne pas trouver réponse dans l'environnement habituel des futurs parents. Avoir accès aux informations utiles, au bon moment, peut suffire à répondre à des interrogations. Dans certaines situations toutefois, les difficultés des futures mères et pères peuvent nécessiter un accompagnement plus soutenu. En cas de repérage de difficultés particulières, de besoin de soutien aux compétences parentales, la sage-femme met en relation la famille avec le service de PMI. La présence d'une psychologue à la maternité va également dans la sens d'une prise en charge très précoce des situations dont les difficultés risquent de compromettre la qualité du lien parent - enfant.

[5] Selon l'Organisme Mondiale de la Santé (O.M.S.), "la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"

Une approche globale permet de mieux identifier d'éventuelles difficultés de l'enfant, de ses parents, voire de la famille, de mieux appréhender et tenir compte de la complexité des situations et d'apporter une réponse adaptée.

1.2 Le contexte législatif

1.2.1 Les apports des plans périnatalité

Depuis 1970, trois plans de santé publique ont marqué le domaine de la périnatalité. Ils ont relevés plusieurs défis : faire baisser la mortalité périnatale dans un premier temps, améliorer la sécurité à la naissance, puis réorganiser la prise en charge du couple et de l'enfant. Une prise en charge qui se veut être plus humaine, plus sûre, plus proche.

L'un des 5 axes majeurs du plan périnatalité 2005-2007 fixe donc comme objectif d'améliorer l'humanité et la proximité de la prise en charge en périnatalité.
Les orientations de ce plan amènent un véritable changement de cap, notamment par rapport à l'approche de la notion de risque, qui avait conduit à une médicalisation de plus en plus importante de la prise en charge de la femme enceinte. Ce changement s'est fait au profit d'une plus grande prise en compte des attentes des couples, et de l'humanisation des pratiques.
La mise en œuvre de ce plan a permis d'assister à une évolution de la pratique périnatale de la nécessaire technique, garante de la sécurité des professionnels et des patientes à l'introduction de la dimension émotionnelle de la naissance.
La mise en œuvre de l'humanisation de la naissance a été déclinée en 6 mesures, dont 2 mesures phares :

- La mise en place (et le financement) de l'entretien prénatal précoce : Il permet l'instauration, très tôt, des conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents. Il a pour objectif aussi de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux. Il permet, d'après **F. Molénat**[6]**,** un dépistage précoce des difficultés sociales, psychologiques, affectives des futurs parents et implique la nécessité de renforcer leur sécurité émotionnelle.

- Une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance : **F. Molénat** fait le constat de la nécessité de considérer les vulnérabilités personnelles et familiales particulières à cette période comme un facteur influençant non seulement le bon déroulement du processus naturel de la naissance, mais aussi l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant. Des

[6] Pédopsychiatre, responsable d'une unité Petite Enfance du service universitaire de pédopsychiatrie du CHU de Montpellier. Auteur d'un rapport qui a fait date et servi de base au Plan National Périnatalité.

vulnérabilités en jeu également lors de problèmes psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent.

L'enjeu est donc d'aider les professionnels, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, à apporter la réponse la mieux adaptée aux besoins de cette mère ou de ce père en difficulté. Cette démarche repose sur la mise en place de collaborations médico-psychologiques en maternité, de l'entretien individuel prénatal précoce, de formations interprofessionnelles et d'un réseau de professionnels centré sur chaque famille qui le souhaite, s'appuyant sur l'expression de ses besoins propres, agissant dans une continuité et une cohérence suffisante de l'anté au postnatal.

1.2.2 La protection de l'enfance

La prévention est un axe fort de la protection de l'enfance. La loi du 5 mars 2007 insiste sur la prévention précoce des risques pour l'enfant. Se situant en amont des dispositifs de protection, c'est une prévention qui s'adresse à toute la population, partant du principe que des risques de mise en danger de l'enfant peuvent apparaître quel que soit le contexte social, culturel ou familial.

Une prévention ciblée autour de 3 axes d'action :

- la prévention périnatale ;
- la prévention des difficultés éducatives parentales ;
- la prévention en direction des enfants et des adolescents.

Elle fait l'objet d'une attention accrue envers les plus petits avec des actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Elle vise aussi à détecter des facteurs de difficultés dans les apprentissages fondamentaux de l'enfant, dans ses relations avec les membres de sa famille et avec son environnement. La loi du 5 mars 2007 donne à la prévention une dimension multiple susceptible de mieux prendre en compte les aspects médicaux, médico-sociaux, sociaux et éducatifs du quotidien d'un enfant, mais également de celui de ses parents. Considérer la situation de l'enfant dans toutes ses dimensions suppose la mise en synergie de compétences professionnelles diverses visant à la réalisation d'actions de prévention variées et bien articulées entre elles.

La loi du 5 mars 2007, propose de développer davantage la prévention sur un plan autre que le suivi médical pour prendre en compte le contexte social, économique et appréhender le vécu psychologique des futurs parents. Cette loi met l'accent sur une prévention précoce autour de la grossesse et de la naissance. *« Une grossesse vécue dans la difficulté, l'isolement, peut compliquer l'accueil de l'enfant et produire des troubles de la relation future parent - enfant »*[7]. Les premiers jours qui suivent la

[7] Selon le guide pratique de protection de l'enfance du ministère de la santé « Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent ».

naissance, peuvent mettre en difficulté la mère, le père, même si la grossesse s'est bien déroulée, risquant de compliquer la relation avec le nouveau-né.

Des symptômes dépressifs peuvent rester non dépistés et non traités. Les mères déjà vulnérables à la dépression sont particulièrement fragiles pendant les premiers mois suivant l'accouchement. La dépression maternelle est considérée comme un facteur de risque pour le développement socioaffectif et cognitif de l'enfant. Lorsque les interventions postnatales sont précoces et prolongées, l'effet préventif a été démontré sur la dépression postnatale.

1.2.3 Les programmes régioniaux de santé

Les Programmes Régionaux de Santé « santé des enfants et des jeunes » préconisent des actions très précoces de prévention en ante et post natal avec pour objectif un soutien parental et un accompagnement médical et psychologique de la grossesse à l'âge de 1 an.
Il s'agit de favoriser la qualité des liens d'attachement parent-enfant, soutenir les parents isolés ou en difficulté, repérer les dépressions du post-partum, améliorer la capacité des professionnels à repérer les troubles de l'attachement, réduire les séparations parent-enfant évitables, améliorer la capacité des professionnels à reconnaître, valoriser et soutenir les compétences parentales, favoriser la continuité de la prise en charge (anténatale, natale et postnatale)[8].

1.2.4 Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé et les recommandations internationales proposent aux professionnels de santé des maternités :

- d'accompagner la création du lien parents-enfant (de l'attachement) et plus globalement la construction des liens familiaux ;
- de favoriser le transfert des pratiques parentales du contexte d'apprentissage des séances prénatales à celui de l'arrivée de l'enfant et du retour au domicile ;
- de renforcer la confiance des parents dans leur capacité à s'occuper de leur enfant.

[8] D'après le guide pratique de protection de l'enfance du ministère de la santé « Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent ».

2. QUELLE PLACE POUR LA PSYCHOMOTRICITE ?

2.1 La réalité du service

La réalité d'un service de maternité est l'accueil d'une population « tout-venant », de patientes dans toutes leurs diversités. J'ai rencontré des patientes les plus isolées, perdues, culturellement déracinées aux plus démunies, des histoires de vie les plus simples aux plus denses, celles déjà suivies en psychiatrie ou qui vont l'être… Intervenir en services de soins généraux pose la question de la continuité de la démarche soignante en réponse à ces problématiques singulières.

La femme est en prise directe avec son corps tout autant que les soignants d'un service de maternité. Les professionnels sont non seulement dans une proximité corporelle avec les futures mères, mères et bébés mais ils sont amenés à poser des gestes et actes sur une femme enceinte et parfois sur un être en devenir. Palper le ventre d'une femme enceinte, sentir un être bouger, mais aussi porter un nouveau né, le changer, lui apporter les soins nécessaires, c'est toucher et être touché dans son corps. Dans cette expérience corporelle et sensorielle, véhiculent aussi, parfois à l'insu des protagonistes, des sensations et émotions.

Conjointement à tout l'aspect physiologique, les professionnels ont affaire aux processus psychiques inhérents au « devenir parent ». La grossesse et la naissance sont des moments de transformations, de déstabilisation et de risques possibles, mais aussi de réorganisations possibles. Dans une proximité au corps de la femme, celle-ci peut parfois étonner par des propos bruts, difficiles, voir mêmes effrayants. Les femmes parlent beaucoup d'elles mêmes, très souvent à leur propre étonnement. Elles peuvent livrer des choses qu'elles n'ont jamais pu évoquer ou partager auparavant avec autrui. Mais la femme se confie selon les niveaux ou critères qui lui sont offerts. Ainsi, une femme à qui on ne parle que de médical risque de ne poser que des questions médicales. Si les échanges sont plus ouverts, elle a davantage de possibilités de parler d'elle même. Cette transparence à soi-même est particulière à l'état de grossesse. Les émotions doivent être entendues, accueillies humainement par celui qui réceptionne pour que la femme puisse élaborer quelque chose de ses émotions.

Le séjour à la maternité s'avère une étape marquante où se rencontrent deux mondes qui doivent cohabiter dans une même réalité : le monde du bébé et le monde de la mère. Et malgré une logique de continuité temporelle entre le prénatal et le postnatal, la naissance, par les nombreuses modifications qu'elle apporte, se révèle cruciale tant pour le bébé que pour la mère. La gestation fait de l'enfant à naître « un prolongement de soi ». La néoténie qui caractérise l'être humain à la naissance est

responsable de son état de dépendance vis à vis de sa mère. Une interdépendance si prégnante qu'il est impossible de décrire l'un sans l'autre.

2.2 Le projet en psychomotricité dans le service de maternité

2.2.1 Phase 1 : une période d'observation

« Chaque porte ouvre sur l'expérience singulière d'une femme tout juste accouchée. Sensible, vulnérable... [9]*»*

Je rencontre Mme O., elle vient d'accoucher d'un petit garçon. Il dort dans son berceau. Mme O. parle peu le français. Malgré la barrière de la langue, je comprends que l'accouchement s'est bien déroulé en soi. Il va bien, elle aussi. Enfin presque. Sa famille est loin, ses racines et sa culture sont ailleurs. Comment porter et accueillir un enfant quand la mère n'est pas entourée ?

Il est encore tôt le matin. Je passe une première fois me présenter et rencontrer la mère et le bébé. C'est une jeune femme timide, très jeune. Elle semble démunie face à ce bébé. Je lui propose de repasser un peu plus tard...
Le papa est arrivé, c'est un tout jeune couple qui est là, avec leur fils. Ils sont tous deux peu expressifs. La joie se mêle à un sentiment de gêne. Des échanges avec l'équipe soignante, il ressort le fait qu'ils ne se parlent pas beaucoup entre eux, et font l'effet de *« deux adolescents qui n'ont pas beaucoup de choses à se raconter »*.
La grossesse n'était pas prévue. Elle a quitté l'école. Il n'a pas de travail pour le moment. Ils vivent chacun chez leurs parents. La meilleure solution est d'aller vivre chez les parents du jeune homme à la sortie de la maternité. J'entends la difficulté de leur situation et accueille ce qu'ils me disent. Comment devenir parents, quand on a un pied dans l'adolescence, période également de transformation identitaire ? Comment trouver et prendre son identité de parents ?
Face à l'immensité de l'inconnu, c'est avec simplicité et sans tabou que nous échangeons sur leurs différentes questions et mettons en pratique, d'abord sur mon poupon, les gestes des soins.

Mme T. est enceinte de 29 semaines. Elle est hospitalisée, le bébé « menace » de naître trop tôt. Mme T. vit difficilement sa grossesse. Ce petit être qu'elle abrite au creux d'elle est source de désagréments. Aucune mise à distance n'est possible. Mme T. subit sa grossesse et les désagréments prennent beaucoup de place, trop de place, toute la place. Comment vivre et réussir à mener une grossesse à

[9] J. Bonnie « Chambre 2 », (2013) ed. Belfond.

terme quand celle-ci se passe difficilement ? Comment accueillir un enfant quand les premières relations se sont installées sous la « menace », celle d'accoucher prématurément ? Chaque jour de plus in utero est important pour la vie du bébé. Un équilibre fragile entre la mère et le fœtus : un utérus très contractile, un bébé trop pressé ou une maman pour qui il est difficile de porter un bébé... ?

Mme R. a dépassé le terme de plusieurs jours. La grossesse touche à sa fin, mais aucun signe allant dans ce sens ne se manifeste... Un bébé pas pressé de sortir, une maman pas vraiment prête... ?

Mme B. a donné naissance à une petite Lola. Elle a 3 jours. L'allaitement se montre difficile. La montée de lait se fait attendre, Lola s'agace face au sein. La tension croit.

Mme S. est arrivée en urgence par son médecin traitant pour une douleur aigue qui ne répond pas aux traitements morphiniques. L'échographie révèle que Mme S. est enceinte, elle accouche dans la foulée d'une petite fille. Mme S. ne sait pas comment y faire avec ce bébé. Comment toucher son bébé n'est pas une question simple.

...

La grossesse et la place de mère peut provoquer un débordement émotionnel, des passages à l'acte, voire une désorganisation psychique, laissant le soignant démuni. Des situations qui peuvent conduire à une impasse en renvoyant les parents à leur solitude. Une mère peut-elle ne pas aimer son enfant ? Comment alors ne pas être dépassé par ses propres représentations ? Comment poursuivre un réel accompagnement des futurs parents lorsque survient la représentation de « mauvais parents » ? Comment rester compréhensif face à des personnes qui n'entendent pas ? Face à ce qui se vit, la tentation est grande d'y répondre par un rejet, lui aussi, souvent en miroir au rejet exprimé par les futurs parents.

La clinique du quotidien est confrontée à diverses situations où le psychomotricien trouve sa place dans la dynamique multidimensionnelle et globale et la complémentarité des acteurs et des actions.

2.2.2 Phase 2 : le projet

Mon stage se déroule sur deux jours consécutifs chaque semaine. Les patients restant en moyenne trois - quatre jours, mon travail ne s'accompli donc pas dans un suivi et du long terme. Ma démarche et mes

interventions s'inscrivent dans un soutien ponctuel à cette étape majeure tant pour la mère que pour le bébé.

Concevoir un enfant est, pour chaque femme, quelque soit sa situation, un projet chevillé à son corps. Les modifications corporelles sont nombreuses et demandent une réorganisation à la fois physique, fonctionnelle et psychique.

Le concept même de la psychomotricité rend compte de la liaison constante entre corps et psychisme. Attachée au développement et fonctionnement humain, la discipline trouve ses fondements autour de trois grands axes, indissociables et en permanente interaction : la motricité, l'affectivité/émotivité, la cognition. L'enjeu du psychomotricien, est d'appréhender cliniquement chaque individu selon cette interrelation et son intervention place l'expression du corps comme la voie d'accès.
Auxiliaire médical, le psychomotricien intervient sous autorité médicale. Les différentes modalités d'interventions sont définies par le décret n° 88-659 du 6 mai 1988. Celui-ci habilite le psychomotricien à contribuer, par des techniques d'approches corporelles, au traitement de troubles dont :

- les troubles des régulations émotionnelles et relationnelles,
- les troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique,
- les troubles caractériels/personnalité,

Le psychomotricien est également amener à accomplir l'éducation précoce (et stimulations psychomotrices), la rééducation de désordres psychomoteurs (tels que des troubles du schéma corporel, troubles tonico-émotionnels) au moyen de techniques et d'expression corporelle.

Au regard des différentes recommandations, des modalités d'intervention en psychomotricité en matière de prévention, d'éducation, et de traitement trouvent sens et place auprès des « mères en devenir » et des dyades mère-bébé.

La période périnatale représente une étape cruciale pour le développement des liens d'attachement. En effet, la qualité des relations précoces de l'enfant à ses parents constitue une base fondamentale pour son développement psychomoteur. La sécurité dans la relation a une portée indéniable sur tout le développement à la fois affectif, cognitif et social et favorise également chez l'enfant l'acquisition précoce des schèmes de communication dont il a besoin. Il s'agit d'accompagner les nouveaux parents à inscrire l'expérience de la naissance dans un continuum tant pour la mère, le père, que pour leur nouveau-né, comme le préconise les programmes régionaux de santé.

Intervenir en maternité se fait dans un climat porteur dans le sens où un service de maternité d'un hôpital n'est pas un lieu stigmatisant. Il est identifié au lieu où la femme enceinte vient se faire suivre et aider par des professionnels et au moment venu où on l'aide à mettre au monde son enfant. La prévention doit s'adapter aux différents besoins des parents et de l'enfant : besoins d'information, de conseil, d'orientation, d'accompagnement ou de soutien. La prévention ne peut être que multidimensionnelle et globale. Elle requiert, par conséquent, une complémentarité des acteurs et des actions. Dans cette approche plurielle, la psychomotricité trouve toute la pertinence de sa spécificité, et la justification de son approche préventive, éducative et thérapeutique.

La spécificité du psychomotricien est liée à son implication active, qui soutient son travail par son ressenti ainsi que son engagement corporel direct auprès du patient. Au-delà des connaissances et du savoir faire, le savoir être du psychomotricien l'implique, selon **F. Desodeau,** dans un langage corporel pour rencontrer le patient *« là où il est, comme il est »*. Il offre aux patients un cadre stable et solide mais nécessairement malléable pour s'adapter aux caractéristiques personnelles de ses patients. Le devenir mère est un moment particulier de grande sensibilité et d'ouverture. Cette sensibilité est aussi une formidable opportunité pour tenter de mobiliser un processus de transformation. Entendre ce qui fait souffrance, c'est ouvrir à une plus grande disponibilité psychique envers l'enfant à naître.

Je choisi à travers ce mémoire, de mettre en mots mon travail au sein du service de maternité. Toute la difficulté est de choisir quel axe choisir pour être au plus près de ma clinique face à la diversité et au nombre des situations.
En ligne de mire, être à l'écoute de la personne : il n'y a pas deux mères pareilles, pas deux situations identiques d'où des interventions personnalisées et ajustées aux besoins exprimés dans cette volonté de m'adapter à chaque situation. La notion de portage à la fois physique et psychique revêt une place centrale.

Chapitre 2 :
Un corps à soi

C'est un long voyage pour que le corps devienne sa possession. Ce processus fait appel au lien entre soi et autrui où l'Autre est extérieur à soi. Il ne peut être moi, et c'est tout le sens du développement du petit d'homme, après sa naissance.

1. UNE ENVELOPPE CORPS A SOI.

Dans le développement et le fonctionnement de l'individu, le corps est non seulement source de compétences diverses, d'une motricité la plus globale à la plus fine, de la plus simple à la plus complexe, support d'expressivité, il est aussi porteur d'une d'identité. Une individualité et une singularité qui se construit bien avant que naisse la parole et même la représentation et dont le corps est le support concret.

Pour que le corps devienne à la fois sa possession et le lieu de son identité profonde, cela repose sur un véritable processus pris dans la relation, mettant en jeu des mécanismes à la fois corporels et psychiques complexes. Un travail de transformation des sensations, des perceptions ainsi que d'appropriation, de différenciation et de séparation. C'est un long voyage pour que l'enfant devienne le propriétaire de son corps dont il a le contrôle et la jouissance. L'évolution se fait à partir du fonctionnement automatique et réflexe du nouveau né, vers un fonctionnement qui va devenir progressivement volontaire et investi. L'identité corporelle provient de la perception globale, unifiée et cohérente. Mais la question qui se pose est comment émerge le premier sentiment d'identité corporelle?

1.1 La perception de soi et les premières expériences sensorielles.

Un premier sentiment d'identité corporelle émergerait à partir d'expériences perceptives du corps que fait le bébé dès la naissance et peut-être même avant selon **P. Rochat**[10]. Il s'agit de ressentis très primaires en interaction avec autrui. Selon **D. Stern**, à la naissance le bébé manifeste déjà les rudiments d'une différenciation soi-monde sur la base d'expériences polysensorielles, dans une transmodalité, qui sont spécifiantes du corps propre versus le monde des choses extérieures. Des

[10] Professeur de psychologie du développement à l'université d'Emory à Atlanta aux USA où il dirige un laboratoire sur l'étude du nourrisson et du jeune enfant.

compétences potentielles ou pattern ne seront efficientes que si elles sont expérimentées de façon précoce.

Les modalités sensorielles sont extrêmement différentes les unes des autres. Leurs particularités résident tant au niveau des récepteurs, des informations captées de l'environnement, que dans leur fonctionnement. La question qui se pose est de savoir s'il y a un cloisonnement des sens à la naissance ou au contraire si les sens sont unifiés. Est ce que l'objet que l'on touche, voit, entend, est différent ou alors existe-t-il une unité et comment se construit-elle ? A quelques jours de vie et en dehors de tout apprentissage, le nouveau né a la compétence de passer de modalités sensorielles différentes. A quelques jours de vie et donc en dehors de tout apprentissage, un bébé est capable de reconnaitre un objet par sa forme et de transposer visuellement. Par exemple on présente au bébé, sans qu'il la voie, une tétine qui a une forme particulière, par laquelle il va obtenir du lait ou un liquide un peu sucré, quelque chose de satisfaisant. Cette tétine il ne peut la connaître que tactilement, par les lèvres, la langue, la bouche. On enlève la tétine et on lui présente différentes tétines et il se focalise sur celle qu'il a eue en bouche. Alors qu'on a pensé pendant des années que le bébé vivait dans une confusion la plus totale, différents travaux permettent de dire qu'il existe une unité des sens très précocement. Les travaux d'**A. Streri**[11] sur les perceptions intermodales (notamment entre le toucher et la vision) lui permettent de dire que le nouveau-né commence déjà à vivre dans un monde à peu près stable et cohérent : *« l'objet qu'il voit, qu'il touche et qu'il entend est le même »*.

De cette expérience sensorielle émerge, selon **B. Golse**[12], la construction progressive du moi par synthèse de noyaux du soi. Ces noyaux se réunissent dans une cohésion à certains moments de la vie du nourrisson, en particulier au moment de l'allaitement et dans les conduites de coopération. Pendant ces moments, le nourrisson unifie les noyaux séparés du soi par une expérience sensorielle intermodale dans la relation à la mère, où la voix de la mère, son odeur, son visage, le goût du lait se réunissent en un objet unifié. Mais cette cohésion est momentanée. Le soi se fragmente à nouveau jusqu'à la prochaine expérience de cohésion. Au fil du développement et des interactions, la cohésion perdure de plus en plus jusqu'à devenir permanente.

Dans cette dynamique interactionnelle entre la mère et son bébé, les expressions des sensations et des émotions empruntent le canal tonique, dans un dialogue tonico-émotionnel. Ces sensations et émotions qui naissent de ces interactions intenses et répétées forment, selon **G. Tonella**[13] des « constellations

---

11 Professeur de Psychologie du Développement à Paris Descartes, enseignant chercheur, CNRS Université Paris Descartes, Laboratoire de Psychologie de la Perception, dans un interview réalisé par Laurence Vaivre-Douret sur « Les perceptions intermodales chez le nouveau-né »

12 Pédopsychiatre, psychanalyste, chef du service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris), professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université René Descartes (Paris 5)

13 Docteur en psychologie clinique et diplômé en psychophysiologie, dans « Les expérience corporelles à l'origine de

sensori-émotionnelles » dont le corps garde l'empreinte. Dès les premiers moments de vie, une relation se fonde sur le partage des émotions et des sensations, régie par une harmonisation affective entre la mère et le bébé. Ce que **D. Stern** évoque en termes d'accordage affectif. Il s'agit des influences réciproques de la vie émotionnelle de la mère et de l'enfant dans un partage d'affects. Dans cette communication mère-bébé, il ne s'agit pas d'une imitation miroir du comportement extérieur, mais d'un remaniement du message partagé.

1.2 De la réciprocité des échanges à une possibilité de différenciation

Ce qui est à l'œuvre de façon originelle dans la relation bébé - parent ce sont donc des éprouvés corporels. Mais l'enfant ne peut se construire seul, il lui faut pour cela être accompagné, contenu dans une relation. Dès la naissance, les besoins corporels du nourrisson sont assumés par sa mère, et ce, dans la plus étroite des relations qui puissent exister entre deux individus. La mère ressent dans son corps (et pas seulement dans sa tête) les besoins de son bébé, elle donne un sens à ses pleurs, ses regards, ses gestes les plus infimes. Elle touche son bébé, et de ce toucher elle en tire un plaisir sensoriel. C'est bien de la réciprocité des échanges entre la mère et son bébé, que va naitre une possibilité de différenciation. Selon **B. Golse,** le corps vient à l'enfant au travers d'expériences physiques prises dans la relation humaine.

Le bébé n'a pas d'autre moyen pour communiquer que de le faire avec son corps, à travers sa motricité et son comportement. A la naissance, il est exposé à des stimulations venues de la réalité extérieure. Le travail du parent à l'égard de son bébé est ce que **W.R. Bion**[14] appelle le travail de la fonction alpha où le parent favorise l'intégration de ces objets, venus du dehors, en les transformant.
Lorsqu'elle est dans de bonnes conditions psychiques, la mère (ou la personne référente) présente à l'enfant un espace réceptif et accueillant. Le bébé peut projeter dans cet espace les angoisses trop massives, les sensations trop intenses, les émotions brutes qu'il est dans la nécessité d'expulser. La mère peut alors recevoir et accepter ces projections, les « détoxiquer » c'est-à-dire les dédramatiser et les transformer par sa pensée, et les renvoyer au bébé sous forme de communication verbale ou non verbale, bienveillante, associée au plaisir apaisant de la relation affective (sourires, caresses, modifications du holding, modulations de la voix...) Cette fonction alpha de la mère créer de bonnes

---

l'identité de soi »

[14] Psychanalyste anglais, disciple de Mélanie Klein, (1897-1979).

conditions pour le développement affectif du bébé, débarrassé grâce à elle de ses angoisses. De plus, progressivement, il va intérioriser cette fonction précieuse et acquérir la capacité de « transformer » lui-même ses sensations en émotions qui deviennent des sentiments puis des pensées susceptibles d'être verbalisées. La mère transforme les sensations brutes en des stimulations pensables, ayant un sens pour lui, intégrables psychiquement. Le bébé assimile alors ce que lui offre le parent comme quelque chose de bon à penser. **W.R. Bion** décrit le rôle de contenant psychique de la mère, qui, par sa capacité de rêverie, propose l'utilisation de son propre « appareil à penser les pensées », aidant le bébé à construire progressivement une cohérence propre.

Par ses manifestations, le bébé provoque donc des modalités d'intervention dans un partage avec un autre compréhensif, qui lui permet de comprendre ce qui lui arrive. Une boucle interactive essentielle où l'environnement est un environnement facilitant. Pour un enfant il est nécessaire que l'environnement soit stable, fiable et prévisible pour qu'il puisse puiser des repères organisateurs. Dans l'interaction, le bébé identifie les mêmes éléments et en fait, ce que **A. Bullinger**[15] nomme des invariants. Le bébé se développe donc grâce à l'identique et au différencié, et l'écart, qui s'y crée enrichit les gammes interactives. **G. Haag**[16] parle de boucles de retour où l'enfant fait l'expérience rythmique, d'un aller vers l'objet, d'une projection, et d'un retour à soi pas tout à fait identique à ce qui a été projeté. Ces allers retour dessinent ainsi une forme de plusieurs boucles qui se décalent dans l'espace et qui chaque fois reviennent au même point de départ, constituant « l'attache » renforçant l'image de soi, le sentiment de soi par l'éprouvé.

Dans la théorie transactionnelle de **S. Escalona**, l'environnement et le nourrisson s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement et de changement. Pendant quelques temps, la mère et l'enfant sont indissociables, et tout comportement de l'un des partenaires provoque une modification chez l'autre, et ainsi de suite, dans un continuum d'échanges. La relation entre le bébé et son entourage est ainsi un enchainement complexe de processus bidirectionnels, où le bébé n'est pas seulement soumis aux influences de cet entourage mais aussi à l'origine de modifications, dans une spirale transactionnelle.

Pour le tout petit, c'est au prix de la dépendance qu'une progressive individuation pourra émerger. Dans la théorie de l'attachement initiée par **J. Bowlby**[17], la mère est bien la base de sécurité qui permettra à l'enfant d'acquérir une sécurité de base dont le but est de pouvoir lui permettre de se livrer à une autre activité exploratoire pour son développement : le plaisir de découvrir son environnement, de plus en plus loin du corps de sa mère et, donc, la possibilité de devenir un individu autonome. La

[15] Professeur honoraire à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université de Genève

[16] Psychiatre et psychanalyste

[17] Psychanalyste d'enfant et pédopsychiatre, fondateur de la théorie de l'attachement, (1907-1990)

sécurité physique proposée par le contact corporel avec la mère ou son substitut se prolonge dans l'acquisition progressive d'une sécurité psychique.

1.3 La régulation des états sensori-émotionnels de l'enfant.

Des travaux sur les compétences sensorielles et perceptives fœtales ont mis en évidence les capacités du fœtus à discriminer in-utero certains stimuli, notamment la voix maternelle, à les mémoriser et à les reconnaître. Il y aurait une certaine « continuité transnatale » dans l'expérience perceptive du nourrisson qui lui permettrait de retrouver certains stimuli prénataux, et par là même une possibilité de sécurité. Mais le sentiment d'être en sécurité est avant tout porté par une mère attentive et contenante (ou son substitut) dans les premiers jours. Une sécurité interne qui prend racine dans les premières interactions. Un sentiment de sécurité qui peut être remis en question par les événements de la vie, mais qui constitue cependant un socle fiable pour qui a reçu dans sa vie de bébé un étayage solide. **P. Jeammet**[18] parle des assises narcissiques fondamentalement en relation avec la qualité des premiers liens avec l'objet d'attachement.

À la naissance, la mère aide son bébé à construire des instruments d'autorégulation des états émotionnels intenses qu'il ne parvient pas, seul, à réguler et intégrer. L'absence de régulation le laisse dans un état de désarroi et d'angoisse profonds et pourra développer un sentiment d'insécurité et d'alerte. Un enfant vivant dans un système d'attachement sécure ou insécure construit des constellations sensori-émotionnelles pourvoyeuses de sécurité ou d'insécurité, constamment réactivables par la suite, la vie durant. Pour qu'une constellation sensori-émotionnelle laisse une trace, soit conservée dans la mémoire, et soit réactivable, il faut qu'elle soit suffisamment intense et répétée. Dans la loi de plasticité synaptique se forment des connexions synaptiques fonctionnelles entre les neurones de cet ensemble. L'expérience sensori-émotionnelle suffisamment répétée laisse alors une trace réactivable tout au long de la vie. Le cerveau garde leur empreinte. **Beaurepère**[19] montre qu'un nourrisson traité de manière insécurisante par sa figure maternelle sécrète des hormones du stress. À long terme, ces sécrétions répétées modifient le développement de son cerveau limbique (réduction du volume de l'hippocampe et augmentation du volume du gyrus temporal). L'hémisphère droit reste en état d'alerte et un profond sentiment d'insécurité s'inscrit dans sa mémoire implicite, inconsciente et non verbale. Les relations d'attachement de cet enfant devenu adulte sont anxieuses et insécures.
Un bébé ne fonctionne qu'en interpersonnel. Ce que le bébé construit comme représentation du monde, comme stratégies n'est pas sa propriété seule, c'est le résultat de la réponse de

[18] Psychanalyste, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université Paris V, président de l'Ecole des parents et a notamment dirigé le service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut mutualiste Montsouris à Paris.

[19] Cité par G. Tonella dans « Les expériences corporelles à l'origine de l'identité de soi .

l'environnement à ses besoins et de la signification donnée. C'est dans cette dynamique interactionnelle, qu'il importe d'appréhender la relation mère-enfant.

Un petit être qui se trouve dans un état de dépendance totale, à la fois physique et affective. Cette dépendance s'exerce non seulement dans la satisfaction de ses besoins vitaux mais aussi dans le discernement même de ses besoins, ainsi que dans celui de ses propres états affectifs.

La théorie de l'attachement est avant tout, selon **N. Guedeney**[20], une théorie des besoins émotionnels du bébé en même temps qu'une théorie physique et spatiale. L'attachement est cette dimension du lien affectif avec une personne qui fait qu'on recherche d'elle la sécurité ou la proximité en cas de détresse. Et le bébé est biologiquement programmé pour rechercher cette proximité en situation d'alarme, tout au long de sa vie. Dès le début de la vie, toute situation d'alarme, de détresse qu'elle soit extérieure à l'enfant, dans son environnement ou interne, déclenchera, des comportements d'attachement. Dès qu'il se présente une situation de détresse, le système d'alarme s'active de façon automatique et instinctive. Le bébé exprime un répertoire de comportements pour maintenir la proximité : les pleurs, cris, accrochages, regard, sourire et puis plus tard, il prendra en charge le rétablissement de la proximité avec la marche ; l'adulte quant à lui, répond à ces besoins d'attachement par la proximité et le réconfort.

Les conditions pour que l'enfant constitue des figures d'attachement en lesquelles il ait confiance et se sente en sécurité passent tout d'abord par des expériences répétées de réponses adéquates, la continuité des personnes, une prévisibilité, une cohérence, ainsi que des séparations limitées en fonction de l'âge de l'enfant. La construction de la représentation du monde, passe par l'histoire de l'interaction entre l'individu et l'environnement.

1.4 Les limites d'un corps qui devient sien

Avoir un corps à soi, c'est avoir des repères, se connaître, avoir des sensations et des perceptions que l'on peut intégrer, en lesquelles on a confiance et sur lesquelles on peut s'appuyer. Cela concerne autant les expériences basiques du froid, du chaud, de la douleur, du bon et du plaisir que les sensations de la tension, de la détente musculaire.

Intégrer ses propres limites, c'est avoir la conscience d'un espace dans lequel on prend sa place, un espace qui va peu à peu s'orienter et dans un certain rythme. **D.W. Winnicott** insiste sur l'importance

[20] Pédopsychiatre, praticien hospitalier, docteur ès Sciences à l'Institut Mutualiste Montsouris de Paris.

du corps dans la construction des limites, ceci, non seulement dans le cadre du contact peau à peau, mais également dans celui du dialogue tonique (holding), dans la façon de manipuler physiquement le corps de l'autre (handling) ou encore de lui présenter le monde visuellement, tactilement, auditivement et olfactivement (object-presenting).

Le bébé, à partir des invariants trouve de la constance, repère une certaine unité dans les images et les expériences vécues. Cela lui fournit un support dans la construction de limites qui rend possible la formation d'enveloppes, organisant des distinctions essentielles, des échanges entre des espaces complémentaires mais différenciés. **J. Doron**[21] énonce que le premier niveau de construction est la constitution de limites : « *C'est une ligne de démarcation séparant deux territoires et constituant en même temps un espace de rencontre* ». Quelle que soit la nature de ces limites, elles sont toujours intersubjectivement vécues, et fondent les invariants psychiques. **R. Scelles**[22] donne aux limites, le statut de concept-métaphore : « *pour prendre le risque d'exister, d'investir une relation, le sujet doit expérimenter la possibilité de construire des limites suffisamment souples et protectrices* ».

1.5 Construction de l'enveloppe et intériorisation de la fonction contenante

Les expériences précoces d'interaction construisent le sentiment d'enveloppe, le sentiment d'être contenu grâce à une répétition satisfaisante et organisatrice. Ce sentiment dépend à la fois de l'expérience du corps, d'être tenu pour de vrai, et de l'expérience de la relation, de l'affect qui colore la relation. Pour se sentir lié à un autre, chacun doit se protéger par de multiples enveloppes qui assurent des fonctions de liaison, de protection, de transformation. Enveloppes constituées et sans cesse remodelées du fait des rapports à l'externe, de la relation humaine.

Ce processus suppose différentes conditions. C'est l'utérus maternel, contenant originaire du fœtus, qui fournit l'ébauche d'un contenant psychique, construite notamment sur la base de la rythmicité de l'interaction corporelle.
Puis, fait suite l'enveloppe maternante, nommée comme telle par **T.B. Brazelton**[23] où les soins donnés par la mère et l'entourage constituent une enveloppe de sensations et de gestes. C'est à travers le holding, le handling, la présentation des objets, mais aussi la capacité de rêverie, la fonction alpha, l'activité de symbolisation... et encore à travers la « sollicitude maternelle primaire », qui anticipe les besoins de l'enfant par fusion des psychés et des corps de la mère et de l'enfant. Et c'est de la

[21] Professeur de Psychologie Clinique et Psychopathologie.
[22] Psychologue clinicienne et professeur de psychopathologie à l'université de Rouen
[23] Pédiatre américain, professeur à l'Université de Harvard (Boston)

distinction entre les parties miennes et non miennes que se construit un agencement complexe de parties et non par simple juxtaposition des parties. Une mise en relation qui inaugure la construction identitaire.
Il faut aussi ajouter l'attention et la sollicitation : l'objet ne doit pas seulement répondre aux besoins du bébé, les transformer, protéger le bébé de la désorganisation, il doit aussi le solliciter, l'attirer vers des niveaux de présence, d'intégration, d'organisation, d'expériences émotionnelles plus élevés.
Enfin, ajoutons la capacité à garantir une rythmicité des expériences : la rythmicité permet l'anticipation et donne une illusion de permanence, de continuité ; elle participe à constituer le sentiment d'enveloppe en ce qu'elle produit comme illusion de continuité.

Le contact du dos est une des premières composantes du moi corporel, il constitue un niveau très précoce d'organisation qui retentira sur le développement psychomoteur global et sur l'organisation spatiale de l'enfant. Pour le nourrisson, la surface cutanée la plus développée aux échanges tactiles est celle du dos. Selon **G. Haag**, c'est l'alliance des sensations tactiles du dos à la pénétrance du regard qui fonde le premier sentiment d'enveloppe, parce que cette concomitance entre interpénétration des regards et éprouvé tactile du dos donnerait la sensation–sentiment que quelque chose du regard de l'autre rentre dans les yeux pour organiser la « peau du dos » et créer « l'espace en arrière ».
R. Soulayrol[24] émet l'hypothèse d'un « pré-moi-peau-dos », préexistant à la naissance, « étayée sur la tactilité de la surface cutanée dorsale du fœtus » in utero, et il souligne « les difficultés de la constitution de l'image corporelle quand une perturbation précoce de la fonction d'étayage postérieur survient dans l'interaction ».

Les limites se créent, évoluent, et donnent lieu à l'établissement de liens, garant de la continuité, la permanence permettant l'adaptation aux changements. Elles aident à penser et permettent de concevoir la séparation. La manière dont se constitue l'enveloppe psychique ou le contenant résulte de l'intériorisation de l'objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet. La forme aboutie du processus d'intériorisation est l'introjection. Mais, celle-ci suppose d'abord un processus possible et suffisant d'identification projective, qui consiste à investir et explorer un espace mental, à déposer les émotions incontenables, à explorer la vie émotionnelle dans l'espace mental d'un autre. Avant même l'identification projective, le bébé utilise des processus d'identification adhésive, qui consistent à s'agripper. Par la suite, cette enveloppe, qui repose sur une introjection satisfaisante de l'objet maternel, garantira la présence symbolique de celle-ci au sein du psychisme, avec l'intériorisation d'une mère « suffisamment bonne » et permettra d'apprécier les bienfaits de la solitude.

C'est un sentiment très banal pour le commun des mortels que de vivre, de se sentir vivre dans son

[24] Soulayrol R., Moulinas C., Cazes O., Sokolowsky M., dans « Le dos, un mode d'approche perdu et retrouvé chez l'enfant psychotique », Thérapie psychomotrice n°78, 1988, p53-60.

corps, de sentir la différence entre soi et l'autre. Malgré tout, ce sentiment peut s'effacer pour laisser place à l'étrangeté. Sans aller du côté de la pathologie psychiatrique, chaque femme enceinte doit faire face à un corps qui se modifie, qui abrite un corps, un corps qui se modifie à son insu, sans maîtrise possible. Comment concevoir les limites, les frontières entre soi et non-soi lorsqu'un corps abrite un autre corps, lorsqu'un être en devenir dépend totalement d'un autre ?

2. UN CORPS POUR DEUX

Le sentiment d'avoir un corps à soi est un pilier dans la construction identitaire. Lors de la grossesse, le sentiment d'un corps à soi est bousculé. Il est en moi, il est de moi, il est autre que moi...
Les frontières jusqu'à présentes bien distinctes entre soi et l'extérieur, soi et l'autre se voient plus perméables. La morphologie qui se transforme parfois à l'insu de la future mère, son organisme qui ne réagit plus comme avant, un fonctionnement qui demande à être modifié... A différents niveaux, la gestation implique le corps. Entre le « corps-réalité » et le « corps vécu », **R. Vander Linden** parle de mue identitaire, de transformation de soi de façon fondamentale.

2.1 Le « corps réalité ».

Dès les premiers jours de la grossesse s'opèrent des modifications physiologiques qui vont aller en s'accroissant tant sur le plan gynécologique, hormonal, métabolique, que sur l'état général (fatigabilité, ralentissement). C'est un remaniement total de l'organisation et du fonctionnement de la femme enceinte.
L'état de grossesse peut induire précocement des petits désagréments comme des nausées, des malaises, de la fatigue. Toutefois un des premiers ressentis maternel se localise sur la respiration et les battements du cœur. Au niveau cardiovasculaire et hémodynamique, le volume de sang s'accroit (par rétention de sels et d'eau), pour assurer les échanges avec le futur bébé. Le volume de sang à véhiculer s'accroit jusqu'à +45% à terme. Un accroissement qui agit sur le cœur qui bat plus vite, et sur le plan pulmonaire : la respiration devient plus rapide et plus courte. La femme enceinte doit respirer pour deux.

D'un point de vue gynécologique, l'utérus doit rester fermé pendant les neufs mois de la grossesse avec un col vaginal long et postérieur. La cavité utérine s'agrandit faisant une place au fœtus qui sera observé au cours des trois échographies obstétricales obligatoires.
D'un point de vue physique, les transformations influent sur le fonctionnement de l'appareil locomoteur et l'organisation posturale. Une hyperlordose s'installe face à la prise de poids, le volume du ventre et de la poitrine. L'équilibre se voit modifié : le déplacement du centre de gravité se déplace

vers l'avant et devient maximal au troisième trimestre. Au niveau articulaire, la relaxine, les œstrogènes et la progestérone augmentent toutes le relâchement ligamentaire. En résulte une hyperlaxité de certaines articulations (symphyse pubienne, vertèbres) ayant pour conséquences notamment :

- une déstabilisation à la marche,
- une mobilisation de la symphyse pubienne douloureuse (syndrome de Lacomme),
- une sciatalgie, conséquence de la compression du nerf sciatique,
- des douleurs lombosacrées liées à l'hyperlordose,
- des crampes des membres inférieurs...

La modification de l'image corporelle peut être source de stress pendant la grossesse et après l'accouchement où le changement est brutal.

Etre enceinte, ne doit pas faire oublier une autre réalité, qu'est l'intrusion d'un être humain conçu dans l'espace corporel et psychique de la femme. Le corps réalité rencontre une double réalité, celle du corps de la mère et celle du corps de l'enfant à naître. C'est un corps qui abrite un autre corps. Le « corps-réalité » maternel, accessible aux professionnels, est observé, palpé, touché et parlé et celui du fœtus est regardé, mesuré, évalué, parfois touché et également parlé.

La technique échographique opère une révolution dans l'exploration interne du corps, tout en inversant ce mouvement du voir. L'échographie obstétricale permet de voir le corps d'un autre dans son propre corps. L'enveloppe corporelle n'est plus une limite du voir puisqu'il est désormais possible de visualiser l'intérieur du corps sans altérations ou modifications corporelles et sans douleur aucune. La notion de visibilité s'est élargie : le réel invisible parce que cerné par de la chair est rendu visible, exposé au regard de tous.

2.2 Le « corps vécu ».

Le « corps-vécu » est invisible et fait appel aux représentations de la féminité et à l'image du corps. Ce corps-là est traversé par les émotions, les sensations, les perceptions. C'est celui qui ressent la plénitude ou le vide, qui éprouve la peur, qui se sent agressé, qui a mal, qui jouit... Et c'est avec ce corps-là qu'une femme vit sa grossesse.

Il y a une permanence de l'image que nous avons de notre corps. Cette permanence nous renvoie au fait que nous avons la certitude que cette image là c'est moi et personne d'autre. En même temps, cela entraine le fait qu'il peut être difficile de le reconnaître comme évoluant. C'est une des difficultés du sujet âgé qui un jour réalise que l'image qu'il voit de lui-même dans le miroir n'est plus du tout celle

qu'il avait en mémoire. Certains sujets âgés évitent les miroirs car ils ne veulent pas entendre parler de ce changement. Idem pour la femme enceinte. La transformation corporelle durant la grossesse est un processus qui sollicite puissamment des angoisses archaïques : «se déformer», «devenir monstrueuse», «exploser»... Certaines femmes ont une angoisse incontrôlable à l'idée que l'enfant va devoir passer par le vagin et la vulve. Elles ont des fantasmes d'écartèlement et préfèrent envisager une césarienne.
Le désir de grossesse n'est pas toujours accompagné du désir d'enfant. Le premier renvoie à une recherche de l'identité de femme qui peut se traduire par la grossesse, tandis que le désir d'enfant est tourné vers « l'Autre » qui vient de soi mais qui est différent. Ces deux désirs sont le plus souvent associés. Mais, parfois le désir d'enfant ne s'est pas étayé et un sentiment de culpabilité vis-à-vis de cet enfant non désiré peut apparaître.

Un autre aspect à intégrer est que le corps de la femme voit de nombreuses interventions du corps médical allant des simples palpations corporelles aux touchers vaginaux, mais également les mains de l'entourage qui viennent toucher le ventre, sans compter tous les regards. Une distance interpersonnelle qui correspond majoritairement à la distance « intime » (entre 15 et 45cm) selon la proxémie ou l'étude des distances sociales de **E. T. Hall**[25].
La distance « personnelle » (45 à 75 cm) désigne la distance minimum acceptable par chaque individu. Elle peut s'imaginer comme une petite sphère protectrice ou bulle. A cette distance, les contacts de peau sont moindres.
La distance interindividuelle dite « intime », est une zone qui s'accompagne d'une grande implication physique et d'un échange sensoriel élevé. La présence de l'autre s'impose et peut devenir envahissante par son impact sur le système perceptif (vision, odeur, chaleur du corps, rythme respiratoire). Cette distance implique une relation d'engagement avec un autre corps : distance à laquelle on réconforte, on protège, mais aussi ou on lutte. L'emploi des récepteurs à distance est réduit. Dans cette phase, le contact est physique, de peau à peau.

Même préparée et anticipée, porter un être en soi peut être déconcertant. C'est une présence à temps plein qui envahit à la fois le corps et les pensées de la femme enceinte. Une situation, un état qui peut être source d'attachement ou au contraire d'angoisses. L'angoisse d'atteintes ou d'accidents pouvant arriver au fœtus est indissociablement liée à l'angoisse de leur propre intégrité. Nombre de femmes dont le bébé est déclaré à risque en période périnatale peuvent se sentir menacées elles-mêmes. Inversement, le fait de se sentir bien est projeté sur l'enfant. Voilà entre autres une fréquente explication du tabagisme pendant la grossesse : la femme «sentant» sa propre détente sous l'effet de

[25] Anthropologue américain

cette satisfaction orale fait passer cet affect avant l'information «rationnelle» sur la toxicité de la cigarette.

La technicisation des actes médicaux autour de la femme peut tendre à banaliser le corps vécu. Suivant l'attitude du compagnon, la femme est donc d'autant plus seule pour essayer de maintenir son image d'elle-même mise à l'épreuve. La grossesse et les premiers moments après l'accouchement, est un champ de sensibilité commun au bébé et à la mère, où se développe, un temps où les limites sont un peu bousculées, parfois floues.

2.3 Des limites bousculées

La conception impose à la femme la présence de l'être humain conçu à l'intérieur de son appareil génital. La femme doit établir progressivement avec l'être en gestation une forme inhabituelle de relation, où autrui, inconnu et non connaissable, se trouve à l'intérieur de soi. La femme, transformée dans son identité, accède au statut de mère, ou se trouve mère à nouveau. Le travail psychique est colossal.

D'après le psychanalyste français **P.-C. Racamier**, la relation d'objet est modifiée au cours de la grossesse. En psychanalyse, il s'agit de la relation que chaque individu a au monde et à autrui. Le terme d'objet signifie ce qui est investi par la pulsion, (ce qui est objet d'attirance, d'amour) en général, une personne. La présence de l'Autre en soi modifie la donne dans la relation d'objet habituelle qui s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui. Un fonctionnement psychique qui s'approche d'une modalité psychotique.
S. Missonnier parle de nidification psychique dans ce mécanisme d'indifférenciation entre soi et autrui de la grossesse.

La grossesse impose un processus d'intégration psychique de l'être conçu. C'est en effet quelque chose d'incroyable pour le psychisme de la femme d'être charnellement en relation avec un autre que soi, à l'intérieur de soi-même. Cette modalité du rapport à autrui, spécifiquement féminine, a un caractère exceptionnel. En se nichant dans le corps maternel, l'être humain conçu impose donc à la femme enceinte une situation hors du commun, proche de la folie : être soi et autrui, en même temps. Parler de nidification psychique signifie par conséquent que l'enfant en gestation déclenche, dès le début de la grossesse, une réaction psychologique d'indifférenciation soi-autrui qui permet sa greffe psychique. Cette greffe ayant pris, s'amorce alors la période de gestation psychique proprement dite.

L'état de la grossesse brouille les cartes : la frontière entre ce qui est « normal » et pathologique s'atténue. Les scénarii périnataux se distribuent entre comédies humaines et tragédies. Et ce sont bien

justement, la proximité, la labilité et la réversibilité entre variations du normal et du pathologique qui caractérisent l'objet de la clinique périnatale. Il n'y a pas de différence de nature entre les figures de la normalité et du psychopathologique, il n'y a que des différences de degrés. *« eros et thanatos sont étroitement liés dans la chorégraphie périnatale »* selon **Sylvain Missonnier**. Il y a de quoi avoir le vertige. Et pourtant, tels des funambules sur un fil, la plupart ne tombent pas dans la folie.

2.4 Sur la scène psychique

Il est difficile d'évoquer la période prénatale sans souligner les remaniements psychologiques observés au cours de la grossesse. La conception de l'enfant provoque chez la femme un véritable raz de marée émotionnel, un bouleversement psychique, dont les aspects physiologiques sous-jacents, notamment hormonaux, ne doivent pas faire oublier la hauteur des enjeux psychologiques. La grossesse représente véritablement une période de crise identitaire et de maturation psychologique pour la femme qui devient mère. La naissance d'un premier enfant est aussi la naissance d'une mère. La grossesse est un événement bouleversant en ce sens qu'elle amène la femme à s'interroger sur son statut de future mère, d'une mère suffisamment bonne.

« *La grossesse est une condition assez proche de la folie : on est deux, je suis deux et je ne sais rien de l'autre. L'enfant est pour moi le parfait inconnu. Je ne sais rien de ce bébé qui habite en moi et que je ne verrai que dans huit mois* »[26].

Il peut être évoqué des mécanismes psychiques habituellement présents dans la psychose. Une période où la femme est tournée préférentiellement vers elle-même dans un narcissisme accru, avec l'étrange sensation d'être habitée par un autre corps ; vivre un corps qui change dans un laps de temps très court et sans ne pouvoir rien y changer ; vivre une instabilité émotionnelle inattendue... Avec le concept de « *préoccupation maternelle primaire* », **D. Winnicott** propose une lecture qui transforme cet état « *proche d'un état psychiatrique* » en nécessité existentielle tant pour la mère que pour le bébé à venir. Cette sensibilité ouvre sur une étonnante capacité d'identification de la mère à son bébé sensibilisant la femme enceinte aux besoins de son enfant après la naissance. Développée au cours de la grossesse, elle est bien présente dans les derniers mois qui précèdent la naissance et fera le lit d'une relation intersubjective. Ainsi, conjointement au développement sensoriel du bébé à venir, se met en place une « préparation » émotionnelle de la femme enceinte afin de donner toutes les chances à la rencontre entre la mère et cet enfant là de se faire.

Dans les années 50, le pédiatre **T. B. Brazelton** a également exprimé son étonnement face à l'état d'anxiété presque pathologique des femmes enceintes qu'il examinait. S'il redoutait des difficultés avec l'enfant au moment de la naissance, il n'en était cependant rien. Ces mères s'adaptaient

[26] M. Colin, dans « Un bébé en analyse. Journal psychanalytique d'une Grossesse »

parfaitement à leur nouveau rôle.

Depuis les travaux de **P.-C. Racamier**, la grossesse est considérée une période qui fragilise psychologiquement la femme. Il utilise, en 1979, le terme de maternalité pour décrire les processus psychiques en œuvre au cours de la grossesse. Il compare la grossesse au processus de l'adolescence et la décrit comme une crise de la personnalité, potentiellement maturative mais d'issue aléatoire. Le fonctionnement psychique évolue, la femme établit un rapport à autrui plus indifférencié, comme si elle seule existait. La grossesse favorise d'autre part, l'émergence d'une problématique en lien avec les identifications de la future mère à sa propre imago maternelle. Cette imago peut parfois correspondre à une représentation dévalorisée ou haïe, ce qui peut être source d'un intense conflit au moment de devenir mère soi-même.

Dans le prolongement de ces travaux, la psychanalyste **M. Bydlowski** a employé le terme de « *transparence psychique* ». Une sensibilité particulière qui s'exprime par une labilité de l'humeur. D'autre part, ce qui est habituellement tu et censuré (ré)émerge à la conscience et est formulé avec une sorte d'aisance. La grossesse réanime la mère des premiers temps. En effet, enfanter fait référence à une image maternelle. Pour la petite fille, le lien originaire à la mère est un ingrédient dans la filiation féminine. Reconnaître à l'intérieur de soi la mère, est à l'origine non seulement du désir d'enfant mais permet sa concrétisation. « *En enfantant, une femme rencontre sa propre mère; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle* » (**Bydlowski**).
Selon **Revault-d'Allonnes,** en devenant mère comme sa mère, une femme « *redevient enfant, enfant de sa mère et son propre enfant à la fois, et cela dans un double mouvement d'identification à sa mère et à son enfant* ».
La vie psychique apparaît ainsi avec une authenticité particulière, perceptible dès le début de la grossesse. Les remémorations infantiles ne soulèvent pas les résistances habituelles. L'inconscient est comme à nu, il ne rencontre pas la barrière du refoulement. Des modifications psychologiques qui transparaissent dans la pratique clinique.

2.5 La mise au monde

2.5.1 Un passage de témoin

Notre lien au corps est aussi notre lien à notre généalogie. C'est cette réalité du corps de mes parents, grands-parents, qui est porteuse de ce qui fait trace de mon histoire, de ce qui fait mémoire à travers la question du corps et qui renvoie à la question de la mort. « *Le paradoxe humain est typiquement à son comble dans l'espace-temps périnatal : hommes et femmes mortels s'inscrivent dans une éternité*

générationnelle faute d'une éternité individuelle. »[27] La gestation fait de l'enfant à naître « un prolongement de soi » qui se nourrit d'un sentiment de continuité élaboré au fil de sa propre histoire et probablement enraciné dans cette perception intime d'être un maillon d'une chaîne qui transmet la vie.

La première tâche maternelle, incontournable, consiste à garder bébé en vie. Dès les premières minutes, la mère doit assurer la survie et la croissance de sa progéniture. La société a tendance à oublier la dureté de cette réalité et à considérer comme allant de soi cette étape qui est pourtant essentielle et chargée d'émotions pour la mère. C'est une tâche aussi primordiale que chargée de sens selon **D. Stern**. La survie de l'individu à travers sa progéniture est la plus grande responsabilité que la nature impose au monde animal. En tant que mère, elle devient automatiquement un maillon essentiel dans la chaine de l'évolution En s'occupant chaque jour de son bébé, une mère joue un rôle essentiel dans le grand projet de la nature.

Dans certaines populations, comme au Maghreb, le bébé est important pour toute la collectivité. Il faut en prendre soin et la grossesse est valorisée comme un véritable travail social. De ce fait le repos est considéré, par tous comme un droit inhérent à l'état de grossesse et non pas comme un devoir lié à une prescription médicale. La femme enceinte est soulagée de toutes les tâches matérielles : ce sont les femmes de l'entourage ou du voisinage qui assument la préparation des repas, la lessive, le ménage et les soins aux enfants, le mari assure tout l'extérieur, le marché, démarches administratives. L'importance de l'entourage affectif pour la femme enceinte, a valeur de conteneur psychologique. Un déracinement, entraine la perte de repères et modèles, et peut majorer un état d'angoisse. **P.C. Racamier** note qu'une femme qui n'est pas écoutée, comprise et contenue dans ses émotions peut risquer :

- une décompensation psychique (de la dépression à la psychose péridurale)
- une décompensation somatique (de la menace d'accoucher prématurément à l'accouchement prématuré).

Il note aussi que plus la femme est déstabilisée, plus elle est vulnérable, sensible aux réalités extérieures, et dépendante de son environnement, *« le moi est d'autant plus sensible aux réalités extérieures qu'il est plus flottant dans son intimité »*. Dans la même idée, des études[28] considèrent la prématurité comme une manifestation psychosomatique, c'est-à-dire comme une décompensation somatique liée à la détresse psychique.

[27] S. Missonnier, « Périnatalité : interdisciplinarité et psychologie clinique » dans le Journal de Psychologues, (2013), n°309, pp22-26

[28] B. Alexandre, « Un autre regard sur la prématurité », recherches INSERM (1981-1983) - CNRS-MIRE (1984-1987) - MIRE-DGS-DPM-FAS-DAS (1988-1991)

2.5.2 L'accouchement : de la séparation à la l'attachement

L'accouchement est une performance physique impressionnante tant pour le bébé que pour la mère, une mécanique de haute précision. L'utérus doit rester fermé pendant les neufs mois de la grossesse, mais il va devoir s'ouvrir en quelques heures. La femme puise en elle les ressources les plus profondes et le bébé quitte le nid utérin pour arriver en quelques heures au monde extérieur.

Du côté maternel, se sont neuf mois pour accepter dans son corps, un autre corps, le reconnaître autre et semblable puis s'en séparer. Une expérience singulière qui peut s'accompagner d'angoisses comme la peur de l'accouchement. Pour **S. Marinopoulos**[29] ,ce sont des femmes qui n'ont pas terminé la croissance psychique avec ce bébé en intra-utérin. La peur de l'accouchement se traduit par la peur d'avoir mal, de souffrir, de ne pas y arriver, que bébé aille mal à la naissance, des peurs autour de la notion de perte de l'enfant. Et ce qui est en jeu à la naissance, c'est une séparation emblématique. De ce fait, elle peut réveiller cette fragilité de la mère autour de toute séparation quelle qu'elle soit. Un accompagnement de ces angoisses permet d'aider à la représentation de cette séparation d'avec le bébé in-utero qui ne va pas les conduire vers la perte de l'enfant mais à un autre rapport à l'enfant dans une nouvelle et toute autre proximité. L'accouchement est un véritable bouleversement définitif : une épreuve physique et une épreuve psychique de la séparation qui passe par la première représentation de la perte du bébé.

Du côté du bébé, la naissance marque le passage d'un portage amniotique à un portage dyadique. Une nouvelle matrice nourricière prolonge le portage intra-utérin et ses fondations physiologiques par celui des bras, du sein, du biberon, des soins, des câlins, du regard, de la voix, des sourires, du toucher, des émotions, des mots... La sollicitude maternelle permet au nouveau-né de déployer ses éprouvés et sa sensorialité. Le bébé, en reçoit une vraie nourriture de peau : chaleur, sensation d'enveloppement, sécurité de l'enveloppe corporelle. Il se sent alors contenu intérieurement mais aussi extérieurement par ses parents mais aussi par les différentes enveloppes environnementales, telles que les enveloppes familiale, sociale et culturelle qui vont en s'élargissant.

Une relative continuité transnatale est axée sur la sensorialité du fœtus puis du nouveau-né, dont les traces mnésiques contribuent au processus d'attachement réciproque bébé-parents. N'oublions pas, comme le souligne **L. Morisseau**[30], que *« le fœtus est (presque) toujours un futur nouveau-né, et le nouveau-né est toujours un ancien fœtus »*. Les sons et les bruits (notamment les bruits de l'activité

[29] Psychologue clinicienne et psychanalyste, elle exerce à l'Hôpital Mère-Enfants du CHU de Nantes. Engagée dans la reconnaissance de la santé psychique comme faisant partie intégrante des questions de santé publique, elle est fondatrice de l'association pour la Prévention et la Promotion de la Santé psychique (PPSP) et de son lieu d'accueil les Pâtes au Beurre.

[30] Chef du service de psychopathologie du jeune enfant à l'institut de puériculture et de périnatalogie de paris (l'IPP), « Lorsque la parentalité parait », (2009), p65.

cardiaque et respiratoire de la mère) perçus pendant la grossesse sont reconnus plus tard par le bébé, expliquant l'action tranquillisante et apaisante du corps. *« Il y a beaucoup plus de continuité entre la vie intra-utérine et la toute petite enfance que l'impressionnante césure de l'acte de la naissance ne nous donnerait à croire*[31] *».*

Le contact peau à peau des premiers jours poursuit le contact utérin, et se transformer peu à peu en relation. La mère va décoder de plus en plus finement les expressions non verbales du bébé, ses expressions corporelles qui deviennent pour elle du langage.

3. VERS DEUX CORPS POUR DEUX.

« Un enfant qui nait, c'est un être humain qui quitte un espace clos pour un espace ouvert, c'est un corps de bébé qui se glisse par les voies étroites d'un corps de femme et rencontre des mains, c'est une image qui s'incarne, une attente qui prend réalité et peut enfin se nommer. C'est un homme et une femme qui deviennent père et mère.[32] *»*

3.1 L'espace

3.1.1 Un espace relationnel

La naissance impose la rupture d'un espace de vie unique, le corps maternel, en deux espaces. Mais c'est dans un espace commun d'émotions et de sensations que s'étaie la relation mère-bébé, sous tendue par un dialogue éminemment corporel. Le bébé repose sur le ventre de la mère et dans ces premiers contacts peau à peau ils se reconnaissent et investissent un même espace, saisi ensemble dans une enveloppe commune.

3.1.2 Maintien de la proximité

Le nouveau-né dispose, comme vu précédemment, de divers comportements visant à lui garantir la proximité de sa figure d'attachement qui lui apporte sécurité, réassurance, contenance de ses vécus désorganisés et désorganisateurs. Malgré une origine neuromotrice, divers auteurs s'accordent à dire que le réflexe d'agrippement (ou grasping reflex) possède une dimension émotionnelle et relationnelle

[31] Citation de S. Freud dans « Inhibition, symptôme et angoisse » (1926).

[32] M. Gauberti, « MERE-ENFANT : A CORPS ET A VIE. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces » (1993)

dans le lien réciproque établi entre la mère et le bébé et contribuerait à l'attachement. Selon **D. Robin**[33], la théorie du cramponnement permet de penser l'historicisation des processus d'attachement.

L'instinct de cramponnement chez les singes qui pousse le petit à s'agripper aux poils de sa mère est nécessaire à la survie des primates, mais se voit limité dans ses possibilités de réalisation chez les hominidés : absence de fourrure maternelle, préhension uniquement des membres supérieurs du bébé humain qui n'a que deux mains à la différence des bébés singes qui peuvent se cramponner efficacement des quatre membres. La néoténie qui caractérise l'être humain, conduit le bébé à se cramponner aux yeux et aux mains de sa mère. Cette conduite produit la relation d'attachement. Un agrippement à cet Autre support de l'individuation qui met en évidence l'enjeu vital pour le nouveau né de se cramponner. Une relation physique et psychique qui assure la sécurité de base indispensable à la structuration de sa personnalité passe par les réponses de l'objet maternant au plus près des besoins du bébé. Se cramponner pour bénéficier d'une enveloppe maternante, sans laquelle le nouveau né n'existe pas et n'existera jamais en tant qu'individu.

Lorsque cet objet maternant est absent, (l'absence de soins de qualité, ne pas se sentir contenu et rassemblé physiquement et psychiquement), le bébé peut compenser cette absence en se cramponnant à autre chose. On peut évoquer les agrippements, des accrochages sensoriels, des modalités de seconde-peau... une seconde-peau par exemple de nature musculaire se traduisant notamment selon **E. Bick**[34] à travers le tonus musculaire par des hypertonies.

3.2 La continuité : le portage

Avec la perte de l'état fœtal, la naissance est une première séparation dans la vie du nourrisson qui sera jalonnée de séparations (séparations d'avec la mère toujours difficiles, le sevrage....) Mais les différentes séparations sont de moins en moins traumatiques, au fur et à mesure que l'enfant a construit son enveloppe, son autonomie. L'individu humain se montre rusé, créatif, pour surmonter dans sa vie les séparations. La recherche de contenants n'est-elle pas perpétuelle ? La recherche du cocon protecteur, de l'habitation familière (catastrophe du déménagement), du vêtement douillet et protecteur...

[33] Psychologue, psychanalyste, thérapeute familial dans « Cramponnement, attachement et complexe de sevrage. Hermann et Bowlby avec Lacan. L'exemple des addictions », (2007) p81.

[34] Psychanalyste d'origine polonaise (1901-1983) qui a développé sa propre technique d'observation psychanalytique du bébé

Avec la perte de l'enveloppe utérine, la naissance signe la perte de la position en enroulement du fœtus. Une position qui offrait un regroupement assuré par le support, l'arrière fond, imposé par la matrice utérine. Les parois utérines enveloppaient la surface cutanée du bébé, et réagissaient aux sollicitations de bébé.
Cette position est fondamentale dans le développement psychomoteur tant dans l'accès à la verticalité que dans l'accès à une sécurité de base suffisante. Ce mouvement sur le mode du « rond », permet au bébé de construire son centre corporel. Selon **S. Robert-Ouvray**, *« le centre du corps se situe autour de la zone ombilicale. Le ventre reste longtemps pour l'enfant et pour certains adultes le lieu de toutes les souffrances corporelles et affectives*[35] *»*.

L'enroulement dans un mouvement global permet au bébé d'accéder à un premier sentiment d'unité corporelle qui soutient le rassemblement psychique. Selon **A. Ciccone** « *S'éprouver rassemblé autour de son centre corporel est une des voie d'accès à une unification corporelle et psychique* ». Les traces de cette recherche de rassemblement se retrouvent dans le réflexe de Moro. La première phase en extension fait perdre à l'enfant son mouvement centripète inné. Le second temps correspond à un rassemblement réflexe des bras vers le centre du corps, ce qui permet au bébé de récupérer l'enroulement. Un second temps de l'embrassement pourrait être relié à l'instinct de cramponnement, un retour sur soi à la fois rassurant et protecteur, avec la capacité à s'auto-rassembler, s'autoconsoler, à se restructurer après un événement potentiellement déstructurant.

Dès les premiers jours, il est important que le bébé retrouve dans son corps la forme enroulée : forme qu'il avait quand il était dans le ventre de sa maman et cela de la tête au bout du bassin. La position enroulée est la position physiologique de base du tout petit. C'est d'ailleurs une position que l'on retrouve spontanément chez les nouveau-nés lors de la tétée, du biberon, ou lové dans les bras. Les mères s'enroulant elle-même également autour du bébé dans une certaine concavité. C'est une position qu'il a connue pendant les neufs mois in utero et dans laquelle il peut trouver détente et apaisement. La position fœtale est à tout âge, une position sécurisante, de détente qui permet d'être dans une préoccupation autocentrée, préoccupation narcissique. C'est pourquoi il est important de toujours positionner un enfant dans son enroulement avant de le porter, ce qui lui permet de se sécuriser avant le changement de position qui le fait tout à coup quitter ses appuis.

Le passage vécu et la séparation des corps permettent à la mère et à l'enfant de se rencontrer, d'être dans la proximité, le côte à côte, le corps à corps, le corps à voix... La mère, le père découvrent l'enfant. C'est le temps de faire connaissance, de la reconnaissance, le moment aussi pour donner le prénom. Prénommer l'enfant, c'est le considérer comme un autre : l'enfant imaginaire devient enfant

[35] Psychomotricienne et docteur en psychologie clinique, citation dans son ouvrage « intégration motrice et développement psychique » (1993), p76.

réel nommé, individu à part entière. La femme devient mère et l'homme devient père. Passage aussi pour le père.

3.3 La perméabilité des enveloppes

3.3.1 Une enveloppe corps perméable

Pour se sentir lié à un autre, chacun doit se protéger par de multiples enveloppes qui assurent des fonctions de liaisons, de protections, de transformations, enveloppes constituées et sans cesse remodelées du fait des rapports à l'externe. *« La construction de l'appareil psychique implique le tissage de multiples enveloppes, la construction de multiples frontières, la création d'espaces de transition »*[36] . Dans ce moment ultime où l'enfant va bientôt apparaître, la femme se laisse traverser par « quelque chose » qui n'est pas d'elle mais vient d'elle.

L'enveloppe est une surface fermée, une sphère où peuvent apparaitre des ouvertures, des orifices qui assurent les entrées, les sorties, les échanges. L'enveloppe corps de la parturiente se voit devenir comme « poreuse » : le col utérin s'efface puis s'ouvre, le lait qui coule du mamelon passant de la mère au bébé, une cicatrice après une césarienne, le sang... C'est une enveloppe corps qui ne peut retenir.

3.3.2 L'allaitement, une résonnance corporelle

La mise en route de la lactation se produit automatiquement, sitôt l'enfant né, soutenue par la succion du bébé. Puis une fois mise en place, **C. Potel-Baranes**[37] parle très justement de cette puissance de résonnance du corps maternel qui vibre au corps du bébé. Il ne s'agit pas d'une connaissance intellectuelle. En effet, il suffit de connaître la sensation du sein et du mamelon quand le lait commence à monter et à s'écouler, dès les premiers petits cris du nourrisson... Une connexion plus qu'une communication.

Une tétée fondamentale car elle est la continuité du dehors et du dedans, l'apprentissage pour le bébé du corps extérieur de sa mère, de son odeur, de sa chaleur. Le premier jour, il n'y a pas de grandes quantités, mais quelque chose de fondamental : le colostrum. Il s'agit d'un liquide épais, jaune qui est aussi une sorte de vaccin car il apporte beaucoup d'anticorps, que le bébé ne peut encore fabriquer lui-même. Il le protège alors des microbes et virus environnants. Ce liquide est tellement concentré que le

[36] R. Scelles (2003)
[37] « Être psychomotricien », (2010)

bébé est repu avec quelques gouttes seulement.

Évoquer l'allaitement maternel est souvent source de discussions, et parfois même de craintes. En France, une femme sur deux n'allaite pas son bébé, et cette situation extraordinaire rend le discours sur l'allaitement périlleux. La peur de se montrer irrespectueux envers cette mère qui n'allaite pas rend les orateurs circonspects. La majorité des explications données par les mères est la praticité du biberon. Un biberon qui peut être donné par quelqu'un d'autre, le père, les grands-parents... et donc non materno-dépendant.

La mère porte l'enfant pendant 9 mois, il est dépendant d'elle pour sa croissance, sa maturation.

Beaucoup de femmes que je rencontre ont cette croyance ancrée très profondément, qu'il ne faut pas donner de mauvaises habitudes à ce petit être qui a vu le jour il y a quelques heures. Elle a peur que cette trop grande dépendance se poursuive après la naissance. La peur d'une dépendance de la mère à son enfant.

3.3.3 Une sensibilité singulière

Pour pouvoir traduire son bébé qui ne dit pas « j'ai faim, je suis inconfortable... », la mère doit « rentrer » dans la peau de son bébé. Mais rentrer dans la peau de son bébé suppose que la mère se fragilise énormément, dans un va-et-vient entre les différents états émotionnels.

Si c'est une chance pour un bébé d'avoir des parents, et particulièrement une maman hypersensible au moment de la naissance, cela peut être désagréable pour la mère. Mais c'est la seule manière de suffisamment bien rentrer dans la peau de son bébé, s'identifier à lui pour pouvoir le traduire et lui apporter ce dont il a besoin et devenir son porte-parole.

3.4 Et le père ?

Le père est souvent présenté comme le tiers qui introduit l'écart entre le bébé et la mère. Au premier plan, on retrouve fréquemment une fonction paternelle symbolique de castration dans le séparer, interdire, castrer.

3.4.1 Appui à la fonction maternelle

Selon **A. Ciccone**[38], un des premiers aspects de la fonction paternelle est de servir de support à la fonction maternelle. Sans occulter que l'expérience de la paternalité est, elle aussi bouleversante, et à l'origine d'une nécessaire néo organisation psychique, le père soutient et étaie la mère dans son investissement du bébé, dans son dévouement, dans sa préoccupation maternelle primaire. Il supporte et contient la relation mère-bébé, et en particulier les angoisses, les peurs, les turbulences émotionnelles que génère et que suppose une telle relation. Le père a aussi un rôle de confirmation narcissique de la mère. Une fonction paternelle qui veille au narcissisme maternel fragilisé, rendu particulièrement sensible par l'expérience bouleversante de la maternalité, veiller pour que les fonctions maternelles se déploient en sécurité.

3.4.2 Fonction de pont

Ainsi, bien avant de séparer, le père réunit la mère et le bébé, il assure les conditions de la rencontre, du lien. **S. Resnik** décrit la « fonction de pont » du père comme un pont qui sépare et réunit en même temps et *« permet de passer de la fusion à l'identité sans tomber dans le gouffre de la séparation ».* Selon **A. Ciccone**, la fonction paternelle consiste à *« permettre, protéger, assurer les conditions du lien, créer un pont entre la mère ou plutôt les aspects maternels et le bébé, pour qu'ils puissent se rejoindre ».*

A l'instar de la théorie de l'attachement où pour se « détacher », il faut avoir été bien « attaché », **A. Ciccone** parle d'une fonction paternelle unificatrice avant d'être séparatrice.

3.4.3 Continuité des expériences

Dans l'idée que la fonction du père est une fonction de pont, qui sépare et réuni, **A. Ciccone** propose une fonction paternelle qui assure une continuité, une permanence, face aux expériences incontournables de discontinuité, notamment entre absences et présences, qu'expérimente le bébé. Les expériences de discontinuité ne sont tolérables que si elles émergent d'un fond de continuité permanente. Dans ces expériences de discontinuité, le bébé va faire très tôt des efforts, pour retrouver le lien, la proximité de sa figue d'attachement. Le bébé va fabriquer de la continuité dans ses manifestations (cris, pleurs, sourire...) dans des éprouvés corporels (le dur, la rigidité, la tension) ou dans la rythmicité motrice.

C'est dans cette fonction paternelle qui est une fonction psychique dans la position parentale (du père comme de la mère), que se place la fonction du psychomotricien. Une fonction unificatrice qui permet de protéger, assurer les conditions du lien, créer un pont entre les aspects maternels et le bébé, pour qu'ils puissent se rejoindre.

---

[38] « Tonus et fonction paternelle », dans thérapie psychomotrice n°157, (2009)

Chapitre 3 :
Une psychomotricienne en maternité : une clinique d'interfaces

A la naissance, le bébé quitte la matrice utérine pour entrer dans un nouveau monde où règnent des conditions de vie tout à fait inédites. Le nouveau-né aux prises avec de multiples angoisses ne peut se contenir seul et se désorganise. L'intervention maternelle permet que le bébé se sente sécurisé, contenu et rassemblé dans sa vie psychique pour que puissent se développer ses potentiels intégratifs propres. Dans cette interaction, la mère reçoit l'assurance qu'elle « sait y faire » pour calmer, comprendre, contenir son enfant avec son corps, sa peau, ses caresses, ses mots.
Mais les conditions suffisamment bonnes ne sont pas toujours réunies : difficultés du bébé ou de la mère, mère elle-même carencée ou dépression maternelle qui atrophie ses capacités d'identification. En découlent des distorsions possibles de la relation parents/enfant...

1. L'INTERFACE

L'interface est cette frontière commune à deux domaines aux propriétés différentes et unis par des rapports d'échanges et d'interaction réciproque.

Cette notion d'interface me permet de penser l'intervention du psychomotricien auprès des mères et des mères en devenir en maternité. Les interfaces y sont multiples :

- dans cette interdépendance qui fait qu'il est impossible de décrire l'un sans l'autre,
- dans cette dynamique interactionnelle où chacun influence l'autre partenaire,
- dans l'espace corporel et émotionnel partagé,
- le corps à la fois le support de la transformation et de la relation,
- l'interface entre soma et psyché inhérente au métier même,
- entre le monde du bébé et le monde de la mère,
- entre le devenir humain et le devenir mère,
- entre l'intercoporéité et l'intersubjectivité
- à l'interface des fonctions psychiques maternelle et paternelle.

C'est à ces interfaces que se niche toute la richesse du travail auprès des mères et des bébés.

2. UNE HOSPITALISATION PENDANT LA GROSSESSE.

Une intervention visant à soutenir et à accompagner les patientes en difficulté à un moment de leur grossesse.

2.1 Vignette clinique 1 : Mme T. ou une solitude sans contenant

2.1.1 Présentation de Mme T.

Elle est hospitalisée pour une menace d'accouchement prématuré (MAP). Elle présente une douleur lombaire unilatérale droite et de nombreuses contractions qui entraînent une modification du col de l'utérus qui est raccourcit et élargit. Arrivée dans le service depuis 2 jours, les examens complémentaires ont montré une légère dilatation au niveau rénal.

Un traitement dit tocolytique lui a été administré afin de réduire les contractions utérines. Dans l'hypothèse où la MAP se transformerait en accouchement prématuré, une corticothérapie maternelle sera réalisée dans un second temps pour permettre à la maturation pulmonaire fœtale d'avoir lieu avant l'accouchement.

Mme T. est au repos. La sage-femme réalise des monitorings pour suivre les contractions utérines et le rythme cardiaque fœtal.

Elle a été vue par l'ostéopathe de l'hôpital. Ainsi un travail au niveau costal et thoraco-lombaire a été réalisé en lien avec le diaphragme et le système viscéral.

2.1.2 Ma rencontre avec Mme T.

Quand je rencontre Mme T., elle est allongée dans son lit. Les cheveux bruns, le visage est pâle et fatigué. Enceinte depuis 29 semaines, son ventre est légèrement arrondi. La première parole que Mme T. me dit : *« je n'en profite pas de ma grossesse »*.

Quelques paroles échangées pour comprendre que son conjoint. est parti à l'annonce de la grossesse. Son patron n'accepte pas sa grossesse. Elle est retournée vivre chez sa mère le temps de la grossesse. Le bébé est positionné très bas, n'occupant pas l'espace sous diaphragmatique. Mme T. bouge beaucoup dans son lit, elle ne semble pas à son aise. Coiffeuse, elle est debout toute la journée et toujours en mouvement. Même à la maison, elle m'explique qu'elle est une femme active, et rester allongée ne lui ressemble pas. Le repos recommandé s'avère être difficile.

2.1.3 La menace d'accouchement prématuré

La menace d'accouchement prématuré survient entre 22 et 36 SA révolues et se caractérise par l'association de modifications du col utérin et de contractions régulières et douloureuses qui conduiront à l'accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale. L'accouchement

prématuré, spontané ou induit, représente 7,2 % des naissances[39]. Quand il est spontané (dans près de deux tiers des cas), il est fréquemment précédé d'une MAP. La prématurité est un facteur important de mortalité et de morbidité périnatales. Celles-ci sont étroitement liées à l'âge gestationnel, à la naissance, et augmentent avec la précocité de l'accouchement. Selon la Haute Autorité de Santé, la prématurité est responsable de 70 % des morts néonatales et d'une morbidité néonatale importante, notamment avec possibilité de séquelles psychomotrices, visuelles et respiratoires.

Selon le collège national des gynécologues et obstétriciens français, la MAP est quantitativement la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse. Les étiologies du travail prématuré spontané sont nombreuses et souvent associées entre elles : infection ovulaire, anomalies placentaires, grossesses multiples, incompétence cervico-isthmique... Les facteurs socio-économiques, psychologiques et environnementaux sont souvent corrélés à l'accouchement prématuré[40]. S'ils ne sont pas retrouvés comme étiologie unique cela n'exclut cependant pas leur rôle comme facteur indirect. Le stress lié aux événements de vie, l'isolement ou l'insuffisance du support social ont été évoqués comme pouvant jouer un rôle dans la prématurité. Des études[41] sont en faveur de l'existence d'un faisceau de composantes notamment psychologiques dans l'étiologie de la prématurité. Le psychiatre **L. Le Vaguerse[42]** en parle comme d'un symptôme à la fois somatique et psychologique où le corps se met à envoyer des signes là où les mots manquent.

Dans ce contexte, je propose d'élaborer un travail en psychomotricité auprès de patientes présentant une menace d'accouchement prématuré.

2.1.4 Sur qui ou quoi prendre appui ?

La confession spontanée de Mme T. sur le fait qu'elle ne profite pas de sa grossesse exprime toute l'ambivalence de sa grossesse. Révéler des sentiments négatifs au cours de la grossesse s'énonce souvent avec culpabilité et nécessite d'être reconnu dans le respect qu'implique le dévoilement de tels sentiments.

L'histoire de la grossesse de Mme T. fait place à une succession d'abandon. A l'annonce de la grossesse, son conjoint, qui ne souhaitait pas avoir d'enfant dans l'immédiat, est parti. La crainte de ne

---

[39] D'après le « service évaluation des actes professionnels », Rapport validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé (2010)

[40] « Vingt-sixièmes journées nationales », (2002), Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – Tome XXVI

[41] Berkowitz et Kasl,(1983), Mamelle et coll,(1996), publications Inserm.

[42] Psychiatre en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. « Le symptôme prématurité », dans Les cahiers du nouveau-né n° 6, (1983)

pouvoir avoir plus tard d'autres grossesses en raison de problèmes gynécologiques a amené Mme T. a choisir de poursuivre la grossesse au détriment de son couple. Elle envisage la suite seule. Un modèle familial qui n'est pas sans rappeler son enfance, puisque le père de Mme T. n'est pas présent dans sa vie. Spontanément, la patiente évoque le passé avec cette absence de son propre père. L'œuvre de la transparence psychique la ramène sur l'enfant qu'elle-même a été et non sur l'enfant en devenir qu'elle porte. La mère de Mme T. en revanche semble présente auprès de sa fille malgré des relations un peu conflictuelles.
A son travail, son patron présente des difficultés à accepter la perspective d'un congé après la signature d'un CDI.

C'est dans ce contexte que le corps s'est manifesté. D'abord des douleurs intenses se sont localisées au niveau lombaire. L'arrière-plan est essentiel dans la posture de l'individu. Il est le premier point d'appui rencontré d'abord dans l'utérus puis dans les bras maternels. Plus tard, il permet le redressement et la verticalisation par l'empilement successif des vertèbres dans un enroulement-déroulement. D'autre part, les contractions menacent bébé de sortir trop tôt de l'enveloppe maternelle. Le col de l'utérus de Mme T. se modifie, s'ouvre, et s'efface petit à petit. Un corps support qui « lâche », une enveloppe corps qui amorce une ouverture...

2.1.5 A propos d'un sentiment de sécurité.

Mme T. est alitée et retournée vivre chez sa figure d'attachement : sa mère. Le maintien d'un sentiment de continuité interne, dans ces moments de bouleversement corporel et émotionnel, en particulier chez la future mère, entraîne la réactivation des étapes de construction avec leurs particularités. Attendre et accueillir ce petit être est l'occasion d'une remise en jeu des processus de dépendance et d'autonomie inhérent au développement de l'individu. Il se joue et se rejoue peut-être une propre expérience du lien, entre rapprochement ou distance, fiabilité ou abandon, sécurité ou insécurité...Sa relation au lien, à la sécurité se constitue au fil de ses expériences et organise la perception des réponses venues de l'environnement et les émotions qui y sont associées.

Le mouvement par l'intermédiaire du tonus est une des façons de sentir son corps. La mise en mouvement subtile mais permanente de Mme T. peut-elle être un moyen de décharger une agitation interne qui ne trouve pas d'autre issue ? Toute grossesse, se déroule sur fond d'angoisse et entraîne un état de crise réactivant les difficultés psychologiques de la femme, la rendant vulnérable et très sensible aux réalités externes. Les mouvements pourraient-ils être une forme de procédé autocalmant comme un moyen de lutter contre un fond d'angoisse ?

Dans la crise de la maternalité, l'angoisse est une défense contre la souffrance psychique et peut se

manifester par une recrudescence de symptômes somatiques. Les femmes peuvent se plaindre de malaises, sans percevoir leur angoisse. Anxiété, irritabilité, sentiment d'incapacité, fatigue et plaintes somatiques peuvent représenter la partie visible de l'iceberg masquant un fond dépressif.

Pour mener une grossesse à terme, la femme a besoin de se sentir soutenue mais aussi comprise dans ses émotions. Elle a besoin d'un entourage (personnel et médical) à l'écoute de ce qu'elle éprouve physiquement et psychiquement. Dans l'entourage personnel, idéalement, c'est le père qui est présent et soutenant, mais ce n'est pas le cas de Mme T.. Un sentiment de sécurité qui semble remis en question par les événements de la vie. L'hospitalisation peut être parfois vécue comme un (voir le seul) abri contre les tempêtes intérieures. En l'absence d'encadrement social, de soutien affectif ou d'accompagnement psychologique de bonne qualité, la femme en détresse se tourne vers le milieu médical avec des plaintes somatiques et une demande de soins accrue. La qualité de la prise en soin s'avère d'une grande importance pour lui permettre de porter sa grossesse jusqu'à terme.
C'est la possibilité de faire l'expérience de respect, d'écoute, d'attention de son propre corps, important au cours d'une grossesse et nécessaire pour s'occuper d'un bébé.

2.1.6 Les axes de travail avec Mme T.

Pendant le temps de la grossesse, l'enfant n'est pas encore visible. Le travail n'est pas directement centré sur l'enfant, même s'il est au centre de la préoccupation maternelle. La prévention commence là, en s'occupant de la mère. C'est en soutenant la maman, qu'on peut aider la relation mère-bébé qui se tisse et l'enfant de demain. Sa sécurité interne sera à la base de la sécurité à transmettre à son enfant.
En concertation avec la sage-femme et avec l'accord de Mme T., j'entreprends un travail en psychomotricité.

- **1er axe de travail : entre appui et enveloppe**

Une femme enceinte a besoin de trouver en elle et autour d'elle les appuis nécessaires dont elle a besoin. Dans le contexte de menace ambiante, il me semble important dans un premier temps, que Mme T. réussisse à se poser et se reposer dans son lit.

Le travail corporel se réalise en décubitus afin que le bébé in utero ne pèse plus sur le col. Face à la position de Mme T. un repositionnement est nécessaire tant pour le confort postural que pour le sentiment de cohésion. Un repositionnement qui respecte l'alignement de la tête, de la colonne vertébrale et du bassin ainsi que l'équilibre entre les plans antérieurs et postérieurs des lordoses et cyphoses physiologiques. Le recours au coussin microbille permet un ajustement fins et de majorer les appuis postérieurs là où cela est nécessaire.

Le travail corporel s'articule autour des enveloppes et de la structure. A l'image des fonctions parentales qui s'articulent au sein même de la bisexualité psychique, le tonus articule des qualités de fermeté, plutôt paternelles, et des qualités de malléabilité, plutôt maternelles. *« Se tenir, se mettre debout pour avancer dans le monde, suppose d'intérioriser une colonne vertébrale, paternelle, qui donne un appui et une sécurité à l'expérience d'avancer dans le monde, et une enveloppe, maternelle, malléable, pour s'adapter, s'ajuster, amortir la rencontre avec le monde*[43] *».*

Entre contracté et relâché : relaxation par la méthode contracté-relaché

Le travail corporel débute par un travail autour du contracté-relaché musculaire, inspiré de la méthode de relaxation active de Jacobson. La contraction successive de chaque partie du corps, des pieds, jusqu'au bout des doigts en passant par le visage... Le but vise à induire par la contraction une tension suivie de décontraction des différents groupes musculaires de façon successive afin d'aboutir à un état de relaxation généralisé musculaire et psychique. Une première étape qui permet de réaliser progressivement un petit tour du propriétaire en invitant Mme T. à se concentrer sur ses sensations.

« Massage-toucher » thérapeutique

En prise en soin psychomotrice, il ne s'agit pas du massage bien spécifique à la kinésithérapie, mais du massage-toucher thérapeutique où les mains sont « contenantes d'un corps contenu ».

Le cadre[44] *:*

- Position en décubitus puis décubitus latéral à l'aide du coussin microbille
- Proposition de fermeture des yeux quand cela est possible.
- Calme dans la salle (rideau tiré)
- Conserver la tenue vestimentaire, vêtement souvent douillet et protecteur comme une deuxième peau

L'utilisation d'un objet médiateur pour débuter permet un premier contact moins intrusif tel que peut l'être le contact peau à peau. Tout le corps est massé avec un ballon gonflable rempli d'eau : c'est aller dans un premier temps à la rencontre de toute cette surface corporelle qui entoure et contient.
Puis le massage avec mes mains. Les vêtements sont conservés. Seules les parties découvertes offrent un contact peau à peau : les pieds, les jambes, les mains. Le visage n'est pas réalisé.
La troisième étape est d'aller à la rencontre de la sensation de solidité osseuse, de la charpente même. Sentir sa propre colonne grâce à de légères percussions dont la rythmicité est importante permet

[43] A. Ciccone, « Tonus et fonction paternelle », thérapie psychomotrice n°157, (2009), p 29

[44] D'après J. Sarda, « Le toucher en thérapie psychomotrice », *Enfances & Psy*, (2002/4) n°20, p. 86-95

d'expérimenter cet appui interne. La colonne vertébrale, axe biologique, est le tuteur du corps qui permet de se verticaliser, de tenir debout... Un appui physique qui conduit à un appui psychique par intériorisation d'un axe interne psychique. Les appuis externes qu'offre le holding conduit le bébé à expérimenter un appui interne sur sa propre colonne vertébrale. Il s'agit d'un appui physique et psychique.

- **2ème axe de travail : habiter son corps**

La respiration

La région lombaire et diaphragmatique est une région qui interroge chez Mme T. Non seulement, s'y localise une douleur aigue, mais il se trouve que cet espace n'est pas investi par le bébé, se positionnant très bas. Dans sa posture, Mme T. est enroulée autour du centre corporel. Fermant cet espace, le diaphragme ne peut jouer pleinement son rôle.

Un travail autour de la respiration permet d'y ouvrir un espace. Un travail facilité par l'intervention quelques jours plus tôt de l'ostéopathe. Ainsi nous réalisons des exercices pour amener la respiration à ce niveau.

Je revois Mme T. 10 jours plus tard. La patiente, la sage-femme et moi-même constatons un ventre plus arrondi, plus étalé, avec l'ouverture de l'espace sous diaphragmatique Mme T. est encore hospitalisée pour de nombreuses contractions. C'est encore trop tôt d'accoucher maintenant. Chaque jour de plus est important pour le bébé même si Mme T. a envie d'accoucher, elle ne s'en cache pas. L'obstétricien lui parlé de l'importance de tenir encore au minimum une semaine.

Le mouvement

Pendant la grossesse, le bébé in utero vit au rythme de la mère et de ses mouvements. L'enfant est ainsi bercé pendant les 9 mois. Mais chez Mme T., la menace obstétricale requiert l'alitement. Il est possible d'apporter du mouvement pendant l'alitement dans une certaine mesure. Dans cette optique, le travail actif à travers le contracté-relâché musculaire réalisé est déjà un préambule. Puis une seconde étape, passive, est effectuée à l'aide d'un gros ballon. Je me suis appuyée sur les travaux du Dr B. De Gasquet[45]. Allongée sur le dos, j'imprime de petits mouvements de bascules latérales avec l'aide du ballon calé sous les jambes de la patiente. Contenue et apaisée par ces « bercements », Mme T. montre une baisse de tonus, se relâche.

Relaxation : partager son corps

[45] Approche à laquelle je suis formée depuis plusieurs années

Ma proposition de relaxation à type de visualisation convient à Mme T.. Utiliser l'imaginaire pour créer, laisser les représentations émerger est une sensibilité qui ne convient pas à tout le monde. Lorsque je le lui propose, elle me dit y être sensible.

2.1.7 Conclusion

Le poids des images véhiculées sur la maternité heureuse puisque décidée se heurte à une réalité plus complexe. L'ambivalence s'exprime difficilement et se fraie parfois un chemin détourné dans les symptômes somatiques.

Mme T. n'a pas pu construire sa grossesse dans un contexte soutenant. Le but était qu'elle puisse retrouver une confiance suffisante en elle-même, à travers le corps comme véhicule du sentiment de sécurité. Dans le lien structure et fonction, il s'agit de retrouver la solidité, la sécurité d'un corps qui porte.

2.1.8 Au delà…

La plupart des femmes en détresse se tournent vers l'institution médicale. Une demande de soins ou une demande d'aide... à contenir la grossesse jusqu'à son terme. Lors d'une hospitalisation en maternité, l'équipe soignante et la future mère "portent ensemble le bébé". Dans ce sens, les différentes consultations médicales au cours de la grossesse sont porteuses de sens, signalant implicitement à la femme que son enfant est important. La femme enceinte doit trouver des repères, des appuis extérieurs auxquels se référer. Le cadre externe comme interne créent l'impression d'une enveloppe contenante, qui peut être renforcée par le sentiment d'unité du corps induit par le travail psychomoteur ancré dans l'ici et le maintenant.

2.2 Vignette clinique 2 : Mme B. ou des vomissements incoercibles

2.2.1 Les vomissements de la grossesse

Comme la menace d'accouchement prématuré, les hospitalisations pour vomissements dits incoercibles nécessitent une écoute toute particulière, même quand la phase aigue est résolue, car ils sont symptomatiques d'un psychisme à l'œuvre. Ne pas pouvoir penser et/ou dire l'agressivité envers l'être en devenir, c'est prendre le risque que ce qui est occulté, tu, s'exprime au travers le corps via de la souffrance et/ ou des symptômes où l'ambivalence est exacerbée. Une grossesse vécue qui n'est pas celle rêvée, où le fœtus, par sa présence, déforme le corps de la mère, peut rendre malade la femme, ou l'obliger à interrompre sa vie professionnelle...

2.2.2 La grossesse de Mme B.

Mme B. est hospitalisée pour de nombreux vomissements. Elle ne s'alimente plus beaucoup. C'est une grossesse spontanée après la naissance 18 mois plus tôt d'un petit garçon issu d'une procréation médicalement assistée. Cette femme de militaire, suit les mutations de son mari et vit donc loin de sa région natale, de sa famille. Un mari absent la semaine entière, et parfois davantage. Elle est enceinte de plusieurs semaines, avec un enfant en bas âge. Après une première grossesse accompagnée de nombreux traitements, cette grossesse spontanée est difficile en raison de ces vomissements.

2.2.3 Les axes de travail avec Mme B.

Avec une grande implication nous avons fait une séance ensemble. Une séance dynamique dans la chambre autour des appuis, le tonus et sa fluidité, le poids et le rapport au sol. Un travail du corps dans sa perception globale et structurée afin de soutenir les changements corporels remodelant le rapport à soi, aux autres, à l'espace et au temps.

Une intervention "contenante" qui peut, ainsi, aider à relancer la capacité de rêverie maternelle. Mme T. est repartie le lendemain matin, sans vomissement, le visage ouvert et souriant. Je ne l'ai pas revue depuis.

2.3 Vignette clinique 3 : Mme A. ou une mère « pas tyrannique mais presque »

2.3.1 Mes rencontres avec Mme A.

Lors des transmissions est évoquée une autre patiente hospitalisée pour de nombreux vomissements. Ne s'alimentant quasiment plus, elle a été hospitalisée après un malaise chez sa mère.

Lorsque je rencontre Mme A. la première fois, elle est au fond de son lit, le visage extrêmement pâle et fermé. Par peur d'un autre malaise, elle attend sa mère pour prendre sa douche. Mal à l'aise, elle préfère attendre le lendemain pour une séance ensemble, après s'être lavée. Au moment où je quitte la chambre, je rencontre la mère de Mme A. qui me questionne avec directivité sur le sens de ma présence auprès de sa fille. *« Ma fille a besoin de psychomotricité ? »*

Le lendemain, je commence ma journée par aller la voir et convenir d'une heure de séance tant pour son organisation que la mienne. Lors de la séance, elle évoque spontanément ses relations particulières avec sa mère qu'elle me décrit comme *« pas tyrannique mais presque ».* Elle me parle également de son conjoint très effacé ; et elle au milieu, entre sa mère et son conjoint qu'elle repousse d'ailleurs en ce moment en raison de l'odeur de tabac qu'elle ne supporte plus.

Sa mère a eu 5 enfants. Malgré une carrière professionnelle en milieu hospitalier en tant qu'auxiliaire de puériculture, elle n'apprécie guère le milieu médical et la maladie. *« C'est marche ou crève avec ma mère »*. Une mère qui semble avancer coûte que coûte.
Une éducation qui l'a poussée à être dans « le faire », sans s'écouter me confie-t-elle. Mais au moment de sa grossesse, son fonctionnement antérieur ne semble plus adéquat. Son corps ne le lui laisse pas le choix que de rester au lit. Situation difficile à vivre pour Mme A..

2.3.2 Axes de travail avec Mme A.

L'aspect non stigmatisant de ma présence dans le service lui permet d'accepter une prise en soin autour du massage. Jusqu'à présent Mme A. a toujours eu le discours « qu'être enceinte n'est pas une maladie, il faut continuer à vivre comme avant ». Grande désillusion dès le début de la grossesse. Elle accepte également ma proposition d'un temps à trois avec son conjoint plus tard dans la journée.

Avec Mme A.
Le stade débutant de la grossesse et de tout ce que cela implique, positionne mon approche, non pas centrée sur le bébé in-utéro, mais sur la qualité d'écoute de la patiente à son propre corps.

Avec Mme A. et son conjoint
La non-reconnaissance des ressentis propres au sujet sont source de souffrance et peuvent figer de manière durable les émotions déclenchées. L'entourage, et notamment le conjoint, affectivement investit, contient les angoisses de la femme, qui peut alors, à son tour, "contenir", investir la grossesse et plus tard le bébé.

Un conjoint utile dans sa présence et très concrètement au travers de massages que Mme A. a exprimé apprécier et de petits exercices réalisés ensembles avec le ballon. Apporter quelque chose qui n'est pas de l'ordre du bon conseil, de comment il faut faire, mais laisser faire ce qu'ils vont inventer.

L'occasion d'évoquer pour le couple des angoisses inhérentes au devenir parent. Sans vouloir juguler à tout prix les angoisses, c'est l'occasion de leur parler des cours de préparation à l'accouchement que le conjoint a saisit d'emblée.

2.3.3 Conclusion

Lors d'une grossesse les liens affectifs sont interrogés, les places familiales bousculées, des distances se cherchent, en même temps que se fait sentir un besoin de proximité.

Prendre en compte ce qu'éprouve une future mère dans ses attentes et ses besoins spécifiques, relève de l'évidence mais n'est pas toujours réalisé. Porter attention à sa sécurité globale, tant émotionnelle que somatique s'impose, surtout dans l'idée que l'arrivée d'un bébé constituera inévitablement un élément de discontinuité majeure. Il reste que l'accès à la parole n'est pas toujours aisé avec certains patients, c'est pourquoi l'intervention psychomotrice en s'attachant au corporel, au ressenti des futurs parents permet un travail porteur.

3. LA MISE AU MONDE

3.1 Vignette clinique : Déclenchement (un contenant trop contenant)

3.1.1 Ma rencontre avec Mme R.

C'est dans une atmosphère légère que je rencontre Mme R. et son mari. C'est une femme très grande, charpentée. Elle est allongée dans son lit. Il est à côté. Mme R. a dépassé le terme de plusieurs jours. La naissance devrait être proche, mais aucun signe allant dans ce sens ne se manifeste. Elle est hospitalisée pour un déclenchement prévu le lendemain.

Mme R. évoque le souhait d'un accouchement qu'elle qualifie de « naturel », c'est à dire, sans déclenchement, sans césarienne. J'entends là, qu'elle souhaite être plutôt active dans cet événement, mais peut être aussi dans une certaine maitrise. Pour commencer et faciliter la subtile mécanique du bassin lors de la mise au monde, je leur propose quelques mouvements à réaliser ensemble, avec le ballon. Ma patiente se montre très attentive pour comprendre ce que je leur propose.

Happée dans cette bonne humeur, je n'ai pas tout de suite noté que Mme R. investissait mes propositions de manière que je qualifierai d'intellectuelle. Dans une « présence à soi » pas tout à fait au rendez-vous. Lorsque je reviens vers eux, ils n'ont pas vraiment fait les exercices, ils attendent des amis. Mme R. semble remettre beaucoup de chose à plus tard. Les exercices, le ballon, la marche... et l'accouchement ? Bien qu'elle ne le souhaite pas, l'éventualité d'un déclenchement plane toujours. Les éventualités du lendemain empêchent Mme R. d'avoir un ancrage dans l'ici et le maintenant. Le mari spontanément étaye cette remarque.
Avec son accord, je lui propose non pas un travail actif, mais passif, dans le lit avec pour but de l'amener à se poser. Une approche sensorielle, pour un retour dans l'ici et le maintenant.

Quelques mouvements latéraux à type de bercement à l'aide du ballon, et Mme R. pleure. Je perçois le sentiment inconfortable du conjoint qui reste malgré tout dans la chambre. J'invite Mme R. à lâcher

prise. Spontanément, elle me parle de son papa qui est hospitalisé en cancérologie, et qui ne pourra pas venir voir le bébé à la naissance. Et puis sa maman, qui est décédée il y a deux ans, qui lui manque particulièrement en ces moments clés d'une vie de femme, avec qui elle aurait tellement aimé échanger sur tout ce qu'elle vit. Elle aide beaucoup son père depuis le décès de sa mère, les papiers, l'entretien de la maison... Et puis son mari, présent, opéré il y a quinze jours d'un problème cardiaque. Mme R. porte sa famille à bouts de bras. Sur qui prend-elle appui ? Dans ces conditions, on peut imaginer qu'il soit difficile pour elle de lâcher prise.

Quelques instants après, elle perd le bouchon muqueux. La perte de ce bouchon est due aux premières modifications du col utérin et prouve que le corps se prépare à l'accouchement. Ces pertes ont lieu le plus souvent avant le début du travail, mais parfois plusieurs jours avant les premières contractions. N'est-il pas une première barrière qui lâche ? Un premier pas vers un lâcher prise ?

3.1.2 Conclusion :

Mettre au monde un enfant reste, pour nombre de femmes, un moment chargé d'anxiété. L'accouchement est une situation de non maitrise de soi où le lâcher-prise qu'il requiert s'avère compliqué. La crispation présente est un moyen de se préserver de la douleur en coupant l'arrivée des influx douloureux. D'une manière générale, l'hypertonie est une véritable carapace qui isole certes de la douleur, mais aussi par la même occasion de la perception de soi.

3.1.3 Au delà…

D'autres interventions auprès de femmes en période de travail ont tourné autour du tonus et du lâcher-prise. Le tonus dans toutes ses relations aux émotions, à la vigilance, à la sensorialité, aux limites, à la respiration...

4. APRES LA NAISSANCE

4.1 Vignette clinique : Mme L. et sa place de mère

4.1.1 Présentation de Mme L.

Je prends connaissance de cette patiente aux transmissions au changement d'équipe. Mme L. est une jeune femme, d'une petite vingtaine d'année, qui a donné naissance à Léo, en bonne santé.

L'accouchement a nécessité une césarienne face au bassin trop étroit pour laisser passer le bébé. Cette jeune mère souffrant de sa cicatrice est épaulée par sa propre mère qui reste jour et nuit à ses côtés, déchargeant totalement sa fille des soins de Léo. Mme L. se repose totalement sur sa propre mère, qui l'aide également pour elle même pour la douche, l'habillement... lui passant même de la crème sur les fesses. L'équipe se montre inquiète face au peu d'échanges entre Mme L. et Léo et évoque la difficulté de la prise en soin de cette patiente. Une relation à l'équipe du service tendue et teintée d'exigence et d'insatisfaction à plusieurs points de vue. Elle souhaite rentrer au plus tôt chez sa mère.

4.1.2 Ma rencontre avec Mme L.

Lorsque je la rencontre, sa mère, donc la grand-mère de Kenzo, est présente. Un contexte qui me permet d'appréhender la situation telle qu'elle est. Ce que Mme L. me donne à voir, et ce qu'elle fait vivre à l'équipe semble en lien avec son histoire relationnelle personnelle. Son comportement évoque l'adolescence avec toute son ambivalence. Par exemple, son discours se heurte à la contradiction quand elle me parle de sa grossesse : entre le souhait enceinte de vouloir un accouchement naturel, sans péridurale, et son absence aux différents cours de préparation à l'accouchement.

Mme L. se plaint beaucoup des douleurs liées à la cicatrice de la césarienne. Des douleurs ne lui permettent pas de prendre beaucoup son fils dans les bras. Elle veut bien donner le biberon mais ça n'est jamais vraiment le bon moment.

La grossesse de Mme L. n'était pas prévue. Elle a souhaité poursuivre la grossesse contre le souhait de son petit ami, qui est alors parti. Elle vit chez sa mère qui est divorcée. La mère de Mme L. explique quant à elle l'absence de soutien de sa propre mère lors de ses 3 grossesses. C'est avec ce vécu qu'elle se rend très présente auprès de sa fille dans cette période de maternité, voire se montre une deuxième mère pour Kenzo.

4.1.3 Axes de travail avec Mme L.

Face à cette situation, il m'a semblé primordial de favoriser un corps à corps entre Mme L. son fils. Pour cela, nous avons trouvé ensemble des positions qui lui permettent de lui donner le biberon sans douleur, sans tiraillement.

Un travail en collaboration avec l'auxiliaire puéricultrice qui de son côté, avec beaucoup de subtilité a accompagné Mme L. pour le bain de Kenzo et tous les autres soins. En l'absence de la grand-mère, l'accompagnement a été réalisé en mêlant soutien, guidance et valorisation. Toutes les mères ont besoin d'être confortées dans leur nouvelle identité. Mme L. une fois valorisée dans son savoir-faire de mère suffisamment bonne est devenue plus accessible, les plaintes somatiques ont diminuées et plus en relation avec son fils. L'expérimentation d'un savoir-faire a permis à Mme L. de prendre sa place de mère. Une coopération sous l'empreinte du savoir-être, du savoir-faire, et du dialogue tonico-émotionnel.

4.1.4 Au delà…

La relation de corps à corps est autant indispensable au nourrisson pour qu'il vive, qu'à la mère pour qu'elle investisse sa fonction maternelle. L'état fusionnel, symbiotique des mois de grossesse est prolongé dans cette proximité et le corps de l'enfant fait traces, s'inscrit au creux des bras maternels.

4.2 L'épuisement

Nombre de mères que je rencontre sont dans un état de grande fatigue. Le bébé si petit, prend beaucoup de place. Une dépendance pas toujours bien vécue pour ces mères épuisées. Le sommeil et le rythme nycthéméral sont complètement perturbés. Comme le bébé, la mère, a besoin d'être entourée, rassurée dans cette nouvelle étape, pour pouvoir se détendre et retrouver confiance. La relation que la mère entretient avec son bébé n'en est que meilleure si la mère se sent bien. Prendre soin de la mère, c'est aussi prendre soin du bébé.

4.3 Dans un soutien à l'allaitement

Le travail corporel des enveloppes corps me semble être totalement complémentaire d'une clinique orientée davantage vers les orifices (seins, vagin, cicatrices, selles).
Un travail corporel en amont de la mise au sein recherche une baisse de tension interne de la mère, pour parvenir à ce que celle-ci s'apaise et qu'elle soit dans une meilleure disponibilité relationnelle. Pour cela, différentes méthodes de relaxation existent en fonction des sensibilités de chaque mère ainsi que différentes approche du massage. Le massage est contenant, enveloppant, et soutient le corps dans sa totalité.

5. MATERNITE, PSYCHIATRIE ET PSYCHOMOTRICITE

5.1 Vignette clinique : un bébé clandestin

5.1.1 Présentation de Mme S.

Mme S. est âgée de 43ans. Il y a six jours, elle est arrivée en urgence pour une colique néphrétique, hyperalgique, sans réponse aux traitements morphiniques. L'examen échographique a révélé la présence d'un petit être. Mme S. a accouché dans la foulée d'une petite Marie de 1,8kg. Son état hypotrophe a nécessité l'hospitalisation à la néonatalogie pour plusieurs semaines. Mme S. ne se sent

pas mère. Elle ne sait pas comment y faire avec Marie.
Dans ce contexte de déni de grossesse, la demande du pédopsychiatre qui suit Mme S. concerne une approche corporelle en parallèle de la prise en charge psychiatrique et psychologique.

5.1.2 Qu'est ce que le déni de grossesse ?

On parle de « déni de grossesse » quand une femme enceinte n'a pas conscience de l'être. Le déni est un mécanisme de défense puissant qui se manifeste par la non prise de conscience d'une partie de la réalité. Se découvrir enceinte au sixième mois de grossesse ou à l'accouchement paraît incroyable. En effet, cela appartient à une toute autre réalité. La femme n'a aucune conscience de son « état ». La grossesse n'existe pas et renvoie à la notion de clivage. Ni le psychisme ni le corps ne se transforment autour d'un bébé pourtant bien présent.

Le corps ne se modifie pas ou à peine : les règles peuvent perdurer ou alors la femme attribue leur absence à un dysfonctionnement passager ; ce qu'elle ressent éventuellement sera mis sur le compte de la fatigue, d'un changement survenu, une légère prise de poids sur le compte d'une « fringale » passagère... L'entourage de la femme reste aveugle, gagné par la contagion du déni. De même les professionnels, éventuellement sollicités pour une douleur au ventre, une fatigue excessive semblent perdre leur réflexes cliniques. La connaissance et la rationalité ont peu à voir avec la puissance du déni.

Le déni de grossesse n'est pas dû à la jeunesse ou à un manque d'information de la femme. Il peut se trouver chez des femmes de tout âge, de tout milieu social, de tout contexte familial et de toute configuration de couple. Le fait d'être mère ne protège pas non plus du déni. Une mère attentive et compétente pour ses premiers enfants peut ne pas avoir conscience d'une nouvelle grossesse. On parle d'un phénomène « en creux » qui ne permet de donner aucune explication rationnelle, aucun mobile à ce syndrome. Il s'agit souvent de femmes qui ont peu appris à exprimer leurs émotions, à être à l'écoute de leur corps. Cette observation clinique ouvre une porte au travail de prévention.
Pour les professionnels, le travail d'accompagnement n'est pas toujours simple, eux-mêmes pris dans ce mouvement de sidération qui enferme la pensée et génère des projections émotionnelles teintées de leur propre vécu. Le recours à une réponse strictement médicale constitue alors souvent un refuge pour les professionnels en difficulté.

5.1.3 Ma rencontre avec Mme S.

Mme S. est une femme de petite taille et un peu trapue. Elle a les cheveux les courts et le regard fixe. Les cliquetis de sa montre métallique un peu trop lâche à son poignet ponctuent sa gestualité plutôt sobre.

Mme S. présente une impotence fonctionnelle des membres inférieurs qui nécessite pour la marche le recours à des béquilles qui sont calées dans un coin de sa chambre. Son obésité fait partie de son passé depuis l'intervention chirurgicale d'un court circuit gastrique (bypass).
Quand je rencontre Mme S., elle est encore très affectée par le décès un mois plus tôt de sa mère. Une mort subite à laquelle Mme S. a assisté puisqu'elle a réalisé elle-même le massage cardiaque.
Mme S. me parle du bébé, Marie, qui est en néonatalogie. Il lui ait difficile de penser qu'elle a un lien avec elle, qu'elle en est la mère. Ses mots sont bruts, son langage sans détour.
L'aisance avec laquelle elle exprime ce qui est habituellement tu et censuré peut choquer, mais n'est pas sans rappeler la transparence psychique de la grossesse. Dans son discours, c'est la sensation d'étrangeté qui domine.

5.1.4 Sur le chemin de la reconnaissance de Marie

La reconnaissance de l'Autre ne passe-t-elle pas d'abord par la reconnaissance d'un sentiment de soi, de cohésion, d'une entité stable ? En sachant que Marie est Autre mais issue d'elle-même... Sur le chemin de l'intersubjectivité, de la reconnaissance de Marie, il me semble important de débuter par l'approche, chez Mme S., d'une enveloppe corps à soi.

Ma première proposition est un travail autour du massage, de l'automassage plus exactement. Une première approche pour faire du lien entre les brèches de son enveloppe corps. Mme S. a mal au périnée, ses seins doivent lutter contre une montée de lait non désirée (Marie est nourrie au biberon), mais elle n'en parle pas.

Cette approche lui convient, elle me dit ne pas apprécier les massages venant d'autrui et plus généralement d'être touchée. L'automassage permet à Mme S. d'ajuster sa palpation dans la manière, l'intensité, la localisation, le rythme, dans ses perceptions. Une amorce du toucher, dans sa double fonction de « toucher » et « d'être touché », dans ce qui est en jeu avec Marie.
Ainsi Mme S. apprécie surtout masser ses bras, sa nuque, le bas du dos, et ses mollets sentant certains endroits « plus durs », d'autres « plus froids ». Ce sont les seuls endroits touchés à même la peau, les autres se réalisent à travers le vêtement. Mme S. n'a pas souhaité aller au contact de la poitrine et du ventre.
Ce travail de contacts invite la patiente à se rendre présente à elle-même. Il permet également d'initier l'accompagnement de Marie par sa maman pour le biberon de 11h. La chambre de Mme S. est dans le service de suite de couche au 2ème étage, Marie est en néonatalogie au 5ème étage.
Cette transition par les couloirs, l'ascenseur est source de tension pour Mme S. Ces chemins incontournables sont des espace-temps informels « *des espaces transversaux, où les acteurs ne sont ni séparés ni reliés à ce qui fut et à ce qui adviendra mais séparés et reliés à eux mêmes, à ce qui fait*

leur singularité ».[46] J'accompagnerai toujours Mme S. auprès de Manon. Le travail auprès de Marie et de sa maman débutera toujours à partir de la chambre de Mme S afin de lui apporter un portage psychique dans cet espace-temps transitionnel.

A l'arrivée en néonatalogie nous prenons un temps pour se poser, s'adapter aux lieux pour ensuite dans un second temps aller vers Marie. Mme S. accepte de donner le biberon mais pas davantage pour le moment (pas de change ou bain). Si l'ajustement tonique lors des interactions corporelles est encore prématuré, elle apporte des appuis à Marie, et s'avère attentive notamment au soutien de la tête de sa fille. Face à un accordage qui va certainement demander du temps et du soutien, il me semble important dans ma prise en soin, d'apporter un holding psychomoteur à cette mère, dans une démarche qui s'ajuste à sa temporalité.

Le lendemain, nous avons poursuivi le travail autour du toucher. Mme S. fait le constat que le contact avec le plat de sa main (sa paume) est plus agréable que le contact réalisé avec le bout des doigts qui « *râpe, c'est moins agréable* ». Un constat intéressant que j'utiliserai par la suite dans les contacts avec Marie où il est plus facile de transposer des sensations chez l'autre quand elles ont été vécues.

5.1.5 Vers l'inscription corporelle de la grossesse

Je lui ai proposé des mouvements en enroulement de tout le corps (dans le respect de ses douleurs lombaires, périnéales, et de ses genoux). L'organisation du corps en mouvement de la femme enceinte se réalise autour du ventre et s'effectue petit à petit pendant tout le temps de la grossesse. Un temps qui prépare aussi à l'accueil du bébé dans les bras de la mère qui se positionne dans un enroulement autour du bébé, dans un ajustement à la fois postural et tonique.

Nous avons terminé la séance par une mobilisation passive en décubitus dorsal avec l'utilisation d'un gros ballon. Des mouvements vers une régression, qu'elle apprécie et associe spontanément aux bercements d'un bébé dans un berceau.

Ce jour là, Mme S. est fatiguée par la prise d'un traitement médicamenteux. Marie dans ses bras, elle dit spontanément : « *la fille dort, la mère aussi !* »...

Dans un soutien à la capacité d'identification de Mme S. à Marie

[46] A. Maurin, psychologue clinicienne et psychothérapeute d'enfants et d'adolescents, doctorante, enseigne les sciences de l'éducation à l'université Paris-VIII pour qui, les transitions doivent être pensées, et ne pas rester dans l'ombre des espaces-temps formels

Deuxième semaine, nous poursuivons le travail amorcé avec l'intégration de musique comme enveloppe contenante sonore : l'approche du toucher, les mouvements actifs en enroulements, les mouvements passifs en décubitus dorsal avec l'utilisation du ballon.

Puis, je propose à Mme S. un travail autour du contracté – relâché (tension–détente, dur-mou...) en échos à la motricité du nouveau-né qui oscille entre l'hypertonie d'appel et l'hypotonie de satisfaction. Malgré ses difficultés, Mme S. se montre attentive et essaie. Je lui montre sur moi d'abord, pour qu'elle puisse ensuite le faire. Mme S. est très coopérante et expérimente les deux pôles toniques, base du développement psychomoteur de Marie.

Il est, pour le moment, difficile pour Mme S. de parler à Marie à haute voix, en face à face. Elle me dit par contre, qu'à présent elle arrive à parler à Marie dans un discours intérieur. Elle aime la musique, nous commençons lors des séances à fredonner ensemble des chansons. Nous cheminons petit à petit vers Marie dans les différentes interactions : corporelles, visuelles et vocales. Au cours de nos séances, Marie a sa place dans le discours de Mme S., notamment dans l'expression de ses inquiétudes, ses difficultés... qui témoignent de sa préoccupation maternelle. Mme S. me confira la semaine suivante qu'elle dit à Marie *« qu'est ce qu'on va devenir ? »,* sans la regarder, mais en s'adressant à Marie à haute voix. Une place se fait petit à petit.

La continuité

Marie ayant eu faim, le biberon de 12h a été avancé et donné par la puéricultrice. Mme S. n'a pas été prévenue. Elle s'est trouvée moins stressée et soulagée d'être dégagée de cette responsabilité. C'est un stress pour elle de donner le biberon et ne pas savoir si Marie finira le biberon ou pas, avec le recours de la sonde ou pas. Quand nous sommes arrivées auprès de Marie, elle dormait après son biberon, peu d'interactions possibles. Le temps de présence auprès de Marie fut plus rapide que la semaine précédente. Mme S. ne ressent pas l'intérêt de rester auprès de Marie quand elle dort.

Une histoire d'appui

Depuis le début, il ressort un sentiment d'impuissance de Mme S. face aux pleurs de Marie, qui se sent en échec et vit comme tel le fait que Marie ne cesse de pleurer dans ses bras et arrête dans les bras d'une puéricultrice ou d'une sage-femme. Elle interprète cela comme un refus de Marie d'être avec sa mère.

Toutefois, un jour, Mme S. s'est sentie rassurée en voyant que Marie continuait de pleurer avec la soignante. Une situation très importante qui a fait prendre conscience à Mme S. que ce n'est pas contre elle que Marie pleure ou crie.

Mme S. est démunie face à Marie quand elle pleure et appelle systématiquement une soignante dans ces situations. Face à ces difficultés de réponses, nous réalisons une séance autour de comment rassurer Marie dans les positions apportées, les appuis, le bercement... Dans un soutien et une contenance à la fois de Marie, mais également de Mme S.

A l'explication des points importants du portage et notamment l'importance d'apporter à Marie un appui sous le bassin et derrière la tête, Mme S. me répond très justement « *pour ne pas qu'elle se sente lâchée* » !

Durant cette séance, malgré les pleurs de Marie, Mme S. peut garder sa fille dans ses bras et l'apaiser en ajustant ses bras, ses appuis derrière la tête et sous le bassin. Mme S. a fait l'expérience d'apaiser seule Marie.

La séance est ponctuée par le bain de Marie qui est réalisé par la puéricultrice. Si pour Mme S. la question du toucher est encore difficile, elle a collé son nez à la tête de Marie pour sentir sa bonne odeur. Un contact peau à peau qui s'est fait spontanément.

Mme S. va rentrer chez elle dans quelques jours, je ne la reverrai pas. Compte tenu de sa mobilité réduite, investir le sol me parait important : tant pour les prochaines acquisitions du développement psychomoteur de Marie que pour Mme S. qui a peur que ses jambes lâchent en position debout.

Un travail très riche autour de la verticalité avec Mme S, ainsi qu'une mobilisation corporelle autour de Marie au sol avec nous, qui dormait, bien positionnée sur un coussin d'allaitement ainsi qu'avec une couverture.

Avec ce travail au sol, Mme S. s'est sentie au même niveau que Marie, sans la crainte de la faire tomber. Elle a cependant eu une réticence à être au sol avec Marie, pensant que cela pouvait être considéré comme de la maltraitance. Nous avons vu ensemble l'intérêt de moments au sol pour un bébé qui peut faire l'expérience de mouvements.

L'impotence fonctionnelle de Mme S. est source d'adaptation dans ses mouvements et de réflexion très appropriée.

5.1.6 Conclusion

Le travail en psychomotricité auprès de Mme S. a été un travail de la contenance psychique, liée à celle de la fonction alpha de la mère.

Dans une fonction maternelle, j'ai essayer de créer un espace réceptif et accueillant aux propos bruts, crus de Mme S.. A l'image du bébé qui projette dans cet espace les angoisses trop massives, les sensations trop intenses, les émotions brutes qu'il est dans la nécessité d'expulser. Dans une fonction soignante, j'ai reçu et accepté ces projections. Bion parle de « détoxiquer » c'est-à-dire les dédramatiser et les transformer par sa pensée, et les renvoyer au bébé sous forme de communication verbale ou non verbale, bienveillante, associée au plaisir apaisant de la relation affective, sourires,

caresses, modifications du holding, modulations de la voix... Dans l'idée que progressivement, elle va intérioriser cette fonction précieuse pour le faire auprès de Marie.

Le travail en psychomotricité réalisé auprès de Mme S. s'est réalisé dans le lien à sa fille. Marie se glisse petit à petit dans l'enveloppe corporelle que Mme S. tisse. Un espace corporel concave d'accueil se marque. De plus en plus de contacts sont possibles dans cette proximité, ce rapprochement corporel. Marie est également très présente dans le discours de Mme S. qui se souci de sa fille. Tout comme un bébé a besoin de se sentir porté physiquement et psychiquement, Mme S. a besoin d'être soutenue et accompagnée.

6. LES ATELIERS DE GROUPE

Le développement psychomoteur répond à un déterminisme génétique, mais il est également épigénétique, sous l'influence du milieu environnant. Si l'enfant progresse lui-même sur son propre chemin, il ne peut le faire seul, il a besoin des autres, et de ses parents en particulier. En effet, les parents sont les premiers concernés et les mieux placés pour accueillir l'enfant, l'aider à se construire et le soutenir dans son développement. Les professionnels de la petite enfance (les assistantes maternelles agréées, les professionnels de crèches) sont formés pour accompagner l'enfant dans le respect du développement psychomoteur, ce n'est cependant pas le cas pour les parents. C'est un savoir-faire qui relève de l'instinct, du bon sens et souvent hérité de leur propre éducation.

6.1 Description

Parce qu'être parent est une grande aventure qui commence, mille et une questions émergent. Cet atelier se veut être un espace d'échanges et de rencontres, où sont conviés les bébés, les mamans et les papas afin de soutenir le rôle essentiel au quotidien, des parents auprès de l'enfant.

6.2 Indications

- parent qui présente des difficultés dans les premières relations avec leur bébé (pauvreté des interactions, peur de le toucher...)
- parent qui a besoin d'être rassuré dans sa fonction parentale ou qui semble très angoissé
- parent curieux de s'informer dans le sens du bien-être du bébé, de son développement
- enfant gardé au domicile jusqu'à l'entrée à l'école maternelle

Pour nombre de parents que je rencontre, c'est la mère qui gardera l'enfant jusqu'à l'entrée à l'école (3ans), et ne rencontrera pas forcément sur son chemin, des professionnels de la petite enfance susceptible d'aiguiller.

- bébé hyper excitable ou à l'inverse trop peu réactif
- bébé présentant un mauvais ajustement tonique lors des mobilisations, ou des tétées

6.3 Objectifs

Pour les parents à la naissance, le quotidien est de veiller à ce que les besoins physiologiques de base soient satisfaits (besoin d'être propre et au sec, de se nourrir, de sommeil, s'assurer de l'absence de maladie). Mais le quotidien est aussi, et peut-être même avant tout, une multitude d'occasions de rencontres et d'échanges entre les parents et bébé. Et parfois, par soucis de ne pas faire mal au nouveau-né si petit, la technicité du soin prend le dessus, mettant de côté l'échange.

La vie relationnelle est un facteur essentiel pour l'élaboration du développement psychomoteur. L'enfant a besoin, pour un développement psychomoteur et psycho-affectif harmonieux, de recevoir une qualité et une continuité d'attention pour mettre en place des attachements privilégiés, c'est-à-dire des relations stables et sécurisantes.
Garantir un environnement riche et sécurisé est le terreau pour permettre à l'enfant de développer ses capacités.

6.4 Les modalités d'intervention

L'objectif principal est, comment en tant que parent, offrir un environnement qui soit facilitant pour le développement du bébé. Cela passe par :

- Mettre du sens sur certains gestes réalisés spontanément et encourager les pratiques respectueuses des possibilités du nouveau-né
- Guider des parents qui se sentent inquiets ou complètement dépassés
- Trouver des voies pour aider l'enfant, aux prises avec ce nouvel environnement, à être dans de bonnes conditions pour l'échange
- Sensibiliser les parents aux bases du développement psychomoteur :
    - Les appuis : Le bébé communique surtout par les réactions de son corps.

L'importance de lui donner en permanence de bons appuis, physiques et psychologiques.

    - Le portage.

- Les modes de communication avec bébé : le regard, la voix, le toucher, l'accueil des bras et le tonus

Le bébé en s'exprimant par son corps, est aussi extrêmement sensible à ce que le corps du parent exprime.

Le cadre :

Je propose l'atelier aussi souvent que possible. En l'absence d'un espace disponible à proximité des mères pour qui, il n'est pas aisé de se déplacer, je réalise l'atelier dans une chambre disponible. Le calme et l'intimité sont réunis dans cet espace. Le lieu est définit le jour même.

Les groupes vont de 2 familles à 4 familles, selon la présence des deux parents ou non et le nombre de familles intéressées dans le service. La durée est entre 30 et 45 minutes.

6.5 Bilan

Face aux premières difficultés rencontrées dès la maternité, dès les premières nuits quand le conjoint est parfois absent, et face au grand inconnu qu'est l'avenir, il me semblait important de proposer ce temps de partage et de rencontre.

La dimension du groupe, quand elle est acceptée, est très porteuse. Pouvoir exprimer ses difficultés, et surtout se rendre compte que les parents se posent les mêmes questions. Ou bien alors que des choix différents peuvent être pris, et sans que pour autant que se soit plus facile ou plus difficile. Les parents se soutiennent les uns, les autres, partagent leur doutes, leurs difficultés... le groupe a un effet rassurant.

Cet atelier est un moment très authentique que j'apprécie particulièrement. La présence des pères apporte également une dynamique d'échange intéressante. Ils sont de manières générales très contents d'être conviés et sont particulièrement investis. Ainsi lorsque la maman ne peut assister car elle ne peut pas se lever pour le moment en raison notamment de la récente cicatrice de la césarienne, je reçois les papas seuls avec le bébé, dans le groupe. Un temps en duo que les papas affectionnent, mais aussi un temps pour les mamans pour dormir.

L'environnement physique et relationnel a une grande influence sur la façon dont le bébé vit ses différents apprentissages, environnement que les parents doivent sans cesse réajuster en fonction de l'évolution de bébé. Cet atelier est l'occasion de poser les premiers jalons d'une réflexion autour du développement psychomoteur de l'enfant, des points d'appui aux premiers apprentissages de bébé.

6.6 Au delà…

6.6.1 Le refus du groupe

Parfois, des parents ne souhaitent pas participer à l'atelier, dans un refus plus du groupe que de l'atelier. La contenance et l'intimité d'une rencontre individuelle est alors envisagée.

6.6.2 Les signes d'appel des bébés

Je n'ai pas évoqué dans ce mémoire mes interventions ciblées auprès des nouveaux-nés. Les différentes indications en psychomotricité sont celles préconisées par L. Vaivre Douret.

- des bébés hyper excitables ou à l'inverse trop peu réactifs
- des bébés présentant des anomalies posturales observables, comme par exemple une attitude posturale globale en hyperextension dorsale
- des bébés présentant un mauvais ajustement tonique lors des mobilisations, ou des tétées
- des bébés douloureux
- des bébés porteurs d'anomalies qui altèrent le développement

Conclusion

La clinique en maternité offre une complexité inouïe pour l'approche du psychomotricien. Le psychomotricien permet d'une part, par son intervention, de réintroduire les qualités précédemment développées de l'objet externe contenant, ce qui relance le processus intégratif mis à mal ou interrompu tant auprès du bébé que de la mère. D'autre part, dans une fonction unificatrice, le psychomotricien permet de protéger et d'assurer les conditions du lien, créer un pont entre les aspects maternels et le bébé, afin qu'ils puissent se rejoindre.

Le travail auprès des mères et des mères en devenir est une dimension multiple qui ne peut être que multidimensionnelle et globale. Elle requiert, par conséquent, une complémentarité des acteurs et des actions. Dans cette approche plurielle, la psychomotricité trouve toute la pertinence de sa spécificité, et la justification de son approche préventive, éducative et thérapeutique.

Dans le cadre de la périnatalité, les interventions/soins représentent des enjeux considérables en terme de prévention pour l'avenir psychique de l'enfant : être présent si des difficultés sont éprouvées et être en mesure d'orienter ou réorienter une famille vers des soins précoces et spécifiques.

L'intervention en maternité pose de ce fait la pertinence d'une intervention périnatale médico-psycho-sociale. Un modèle plurifactoriel qui permet d'appréhender et tenir compte de la complexité des situations pour apporter une réponse adaptée dans le but d'assurer une continuité et une cohérence suffisante de l'anté au postnatal.

La question de liens et de séparations se retrouve notamment dans les consultations en pédopsychiatrie : un étayage ou une fonction contenante parentale difficilement assurée auprès de l'enfant, une absence de constance dans les liens... Autant de difficultés qui font que l'enfant peut rencontrer des difficultés pour se construire, s'individuer et se séparer.

La dialectique contenant-contenu, ponctue les métamorphoses de la vie et se retrouve notamment à l'adolescence et chez la personne âgée. A chacune des périodes de passage, de transformation, il y a quelque chose qui est en rapport avec le socle de l'humanisation et la fondation de la contenance humaine.

Bibliographie

ALEXANDRE B., Un autre regard sur la prématurité , *recherches INSERM (1981-1983) - CNRS-MIRE (1984-1987) - MIRE-DGS-DPM-FAS-DAS (1988-1991)*

BERKOWITZ ET KASL,*1983, Mamelle et coll,1996*,
http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/204/?sequence=27

BOUKOBZA C., Les écueils de la relation précoce mère-bébé, *éd. Érès « 1001 bébés », 2007*

BULLINGER A., Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, *éd. Érès, 2011.*

BULLINGER A., Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, *éd. Ramonville Saint-Agne-Érès, 2004*

CAMPANELLA S., STREEL E., Psychopathologie et neurosciences De Boeck Supérieur, *«Neurosciences & cognition », 2008*

CASPER, PIERRAT, GLORIEUX, MONTJAUX, KUHN, Sensorialité de nouveau-né prématuré et environnement humain à l'hôpital

CICCONE A., « Tonus et fonction paternelle », *dans thérapie psychomotrice n°157, 2009*

DELION P., La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick, *éd. Érès « La vie de l'enfant », 2008.*

DUGNAT M., Observer un bébé avec attention, *éd. Érès « Hors collection », 2001*

DUGNAT M., Devenir père, devenir mère. Naissance et parentalité, *éd. Érès - Paris , 1999*

FLORES GUEVARA R., Quelques réflexions sur l'apport de la neurobiologie à la neuropsychologie du développement

GAUBERTI M., Mère-enfant : À corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces, *éd Masson - Paris, 1993*

GAUBERTI M. , Mère-enfant : à corps et à vie. Analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces

GOLSE B., **MELLIER D.**, Observer un bébé : un soin, *éd. Érès « 1001 bébés », 2008*

GOLSE B., L'être-bébé , *éd. le fil rouge, 2006*

GRANIER-DEFERRE C., SCHAAL B., Aux sources foetales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né

HAUTE AUTORITE DE SANTE / Service évaluation des actes professionnels, Rapport validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé le 21 juillet 2010 - Haute Autorité de Santé – 2010

LE VAGUERESE L., psychiatre en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Le symptôme prématurité, Les cahiers du nouveau-né : un enfant, prématurément, *éd Stock - Paris, n° 6, 1983*

LUMBROSO V., CONTINI E., Premières années, premiers liens, L'attachement de l'enfant à ses parents, *éd. De boeck, 2010*

MISSONNIER S., « L'avenir présent », *Spirale, 2005/4 (no 36), p. 55-70*.

MISSONNIER S., Périnatalité : interdisciplinarité et psychologie clinique, *le Journal de Psychologues n°309, 2013, pp22-26*

MORISSEAU L., Lorsque la parentalité paraît, *éd le fil rouge*, *puf, pp115-128, pp157-173*

NEZELOF S. , VULLIEZ-GODY L., « 13. Des services de maternité aux Unités mère-bébé », dans François Poinso et Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal , Orages à l'aube de la vie, *éd. Érès « La vie de l'enfant », 2009 p. 165-174.*

POINSO F., Nine M., GLANGEAUD-FREUDENTHAL C., Orages à l'aube de la vie « La vie de l'enfant », *éd. Érès, 2009*

POTEL-BARANES C., Être psychomotricien, *éd. Érès - Toulouse, « Trames », 2010*

ROBERT-OUVRAY S., L'enfant tonique et sa mère, *éd. Desclée de Brouwer. - Paris, 2007*

ROBIN D., Cramponnement, attachement et complexe de sevrage. Hermann et Bowlby avec Lacan. L'exemple des addictions, *éd. Le Coq-héron, 2007/1 n° 188, p. 81-97*

SCHOLL J.M, « Classification diagnostique 0-3 ans : recherche sémiologique sur les troubles de la régulation », La psychiatrie de l'enfant.

SOULAYROL R., MOULINAS C., CAZES O., SOKOLOWSKY M., dans « Le dos, un mode d'approche perdu et retrouvé chez l'enfant psychotique », *Thérapie psychomotrice n°78, 1988, p53-60*

STERN D. La constellation maternelle, *éd. Calmann-Lévy - Paris , 1997*

STERN D., Le monde interpersonnel du nourrisson, *éd. le fil rouge*, 2003 - ***ouvrage emprunté cote 155.422 STE***

STRERI A., interview, réalisé par Laurence Vaivre-Douret, sur Les perceptions intermodales chez le nouveau-né :
http://www.psynem.org/Rubriques/Psychologie_developpementale/Dossiers/Streri

TONELLA G. Les expériences corporelles à l'origine de l'identité de soi dans « Identités », *éd. Érès, 2009, pp37-53*

« Vingt-sixièmes journées nationales », Paris, (2002), Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – Tome XXVI