



HAL
open science

La psychomotricité comme soutien à la relation mère-enfant au sein de groupes médiatisés par le toucher : le toucher face aux carences

Morgane Serizay

► **To cite this version:**

Morgane Serizay. La psychomotricité comme soutien à la relation mère-enfant au sein de groupes médiatisés par le toucher : le toucher face aux carences. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01615820

HAL Id: dumas-01615820

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615820>

Submitted on 12 Oct 2017

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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



La psychomotricité comme soutien à la relation mère-enfant au sein de groupes médiatisés par le toucher

Le toucher face aux carences



Mémoire présenté par Morgane SERIZAY en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référentes de mémoire :
Delphine AELLION
Claire SIRMAI

Session de Juin 2017

PREFACE

«Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre, complice de son existence. C'est avec l'autre qu'il se voit et se construit dans l'activité des systèmes qui lui sont offerts par la nature, dans l'intimité de ce miroir reflétant qu'est l'autre»

«Notre unité en tant que personne se fait progressivement et c'est à travers les échanges successifs que vont se créer prise de distance, autonomie de fonctionnement et indépendance.

Cette création résultera non seulement de la maturation, mais aussi des réalisations de fonctionnements qui s'ouvrent à des demandes nouvelles et à de nouveaux investissements»

Julian DE AJURIAGUERRA

Enfance, 2-3, 1985, 265-277

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les psychomotriciennes qui m'ont accueillie en stage cette année, d'avoir partagé avec moi leurs expériences et leurs savoirs. Je les remercie pour leur grande disponibilité autour de leurs pratiques et des réflexions cliniques apparues au cours des stages. Merci également pour les conseils avisés qu'elles ont pu me donner pour ce travail.

Un grand merci à Delphine AELLION et à Claire SIRMAI, mes référentes de mémoire, pour m'avoir accompagnée tout le long de ce travail, pour leurs regards croisés, leurs avis pertinents et leurs relectures.

Je remercie toute l'équipe de l'Unité de Pédopsychiatrie Périnatale, ainsi que celle du Centre Médico-Psychologique, qui m'ont chacune chaleureusement accueillie et intégrée dans leur équipe pluridisciplinaire.

Merci à mon père et ma sœur pour leur soutien et leur présence tout au long de ces trois années d'études.

Merci à mes amis pour leurs relectures et leurs retours.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
ENTRE CLINIQUE ET THEORIE	9
A. Première présentation clinico-théorique : Salim et sa maman dans le groupe <i>Balasana</i>	9
I. Contexte institutionnel	9
1. Présentation de l'institution.....	9
1.1. L'Unité de Pédiopsychiatrie Périnatale	9
1.2 Equipe et spécificités.....	10
1.3 Trois modalités de suivi.....	11
a) Ambulatoire.....	11
b) Liaison.....	11
c) Hôpital de jour.....	12
1.4 Vie et enveloppe institutionnelle	13
1.5 Place de la psychomotricité dans l'institution	14
2. Présentation du groupe <i>Balasana</i> : le travail thérapeutique parents-bébés	14
2.1. Le projet du groupe <i>Balasana</i> et ses indications	14
2.2 Les contre-indications du groupe <i>Balasana</i>	15
2.3 Les objectifs	15
2.4 Le cadre du groupe	16
2.5 La place des professionnelles	17
2.6 La reprise entre professionnelles et la supervision.....	18
2.7 Le déroulement du groupe.....	18
a) Le rôle du groupe.....	18
b) Le premier accueil	18
c) Dispositif et installation.....	19
d) Le déroulement type d'une séance	19
II. Présentation du cas clinique : Salim et sa maman	21
1. Anamnèse	21
2. Prise en charge de Madame.....	22
3. Arrivée de Salim.....	22
4. Prise en charge de la dyade	23
5. Information préoccupante.....	24
6. Portrait de Madame	26
7. Développement psychomoteur de Salim et son lien avec ses parents	28

III. Les séances du groupe <i>Balasana</i>	32
B. Deuxième présentation clinico-théorique : Issan et sa maman dans le groupe piscine parents- enfants	49
I. Contexte institutionnel	49
1. Présentation de l'institution	49
1.1. Le Centre médico-psychologique	49
1.2. Indications et modalités de prise en charge	49
1.3. Equipe et vie institutionnelle	50
1.4. La co-thérapie	50
1.5. Place de la psychomotricité dans l'institution	51
2. Présentation du groupe piscine parents-enfants : le travail thérapeutique parents-jeunes enfants au sein d'un groupe de «bébés dans l'eau»	51
2.1. Le projet thérapeutique	51
2.2. Historique	52
a) Le contexte de la création du groupe	52
b) Le contexte historique et éthique de la piscine d'accueil	52
2.3. Les indications et leurs implications théorico-cliniques	53
2.4. Les objectifs	54
2.5. La co-thérapie	58
a) Pourquoi une dyade psychomotricienne/éducatrice spécialisée ?	58
b) La place du stagiaire psychomotricien	59
c) Les professionnels de la piscine	60
d) Les autres dyades du groupe	60
e) Les parents et les jeunes enfants «tout-venant» du groupe «bébés dans l'eau»	60
2.6. Les indications par les autres professionnels	61
2.7. La supervision	61
2.8. Le déroulement du groupe	61
a) Le cadre du groupe	61
b) Le cadre de la piscine	61
c) Le premier accueil	62
d) Déroulement type d'une séance	62
II. Présentation du cas clinique : Issan et sa maman	64
1. Anamnèse	64
2. Arrivée d'Issan	65
3. Placement judiciaire	65
4. Prise en charge d'Issan	66

5. Portrait d'Issan	68
6. Portrait de Madame	69
7. Lien d'Issan avec sa maman.....	70
III. Les séances du groupe piscine parents-enfants	72
DISCUSSION	84
I. Pourquoi la médiation par le toucher ?.....	84
1. Le toucher-massage	84
2. Le contact de l'eau	85
3. Liens et différences	87
4. Le toucher et son universalité.....	87
II. Comment cette médiation est-elle mise en place ?.....	89
1. Le groupe piscine parents-enfants	89
2. Le groupe <i>Balasana</i>	90
3. Le rapport au groupe	91
III. La place du psychomotricien.....	92
1. La clinique périnatale et pédopsychiatrique	92
2. La fonction contenante	93
3. Les différentes postures du psychomotricien au sein du groupe	94
IV. Conclusion de la discussion.....	97
CONCLUSION	98

INTRODUCTION

La psychomotricité est une discipline qui m'a interpellée vers la fin de mon cursus scolaire. Son intérêt pour l'individu dans ses composantes psychiques et corporelles, son vaste champ d'action, ses différentes modalités de prise en charge sont autant d'éléments qui font, de la profession de psychomotricien, un métier essentiel dans les soins actuels. En effet, le soin psychomoteur peut se situer dans une orientation éducative, rééducative ou encore thérapeutique. De plus, la psychomotricité s'intéresse à l'être humain dès l'aube de la vie.

J'ai ainsi effectué mes stages de troisième année de formation en périnatalité et en pédopsychiatrie. Je me suis plus particulièrement intéressée à la relation mère-enfant et à son influence sur le développement global de l'enfant.

La conscience collective de l'importance du lien mère-enfant s'est développée depuis moins d'un siècle. En 1952, D.W. WINNICOTT affirme : «Lorsqu'on me montre un bébé, on me montre aussi certainement quelqu'un qui s'occupe de lui, ou au moins un landau auquel sont rivés les yeux et les oreilles de quelqu'un. On se retrouve en présence d'un couple nourrice nourrisson»¹. Je pense que si «un bébé cela n'existe pas»² (sous-entendu un bébé *seul* cela n'existe pas) comme l'affirme D.W. WINNICOTT, une mère seule n'existe pas non plus. En effet si l'attachement, et les soins de maternage qui en découlent, font exister le bébé et révèlent l'importance de la figure maternelle, une mère a elle-même besoin de se sentir «portée» pour s'engager dans une relation bienveillante et sécurisante pour son enfant. Car c'est par l'établissement de liens d'attachement sécurisés avec une figure principale que l'enfant va pouvoir se développer sur les plans psychoaffectif et psychomoteur. Je m'intéresse donc à la mère comme figure principale d'attachement.

Néanmoins, les capacités maternelles à prendre soin d'un enfant peuvent être entravées, par exemple, du fait d'une histoire de vie douloureuse et complexe, d'une situation de solitude ou de vulnérabilité (exil, migration, précarité). La mère présente alors une indisponibilité psychique ou un comportement dystimulant. L'enfant est face à un environnement qui n'est plus suffisamment bon et sécurisant. Le nourrisson ou le jeune enfant peut alors mettre en place des comportements déviants ; le lien mère-enfant étant alors mis à mal. Aussi l'interaction peut être fragilisée, l'accordage affectif défaillant, conduisant à une relation mère-enfant carencée.

¹ WINNICOTT D.W., 1958, p.200

² *Ibid*

L'action de la psychomotricité, qui cherche à agir sur le psychisme du sujet à travers le corporel, m'a paru être intéressante auprès de la mère et de son enfant en difficulté dans l'établissement de liens d'attachement sécurisés. Cela m'a conduite à m'interroger sur la place de la psychomotricité auprès de cette population.

Comment la psychomotricité peut-elle intervenir auprès de la dyade³ mère-enfant présentant des difficultés d'accordage ? Quels soins peut-on envisager en psychomotricité pour soutenir une relation mère-enfant afin qu'elle soit sécurisée, adaptée et bienveillante ? D'une façon générale, comment accompagner et soutenir l'établissement des liens ?

Au sein de mes stages, qui ont été des terrains d'observation clinique riches et différents, j'ai découvert et intégré deux groupes thérapeutiques : un groupe massage parents-bébé et un groupe piscine parents-enfants. À travers ces deux groupes thérapeutiques, dans lesquels évoluent donc des parents et leurs enfants, je me propose d'interroger la médiation du toucher.

En quoi le toucher comme médiation de soin peut-il être pertinent pour soutenir une relation mère-enfant dysfonctionnante ? Comment peut-il venir étayer une mère en difficulté relationnelle avec son enfant ? Comment cette médiation corporelle se met en place dans le cadre du groupe ?

Le psychomotricien en proposant des situations mettant en jeu le toucher, se place au cœur d'une problématique corporelle, psychique et relationnelle. En faisant appel à ces deux médiations corporelles, le massage et le contact de l'eau, dans lesquelles le toucher constitue la base, je me situe bien dans une action psychomotrice.

Tout d'abord, je présenterai deux situations clinico-théoriques : après avoir énoncé le contexte institutionnel, j'exposerai les cas cliniques de deux dyades mère-enfant. Elles ont des problématiques différentes concernant des difficultés d'accordage, et sont chacune prises en charge dans les groupes thérapeutiques en psychomotricité cités ci-dessus. Le récit et l'analyse des séances qui s'ensuivent permettent de considérer l'évolution de ces dyades au sein de ces groupes médiatisés par le toucher. Puis j'aborderai, dans une partie discussion, l'intérêt que je trouve à la médiation du toucher dans le soutien à la relation. Après quoi je m'intéresserai aux modalités d'un tel groupe. Enfin j'interrogerai ma place de future psychomotricienne au sein de ces dispositifs thérapeutiques.

³ Terme généralement utilisé pour désigner le couple formé par l'enfant et sa mère mais pouvant tout autant désigner le couple formé par l'enfant et son père.

ENTRE CLINIQUE ET THEORIE

A. Première présentation clinico-théorique : Salim et sa maman dans le groupe *Balasana*

I. Contexte institutionnel

1. Présentation de l'institution

1.1. L'Unité de Pédiopsychiatrie Périnatale

J'ai effectué l'un de mes stages de troisième année dans une Unité de Pédiopsychiatrie Périnatale (UPP). Cette Unité est rattachée à l'un des intersecteurs de psychiatrie infantile-juvénile d'un département d'Ile-de-France et implantée depuis 2013 à côté d'une des principales maternités de la région. Le bâtiment, récent, se trouve en face du Centre Hospitalier dont il dépend. De par sa situation géographique, le service accueille de jeunes patients d'origines culturelles variées. L'Unité a été créée et pensée comme un espace d'accueil, de prévention et de soin des troubles précoces de la relation parents-bébés. Elle a ainsi été imaginée comme un «cadre contenant et garant de continuité en dépit de la multiplicité des lieux et des personnes intervenant auprès des bébés et de leur famille»⁴.

Les troubles de la relation parents-bébés peuvent être liés à un moment de fragilité ou à une psychopathologie avérée, antérieure ou non à la grossesse et à l'accouchement. Ils peuvent également être induits par des difficultés du bébé mettant à mal le parent (sommeil, alimentation, troubles gastriques, difficulté du développement psychomoteur, retrait relationnel) ou notamment lors de situations à risque telles que la prématurité, le handicap ou des problématiques psychosociales. Le projet commun des professionnels de l'UPP est d'«aider les parents à faire connaissance avec leur bébé dans leur singularité et de les accompagner dans la relation qu'ils vont construire avec lui [...]. Il ne s'agit pas d'être dans le faire ou de faire à la place de, mais bien d'accompagner et de soutenir l'émergence d'une relation parents-bébé suffisamment rassurante, bienveillante et contenant pour la construction psychique de l'enfant»⁵.

L'admission à l'UPP se fait après une réflexion d'équipe à la suite d'une demande d'un professionnel de santé, de la famille elle-même ou d'un travail de liaison. L'Unité a pour objectif de préserver une continuité de soin afin de constituer un élément de contenance et de

⁴ QUIROT B., 2008, p.2

⁵ Projet de soin de l'UPP

stabilité pour les familles pour qui la naissance d'un bébé peut potentiellement menacer la santé psychique durant la période périnatale. L'UPP veillera aussi au bon développement de ce bébé. L'Unité propose un suivi allant jusqu'aux 18 mois de l'enfant puis un relai, si nécessaire, vers les institutions (CAMSP⁶, CMP⁷).

1.2 Equipe et spécificités

L'équipe est constituée de vingt-et-une personnes : un pédopsychiatre et responsable de l'Unité (0,50 ETP⁸), une pédopsychiatre assistante (1 ETP), un médecin interne (1 ETP), un pédiatre (0,20 ETP), trois psychologues (1 ETP et deux 0,50 ETP), deux psychomotriciennes (1 ETP et 0,20 ETP), quatre infirmières (1 ETP chacune), deux puéricultrices (1 ETP chacune), une assistante sociale (0,50 ETP), une cadre de santé (0,80 ETP), deux agents de service hospitalier (1 ETP chacune), et deux secrétaires médicales (0,70 ETP et 0,30 ETP). Le travail s'organise sur cinq jours par semaine. La connaissance des places, des rôles, et des compétences de chacun au sein de l'équipe est nécessaire.

Le travail en périnatalité étant spécifique, une formation clinique complémentaire des professionnels est primordiale. Ainsi au sein de l'équipe, plusieurs approches d'observation et d'évaluation cliniques sont envisagées et utilisées :

- Observation des bébés selon la méthode de E. BICK
- Echelle d'évaluation du comportement néonatal de T. BRAZELTON
- Bilan sensori-moteur d'A. BULLINGER
- Guidance parentale interactive à travers la vidéo

Des temps de groupe en co-thérapie ont aussi été mis en place :

- Le groupe *Balasana*, groupe de toucher-massage parents-bébés, encadré par une des psychomotriciennes, une des puéricultrices et la stagiaire psychomotricienne. Le projet de ce groupe sera développé plus loin dans mon propos.
- Un atelier Musicothérapie, groupe de musicothérapie parents-bébés, encadré par une musicothérapeute, une psychomotricienne, deux infirmières, une puéricultrice et la cadre de santé.
- Un projet photo a aussi vu le jour et permet aux dyades ou aux triades⁹, un temps partagé avec un photographe professionnel afin de réaliser des portraits de leur famille.

Dans ce que nous pourrions appeler les grandes lignes théoriques de l'institution, les concepts et protocoles psychanalytiques sont assez clairement marqués ; il est laissé une grande

⁶ Centre d'action médico-social précoce

⁷ Centre médico-psychologique

⁸ Equivalent temps plein

⁹ Trio formé par l'enfant et ses deux parents.

importance et place à la parole et à l'analyse des pratiques (rencontres hebdomadaires entre les professionnels).

1.3 Trois modalités de suivi

La particularité de l'Unité est de regrouper trois modalités de prise en charge : l'ambulatoire, la liaison et l'hôpital de jour.

a) Ambulatoire

Il y a en premier lieu un accueil téléphonique des demandes de prise en charge. Ces dernières émergent soit des professionnels internes ou externes au centre hospitalier, ou soit directement par les parents en difficulté. Les demandes sont ensuite présentées à l'équipe lors de la réunion de synthèse. Selon la raison et le caractère de la demande, un entretien thérapeutique est proposé avec un consultant (médecin ou psychologue) seul ou en co-consultation (accompagné d'un autre professionnel).

Le travail en ambulatoire peut aussi consister en l'accueil thérapeutique individuel avec une infirmière ou une puéricultrice, des visites à domicile avant ou après la grossesse, le bilan et la prise en charge en psychomotricité. Les visites à domicile sont faites par les infirmières et puéricultrices, et éventuellement par les psychomotriciennes. Ces visites à domicile donnent au professionnel une notion plus précise et plus vivante du développement de l'enfant, de la naissance de son psychisme, de l'influence du milieu sur son évolution, de la qualité des interactions parents-bébés dans un environnement qui leur est habituel. Il y a un temps de reprise des visites à domicile le lundi matin. Le travail en ambulatoire est repris en réunions de synthèse hebdomadaires, les mercredis.

b) Liaison

La liaison assure, depuis 2006, une présence de l'équipe de l'UPP au sein du pôle mère-enfant de l'hôpital intercommunal dont l'Unité est rattachée. Les membres de l'équipe de liaison (deux puéricultrices, une psychologue et l'interne) assurent une présence en suites de couches. Elles peuvent intervenir en unité de suivi de grossesse à hauts risques, en néonatalogie et pédiatrie.

La prise en charge consiste en des rencontres entre les patients hospitalisés et les professionnels de l'Unité, sur sollicitation de l'équipe de l'hôpital et avec l'accord des familles. La proposition d'un suivi en ambulatoire à l'UPP est faite, si nécessaire. Le temps de reprise de l'activité de liaison entre l'UPP et l'hôpital a lieu les vendredis matins.

L'UPP peut alors être perçu comme un lieu d'articulation entre le travail de liaison et d'ambulatoire. L'institution prend alors la fonction d'enveloppe fixe, solide et permanente

réunissant des éléments à la fois internes et externes à l'Unité tout en gardant son identité propre et distinguée.

c) Hôpital de jour

L'hôpital de jour de l'UPP, nommé *Apatam*¹⁰, a été pensé depuis 2006 puis créé en 2013 avec l'ouverture des locaux. Cette modalité de suivi en périnatalité est encore assez rare en France. L'*Apatam* peut accueillir jusqu'à quatre dyades ou triades à temps plein ou à temps partiel. L'admission est décidée par le médecin assistant qui est le médecin responsable de l'*Apatam*, en concertation avec le médecin responsable de l'UPP et la cadre de santé, après un entretien avec les parents et une discussion d'équipe. Les deux parents doivent être d'accord pour procéder à l'hospitalisation. Les indications concernent généralement : la dépression pré et post-natale de la mère, les situations de prématurité du bébé, les situations de handicap du bébé, l'évaluation et/ou le soutien des interactions parents-nourrisson, une situation psychosociale précaire de la famille, ou encore une famille présentant d'autres facteurs de risque (liés ou non à une difficulté sociale) de type carenciel ou de négligence. La stabilité sur le plan psychiatrique du parent est indispensable à l'hospitalisation.

Les soins dans l'hôpital de jour s'articulent autour de l'accueil, des temps de repas, des soins de base, des jeux, du sommeil des bébés, du repos des mères, de l'observation, du soutien à la parentalité, des rythmes de vie de la dyade, de l'accompagnement post-hospitalier et du retour à domicile. Chaque soignant est référent d'une dyade (fixe dans le temps) et prend le temps d'entrer dans le monde de la mère et du bébé, d'aller à leur rythme, de leur donner un soutien adapté et d'instaurer un climat de sécurité nécessaire au bon développement de l'enfant. Il s'agit d'aider à développer une fonction contenante et de la soutenir.

«Pour résumer cette notion de fonction de contenant, on peut dire qu'elle nécessite trois aspects essentiels :

- la notion d'attention, de présence psychique, accompagnée de celle d'attachement, de chaleur et de sécurité ;
- la notion de maintenance, de soutènement, de support, d'appui ;
- la notion de capacité d'accueil des pensées angoissantes associées à l'aptitude à les métaboliser et à leur donner un sens»¹¹.

¹⁰ Ce terme désigne une construction légère dont le toit est composé de végétaux, existant au Togo, Bénin, Côte d'Ivoire et Afrique de l'Ouest. Il a une fonction de protection face aux intempéries, et dans lesquels des allers et retours sont possibles ; c'est un abri saisonnier, voué à se modifier après chaque saison des pluies. L'hôpital de jour a été pensé selon ces mêmes qualités.

¹¹ KACHA N., 2011, p.87

Ainsi contenir quelqu'un peut se faire par la parole, par le toucher, par la simple présence physique. L'important étant d'être là et de respecter les besoins de l'individu (de parole, de silence, de distance).

Des réunions d'équipe, propres à l'hôpital de jour, ont lieu chaque semaine ainsi qu'un temps de reprise avec une des psychologues, extérieure à l'hôpital de jour. Les soignants peuvent ainsi exprimer leur vécu et leurs difficultés du quotidien pour pouvoir prendre de la distance sur le plan émotionnel et faciliter ainsi un travail d'élaboration parallèlement à l'accompagnement des dyades.

1.4 Vie et enveloppe institutionnelle

Chaque semaine, deux réunions de synthèse ont lieu avec l'équipe soignante. L'une d'elles concerne les prises en charge ambulatoires, l'autre les patients de *l'Apatam*. Durant la synthèse du mercredi, qui concerne l'ambulatoire, un déroulé précis est suivi. Tout d'abord une partie est réservée à l'ordre du jour, puis suivent les questions institutionnelles, les nouvelles demandes et le suivi des patients ; nous évoquons ensuite les brèves qui correspondent à des informations courtes, pour terminer sur la présentation et une réflexion commune autour d'une vignette clinique. Ces sujets sont regroupés dans un tableau que chaque professionnel peut remplir au cours de la semaine. Le vendredi, l'équipe de *l'Apatam* bénéficie d'un temps de reprise et de réflexion autour des vécus à l'hôpital de jour. L'UPP peut alors être vue et conçue comme un espace et un temps de consultations, de soins, de recherches et de réflexions.

L'enfant est au centre du travail de l'UPP. Les modalités de suivi proposées permettent d'apporter aux dyades et triades un cadre, une enveloppe privilégiée afin d'aider les parents en les accompagnant dans leur parentalité et dans le lien avec leur enfant. Le concept d'enveloppe se rapporte à la notion de contenant évoquée ci-dessus. Elle définit une interface entre le dedans et le dehors qui participe à l'intégration de l'unité du corps. Elle participe ainsi à la construction progressive du sujet, en déterminant le soi/le non soi, et en procurant une sécurité interne. C'est au sein de cette enveloppe que nous espérons voir apparaître, s'épaissir et/ou se solidifier une enveloppe parentale et familiale autour de l'enfant, à la fois rassurante, contenante, fiable et suffisamment bonne. Ainsi l'institution « assure cette fonction d'accueil, de mise à l'abri et de contenance »¹².

C'est ici toute la complexité du travail en périnatalité. Notre patient est le bébé, cependant nous travaillons aussi avec ses parents et son environnement. Les soins s'organisent autour de la cellule familiale : écoutant à la fois les manifestations de l'enfant, qu'elles soient corporelles,

¹² BILLARD M., COSTANTINO C., 2011, p.55

émotionnelles, comportementales et relationnelles, tout en prenant en compte de l'autre côté les parents avec leurs ressources et leurs difficultés.

1.5 Place de la psychomotricité dans l'institution

Une des psychomotriciennes est présente dans l'équipe depuis les premières années du projet. Dans l'un des projets écrits de la structure, la psychomotricienne y apparaît comme un «noyau dur» de l'équipe. La psychomotricité en tant que telle, est bien comprise et intégrée par l'équipe. Les indications sont posées par les médecins par rapport à leurs propres observations ou liées à des inquiétudes rapportées par l'équipe (psychologues, puéricultrices, infirmières) au cours de leurs observations.

Par ailleurs, tous les bébés qui sont admis à l'*Apatam* bénéficient d'un bilan psychomoteur. Ce dernier s'effectue sur deux à quatre séances, en fonction de ce que l'enfant montre et de sa disponibilité (sommeil, faim). Le bilan s'effectue en salle de psychomotricité, sur la base d'observations cliniques, qualitatives et globales des capacités du bébé, de son développement psychomoteur, de ses comportements et réactions, de son développement sensoriel, de son tonus, de sa motricité... La psychomotricienne étant formée au Bilan Sensori-Moteur de A. BULLINGER (BSM), ses bilans en sont très empreints et peuvent s'effectuer grâce à cet outil. Au cours de ce bilan psychomoteur de type «observation sensori-motrice» sont aussi observés la qualité des interactions, la qualité de regard, les portages, les touchers, le discours.

Cette multitude d'observations du point de vue de l'enfant mais aussi des interactions au sein de la dyade, n'est pas sans rappeler la pluralité des facteurs constituant l'enveloppe d'un enfant. Il est donc important d'observer tous les éléments qui la composent pour ainsi mieux se la représenter et apporter un soutien adéquat.

2. Présentation du groupe *Balasana* : le travail thérapeutique parents-bébés

2.1. Le projet du groupe *Balasana* et ses indications

Il s'agit d'un groupe thérapeutique de toucher-massage dans lequel les parents massent leur bébé dans un cadre contenant que je présenterai par la suite. Il a été mis en place par une des psychomotriciennes et une des puéricultrices de l'UPP. Avant de mettre en place ce groupe, le projet a été écrit et exposé à l'ensemble de l'équipe soignante. La psychomotricienne et la puéricultrice ont pensé ce projet ensemble pour des dyades ou triades qui peuvent bénéficier du massage et du toucher comme soutien aux interactions et/ou au rétablissement d'une continuité des liens parents-bébé. *Balasana* est donc proposé aux parents et aux bébés pouvant recevoir le massage et le toucher comme médiateur ; ceux-ci permettant d'étayer et de renforcer les interactions ainsi que de consolider la relation et les liens d'attachement parents-bébé. Les

indications vers le groupe *Balasana* peuvent être proposées par les différents professionnels de l'UPP. Un rapport fragile au toucher, au contact et au portage peuvent être des signes permettant de préconiser ce groupe.

2.2 Les contre-indications du groupe *Balasana*

Il est important de ne pas mettre en difficulté le bébé lors de ce type de médiation. En effet, il y a certaines contre-indications qui ne permettent pas à certains bébés d'intégrer le groupe :

Un bébé qui est en âge d'investir, par ses déplacements, l'espace de la salle, ne sera pas aussi réceptif qu'un bébé moins avancé dans son développement psychomoteur. Il nous est difficile d'accueillir un enfant présentant ce niveau de développement. En effet, la dynamique de groupe pourrait alors être mise à mal.

Par ailleurs, il est important d'être vigilant aux représentations des parents concernant le massage. Nous nous devons d'être attentifs à ce que cela suscite par rapport aux différentes cultures, à la pudeur et au respect de la notion d'intimité. Il est important de pouvoir prendre connaissance des représentations des parents concernant le massage afin de ne pas heurter leur rapport au toucher et de ne pas les mettre en difficulté face à une médiation qui ne correspondrait pas à leur façon de penser.

Concernant les limites du massage, nous devons également être vigilants à la présence d'éventuelles irritations tactiles chez le bébé (gêne ou intolérance de certaines parties du corps au contact avec une matière ou un autre corps). Elles pourraient rendre difficile le contact du parent avec le bébé, ou provoquer des gênes massives chez le bébé. La relation pourrait alors être mise à mal à travers des conduites d'évitement.

Et enfin, une des limites de l'indication du groupe *Balasana* concerne les bébés en incapacité de s'autoréguler, ou présentant un manque de stabilité corporelle. Il s'agit ici des stimulations corporelles que le bébé ne serait pas en capacité d'intégrer, qui provoqueraient une désorganisation tonico-émotionnelle. Le bébé ne pourrait alors intégrer les informations tactiles de manière efficiente pour son développement.

2.3 Les objectifs

Un des objectifs principaux de ce groupe, est de permettre aux parents d'être dans le plaisir de la relation avec leur bébé. Il a été pensé que ce groupe serait un lieu d'accompagnement et de travail autour du *holding*¹³ et du *handling*¹⁴ parental. Cet accompagnement a pour intérêt de soutenir l'accordage parent-bébé en développant notamment une écoute. L'intérêt est de permettre au parent de se sensibiliser aux ressentis du bébé afin d'améliorer les interactions et les liens d'attachement. Le parent pourra être soutenu dans la relation avec son bébé. Le groupe,

¹³ C'est le portage, la manière dont l'enfant est tenu, porté, contenu, par sa mère ou l'adulte qui s'occupe de lui.

¹⁴ C'est la manière dont l'enfant est manié, manipulé, touché.

en apportant une forme de contenance, lui permet de se centrer sur son bébé. Ce groupe est également un lieu d'accompagnement des représentations parentales et des vécus du bébé.

Balasana a également pour but de transmettre les bienfaits du massage et du toucher aux parents et aux bébés. Cette médiation est un outil qu'ils peuvent réutiliser une fois chez eux. Ce groupe permet de rassurer les parents dans la manière d'aborder le toucher.

Concernant le bébé, cette médiation aborde le corps dans sa globalité et donne du sens au toucher, sachant que le plaisir du toucher est réciproque. En effet une des caractéristiques fondamentales du toucher, c'est sa réciprocité, «si on peut voir sans être vu, entendre sans être entendu, on ne peut pas toucher sans être touché»¹⁵. Cette médiation peut aussi prévenir les ruptures que le bébé peut vivre.

Enfin *Balasana* par sa dimension groupale, est un dispositif thérapeutique qui apporte contenance et bienveillance aux parents et aux bébés. De plus l'intérêt du groupe pour ces mamans, est de leur permettre de partager, d'échanger, de se soutenir, sur leur lien à leur enfant. E. LECOURT décrit ainsi l'intérêt du regroupement :

«Il est d'observation courante que se retrouver à quelques-uns, en petit groupe, peut avoir un effet relativement rapide de sécurisation, voire de déculpabilisation. [...] Tout d'abord ce regroupement signe la rupture de l'isolement car la souffrance isole. C'est donc un soulagement que de découvrir que l'on n'est pas seul à être angoissé, à se poser certaines questions, à rencontrer des problèmes qui nous paraissent insurmontables»¹⁶.

C'est à travers ce cadre soutenant et sécurisant que nous pouvons proposer un dispositif accompagnant la relation.

2.4 Le cadre du groupe

Le groupe peut accueillir jusqu'à quatre triades, qui viennent soit dans le cadre des consultations en ambulatoire, soit sont prises en charge à l'hôpital de jour, l'*Apatam*. L'accueil se fait par la psychomotricienne, la puéricultrice et la stagiaire psychomotricienne. Il se fait d'abord dans la salle d'attente avec un court temps laissé aux parents et aux bébés pour se retrouver, puis il se poursuit en salle de psychomotricité. Le groupe se déroule en effet dans la salle de psychomotricité qui présente une juste clarté et de l'espace.

Le groupe a lieu le jeudi matin. La durée de la séance est de quarante-cinq minutes à une heure environ. Chaque séance débute par un temps d'accueil et d'installation d'environ dix minutes qui comprend le déshabillage et quelques brefs échanges sur la semaine écoulée. Vient

¹⁵ GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., 2007, p.100

¹⁶ LECOURT E., 2008, p.38

ensuite le temps de massage d'environ vingt minutes. Enfin, un temps de dix/quinze minutes est consacré au rhabillage et aux échanges entre les parents et nous-mêmes.

2.5 La place des professionnelles

Le groupe est mené par deux professionnelles, la psychomotricienne et la puéricultrice, et moi-même, stagiaire psychomotricienne. Chacune d'entre nous a un rôle défini avant chaque séance. Nous permutons ces rôles selon la disponibilité de chacune. Il y a :

- Une accompagnante par la parole. Elle est présente auprès des parents et des bébés uniquement par la voix. En première intention, elle est témoin de ce dont le parent est capable et souligne le positif. En deuxième intention, elle peut proposer si besoin des gestes (lissages, pressions, percussions corporelles, étirements), des parties du corps à masser (ventre, tête, mains, *etc.*). Les mots ont pour intérêt d'accompagner, de soutenir, de rassurer les parents ainsi que d'apporter un bain sonore suffisamment contenant pour les parents et les bébés. Mais l'accompagnement peut également être silencieux. Il n'en est pas moins contenant : c'est la présence (corporelle et psychique) et le regard porté qui enveloppe la dyade. L'idée étant de ne rien imposer aux parents et de laisser le libre choix tout en préservant une continuité.
- Une accompagnante pratique. Elle se positionne dans une plus grande proximité des bébés et des parents. Elle accompagne les parents dans les mobilisations et les gestes à apporter aux bébés. Cet accompagnement est proposé au parent. L'approche corporelle de l'accompagnante pratique autour de la dyade ou triade doit être sécurisante et contenante afin de ne pas entraver le dérouler et la continuité du massage.
- Une observatrice. Elle est en retrait par rapport aux deux précédentes. Elle porte un regard bienveillant sur l'ensemble du groupe.

Au cours de ce chapitre de l'histoire de *Balasana*, dans lequel je me suis inscrite, la mise en place de ces différents rôles nous a posé question et a été repensée ensemble. En effet le groupe actuellement accueilli à *Balasana* a vu de nouveaux membres arriver. C'est donc un nouveau groupe qui s'est constitué. Il comprend notamment deux nouvelles familles dont l'accompagnement demande une présence, une attention et un soutien particulièrement intense voire «coûteux», au vu de leurs difficultés. Ainsi ma place de stagiaire en tant qu'accompagnante a été fragilisée et je suis intervenue dans ces rôles précocement. Au cours de l'année un réajustement de ces places nous a semblé nécessaire le temps que le groupe soit moins complexe à porter, et prenne son «envol». J'y reviendrai dans la partie discussion.

2.6 La reprise entre professionnelles et la supervision

Le temps de reprise des deux professionnelles et moi-même se fait en fin de journée. Il est indispensable afin d'échanger nos impressions, notre vécu, nos difficultés, et de penser à d'éventuelles modifications du cadre, si nécessaire (comme évoqué ci-dessus). Il nous permet de faire le point sur l'évolution des séances.

Un temps de supervision est aussi mis en place avec une des psychologues de l'UPP, un autre jour à raison d'une fois par mois. Il permet de prendre du recul sur les séances et sur ce qu'elles nous font vivre. C'est un temps bénéfique dont nous tirons profit pour évoluer dans la prise en charge de ces familles à *Balasana*.

2.7 Le déroulement du groupe

a) Le rôle du groupe

La dimension groupale permet à chacun de se laisser porter et soutenir dans une idée de contenance et de bienveillance. Mais chaque individu participe au soutien du groupe, ainsi il est porté par le groupe tout en contribuant à la constitution du groupe.

Le groupe peut être abordé comme une entité à part entière. Sa constitution s'assimile à une identité propre au sein de laquelle un certain nombre de processus vont avoir lieu. Il donne une dimension physique avec des limites. Nous sommes dans le groupe ou hors du groupe. Il peut se rapporter à une métaphore corporelle ; le tout crée une unité avec un dedans et un dehors. Il est un intermédiaire entre l'individu et la société.

D. HOUZEL (2010) précise que «l'enveloppe groupale enveloppe les enveloppes psychiques individuelles»¹⁷. Elle pourrait jouer un rôle comparable à celui de «seconde peau»¹⁸, décrite par E. BICK (1967). Le groupe s'impose comme un contenant physique et psychique. «Les groupes thérapeutiques, par leurs fonctions de contenance, identificatoire et de transitionnalité, sont des espaces de travail psychique potentiellement riches»¹⁹. Le groupe est cette structure organisatrice avec ses propres repères et sa contenance propre.

b) Le premier accueil

Pour préparer l'arrivée d'une nouvelle dyade ou triade dans le groupe, après indication du consultant, est organisé un premier accueil avec un entretien individuel. Le but est de présenter le groupe. La rencontre entre la famille et les professionnelles concernées se fait sur un temps différent du groupe en salle de psychomotricité. Le dispositif du groupe est alors expliqué, notamment concernant l'installation et le déroulement. Lors de cet entretien, les représentations

¹⁷ HOUZEL D., 2010, p. 135

¹⁸ BICK E., 1967

¹⁹ BILLARD M., COSTANTINO C., 2011, p.56

que la famille a du massage sont abordées (les habitudes culturelles de massage : comment ? avec quoi ? quelles installations ? à quel moment ?).

c) Dispositif et installation

Nous voulons offrir un espace contenant et accueillant pour le groupe : nous avons alors, avant la séance, pris le temps d'installer le dispositif (tapis, coussins, serviettes) dans le but d'accueillir chaque dyade et/ou triade au mieux. L'installation du parent qui effectuera le toucher est essentielle et indispensable dans la relation et les gestes accompagnant le bébé. L'installation est donc réfléchie pour un confort optimum des parents et de leurs bébés pour ce temps de massage.

Au choix, les parents massent leur bébé nu ou avec la couche. Un fauteuil d'allaitement et deux plans de change sont à disposition. Pour de bonnes conditions de massage, la température de la salle est adaptée au déshabillage des bébés. Pour favoriser la cohérence du massage, un seul parent à la fois masse le bébé. Des produits de massage adaptés aux bébés sont à disposition (huile de massage pour bébé, lait pour bébé, *etc.*). Les parents sont libres d'apporter le produit avec lequel ils souhaitent masser. Il arrive que des mamans, lorsqu'elles quittent *Balasana*, lèguent leur huile de massage au groupe. Ainsi l'utilisation bienfaisante de cette huile et son bénéfice sont partagés et transmis au groupe, laissant aussi une trace du passage de la dyade. Un chauffe biberon est à disposition pour chauffer les produits de massage, afin que les bébés aient une sensation de chaleur sur leur peau, pour une continuité de leur enveloppe. A propos d'enveloppe, le groupe est bercé d'un bain sonore : nos paroles, professionnelles, et surtout celles des parents, notamment les commentaires des mamans, leurs chants, et les babillages des bébés.

Ce dispositif nécessite, pour les parents et les professionnelles, une tenue adaptée et confortable pour les mobilisations et l'aisance générale. Chaque bébé est installé selon ses envies, soit assis, soit allongé au sol, face au parent qui le masse. Le parent doit être confortablement installé, avec un appui dos adapté, afin d'être à l'aise et suffisamment disponible corporellement le temps de la séance.

d) Le déroulement type d'une séance

Au début de chaque séance un temps d'accueil est préconisé afin de se poser, écouter et observer les bébés. Pour un premier groupe, il est proposé un tour de présentation libre des parents (chacun se présente à sa façon) et des professionnels (nom et fonction). Ce temps est aussi dédié à une prise de parole concernant les nouvelles de la semaine.

Ensuite vient le temps du déshabillage.

Puis c'est le temps du massage. Il y a tout d'abord une prise de contact qui annonce le début du massage : le parent pose sa main sur le bébé et verbalise. Puis se déroule le massage de façon très libre, soutenu éventuellement par des propositions de la part des professionnelles. L'accompagnement est spécifique à chaque dyade. Si un parent ou un bébé est en difficulté, une des professionnelles peut intervenir. Elle demande alors si c'est nécessaire et montre éventuellement, en première intention, le toucher sur le parent pour que celui-ci puisse percevoir et adapter son toucher de façon juste sur le bébé. Le but est que le parent soit complètement centré sur son toucher, et pleinement à l'écoute de son bébé. Il aura en tête les signes d'alerte, pour pouvoir moduler le massage (pleurs, sensation de faim, de froid, fatigue ; nous le déduisons de nos observations : frissons, décoloration de la peau, bâillement, frottement des yeux, *etc.*). Sur ce temps nous n'incitons pas le parent à faire des liens avec le quotidien mais plutôt à se centrer sur son bébé et le massage.

Puis arrive un temps correspondant à la fin du massage. Une verbalisation de la fin du massage est annoncée suivi d'un enveloppement : le parent aidé d'une professionnelle enveloppe son bébé dans un plaid qui a été chauffé au préalable. La maman prend le bébé dans ses bras pour le poser ensuite sur le plaid chaud ; la professionnelle rassemble les mains du bébé et les couvrent du plaid tandis que la maman regroupe les pieds et les enveloppe, puis elle garde ses mains posées pour maintenir l'enveloppement. Le bébé enveloppé peut rester ainsi au sol ou être contenu dans les bras de sa maman selon les signes qu'il manifeste (bien-être, désagrément). Il est suivi du rhabillage du bébé qui est souvent le temps le moins agréable pour lui ainsi que pour le parent.

Enfin le groupe se termine avec un temps d'échange entre les parents et les professionnelles afin de partager les impressions de chacun et de poser d'éventuelles questions. Les bébés peuvent aller et venir, jouer ensemble ou seuls librement pendant ce temps. Tel que l'a suggéré une précédente stagiaire, ce temps peut être comparé à une scène spécifique du film «Le Roi Lion» : les lionceaux se font lécher par leur maman, c'est le temps de leur toilette. Mais ils n'ont qu'une hâte, celle d'aller et jouer selon leurs envies. Ce dernier temps à *Balasana* y ressemble : une fois la «toilette», ce soin corporel qui pourrait être assimilé ici au massage, terminée, les lionceaux/les bébés sont libres d'aller jouer au milieu des mamans.

II. Présentation du cas clinique : Salim et sa maman

1. Anamnèse

Madame est née en 1989 et est d'origine Comorienne. Elle a un lourd passé traumatique, fait de maltraitance et d'abus multiples pendant l'enfance. Elle fuit son passé qu'elle évoque mais dont, simultanément elle ne veut pas parler. Elle évoque en effet des choses difficiles et finalement ne peut les raconter. Elle est en incapacité de faire de son parcours un récit linéaire.

Nous savons qu'elle est la huitième et dernière enfant, avec un père qui ne s'est pas intéressé à elle. Ses parents se sont séparés et elle a été victime d'abus sexuels par le nouveau compagnon de sa mère. Elle se décrit comme une enfant «SDF», avec une enfance sans famille. Elle a en effet été élevée par une tante paternelle puis par un grand frère. Il y a également eu un placement. Ce passé difficile d'errance, compliqué par une histoire d'abus sexuel, la rend vulnérable durant son adolescence. Période pendant laquelle elle présente des éléments dépressifs. Elle fait alors plusieurs tentatives de suicide. Conjointement une de ses sœurs aînées décède en couche en 2005. Sa dernière tentative de suicide date de 2012. Elle arrive en France en 2014, pour poursuivre ses études de biologie à Montpellier à travers un partenariat des facultés.

Monsieur, également d'origine Comorienne, est arrivé en France en 2008 pour des soins médicaux (problème cardiaque). Il a un fils de onze ans et une fille de quatre ans d'une épouse dont il est divorcé. Ceux-ci vivent aux Comores. Il cherche alors une nouvelle femme. Ils se rencontrent par l'intermédiaire de la famille de Madame en 2013 aux Comores lors des grandes vacances, pendant lesquelles Monsieur était retourné au pays. Ils ont dix ans d'écart.

Suite à cette rencontre Madame désire venir en France, à la fois pour son projet d'étude et pour vivre son histoire d'amour avec Monsieur, qui lui a promis de continuer l'histoire pour mieux se connaître. Mais ce départ des Comores signifie également fuir son passé et s'éloigner de sa famille. Monsieur ignore les abus qu'elle a subis. Ainsi, parvenue une fois en France, elle rêve de fonder une famille.

Arrivée en août 2014, elle passe quelques semaines en région parisienne, au domicile de Monsieur, avant sa rentrée à Montpellier. Trois mois plus tard, elle réalise qu'elle est enceinte. Monsieur doute de sa paternité à cause d'une rumeur restituée par un étudiant comorien du campus : elle aurait fréquenté et entretenu une relation avec un homme africain sur le campus. Madame décide alors d'avorter en décembre 2014, en raison du doute de Monsieur. Suite à l'interruption volontaire de grossesse elle décompense et fait une dépression atypique. Elle développe notamment un syndrome délirant. Elle est alors hospitalisée en mars 2015, en psychiatrie, pendant trois mois à Montpellier avec un traitement assez lourd en neuroleptique.

Elle est ainsi prise en charge pour épisode dépressif majeur sans élément psychotique avec idéation suicidaire. A la sortie de l'hôpital, elle est figée, prostrée, mutique. Elle n'est pas en état de reprendre ses études. Ne pouvant rester seule, Monsieur la ramène alors sur la région parisienne où elle est suivie dans un CMP à partir de juillet 2015. Quelques mois plus tard, assez rapidement, elle tombe enceinte.

2. Prise en charge de Madame

La psychiatre du CMP qui la suit, inquiète par rapport à cette grossesse, organise une Réunion Pluri-Professionnelle (RPP) pour permettre la rencontre CMP/UPP, ceci afin d'informer tous les partenaires de la situation, proposer un lieu de consultation pour madame, et envisager l'avenir de son bébé ; Madame ne s'imagine pas mère, elle ne se projette pas dans un avenir avec cet enfant, elle ne l'investit pas.

Ainsi une rencontre se fait à sept mois de grossesse en février 2016 entre médecin et infirmière de l'UPP, et Madame. A ce stade de la grossesse elle n'a rien préparé concernant le nécessaire pour accueillir ce bébé. Elle ne se sent pas prête à l'accueillir, et se sent incapable de s'en occuper. Malgré sa grossesse avancée, il y a peu d'élaboration autour de celle-ci : elle n'a rien pu en dire jusque-là. Elle décrira plus tard une grossesse difficile, du fait de conflits conjugaux. Il y a en effet un contexte de dépression et de mésentente conjugale.

Madame souhaite être accompagnée dans ses débuts de jeune maman, et accepte très favorablement l'aide proposée. Cinq consultations à l'UPP s'organisent pour aider et disposer Madame psychiquement à faire une place au bébé et préparer un lieu pour l'accueillir.

3. Arrivée de Salim

Il est prévu que la naissance soit déclenchée avec un accouchement par césarienne. La veille de l'accouchement, l'effondrement psychique est au premier plan. Madame évoque son isolement familial. Lorsque l'infirmière de l'UPP la questionne sur ce qu'elle ressent et éprouve par rapport à son bébé qui va naître très bientôt (le lendemain) elle pleure et répond «rien». Elle s'inquiète à juste titre pour les courses qui restent à faire pour le bébé. Elle semble préoccupée. Elle évoque une amie d'origine africaine qui la soutient beaucoup et qui lui propose son aide. La fonction de l'équipe de l'UPP lui est rappelée, ainsi que le lien entre l'UPP et l'équipe des suites de couches.

Le 18 mars 2016, Madame accouche d'un petit garçon. Nous l'appellerons Salim. Lors de la visite de l'infirmière de l'UPP en suite de couche, Madame est souriante et la remercie de sa venue. Lorsque l'infirmière entre, elle trouve Salim et sa maman dos à dos, la tête de Salim tournée vers la porte et celle de sa maman tournée vers la fenêtre. En interrogeant Madame, elle

comprend qu'elle se sent seule, elle n'a pas reçu d'appel de sa propre mère et en pleure. Madame s'inquiète du lien conjugal qui se dégrade. Elle évoque avec douleur sa situation de couple en conflit.

Madame traverse un épisode dépressif sévère avec des idées de culpabilité et d'auto-dévalorisation, en lien avec son nouveau rôle de mère, avec également des idées suicidaires, dans un contexte d'isolement social et de précarité.

4. Prise en charge de la dyade

Monsieur ne veut pas qu'elle revienne au domicile, jugée trop puérile dans son comportement. Le devenir du couple reste difficile à comprendre. Monsieur est assez absent. Il dit sa préoccupation de voir Madame s'occuper seule de son fils. Il souhaite que la maternité lui trouve un foyer, un lieu d'accueil. Le Médecin de l'UPP demande l'hospitalisation de Madame et Salim à l'Unité d'Hospitalisation Mère Bébé (UHMB) qui travaille le lien mère-enfant. La dyade est ainsi hospitalisée à temps plein pendant cinq mois et demi à l'UHMB. Cette admission à temps plein rassure Madame quant à ses craintes de ne pas être en mesure de s'occuper de son fils. L'hospitalisation se prolonge, sans projet de sortie, d'où le désir de l'équipe de réfléchir ensemble. Le centre maternel est le projet de sortie le plus approprié. En effet il s'agit d'un lieu d'aide à la parentalité dans le quotidien assorti d'un hébergement : l'équipe composée de psychologues, d'éducateurs, d'assistantes sociales, accompagne la maman fragilisée de manière globale, et cela jusqu'aux trois ans du bébé. Mais les équipes de l'UHMB et de l'UPP se heurtent à des difficultés concernant ce projet de sortie. En effet malgré plusieurs demandes, l'assistante sociale de l'UPP n'obtient pas de place en centre maternel. Aucun ne peut prendre en charge Madame et Salim, bien que celle-ci ait déposé une candidature avec lettre de motivation, les places étant rares.

Depuis Monsieur a revu sa position. Il a été reçu en entretien par le médecin de l'UPP où il lui a été demandé de prendre ses responsabilités, à savoir accueillir Madame et Salim chez lui en attendant une place en centre maternel. Ce qu'il a accepté. Mais début septembre 2016, quinze jours après la sortie de l'UHMB de Madame et Salim, Monsieur part pour trois mois aux Comores. Ce départ était prévu et annoncé. Il a très brièvement investi la relation avec son fils avant son départ.

Après ces cinq premiers mois à l'UHMB, il est convenu avant la sortie de la dyade, qu'elle soit admise à l'HDJ de l'UPP l'*Apatam*, pour consolider le lien mère-enfant travaillé à l'UHMB. A la demande du médecin de l'UHMB, une RPP est organisée. Cette première RPP en septembre 2016, permet que les partenariats se coordonnent. Une demande de Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) financée par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est

faite. Celle-ci travaille autour de la parentalité, accompagne et étaye le parent dans le quotidien, dans ses déplacements. La TISF observe également le lien mère-enfant, comment la mère est avec son bébé, comment elle joue avec lui, *etc.* Cette TISF est mise en place au titre de la prévention. L'équipe s'accorde un temps d'évaluation de quatre mois avant la prochaine RPP pour faire un point. En parallèle se met en place l'hospitalisation de jour à l'*Apatam*, les consultations pour Madame au CMP se poursuivent, et un lien est maintenu avec l'UHMB par une consultation tous les quinze jours.

Pendant cette synthèse il est notamment souligné que les liens mère-bébé restent fragiles et que Madame doit être soutenue dans sa maternité, et la sécurité de Salim garantie. C'est pourquoi une orientation dans un centre maternel, en relais de l'hospitalisation, est travaillée pour offrir un étayage et un soutien à Salim et sa maman.

Actuellement, ils sont hospitalisés trois jours par semaine à l'*Apatam*. Deux passages de TISF ont été mis en place. Ainsi, la semaine Madame et Salim sont encadrés par ces différentes prises en charge mais les week-ends Madame est livrée à elle-même. Depuis sa naissance Salim a toujours été entouré par des professionnels de santé. Quand il se retrouve seul avec sa maman, notamment les week-ends il fait face au vide qu'elle lui renvoie.

5. Information préoccupante

Suite à plusieurs entretiens sur le temps de l'*Apatam*, le médecin et l'assistante sociale sont inquiets (ces inquiétudes sont confirmées par l'équipe de l'HDJ) : depuis le départ du père de Salim, le quotidien de Madame, seule au domicile, est compliqué. Madame présente des difficultés persistantes à prêter attention à Salim et à prendre soin de lui de façon continue, notamment lorsqu'elle se retrouve seule les week-ends avec lui. En effet, à partir de novembre 2016, Madame fait part de ses difficultés. Il y a clairement des risques d'accident domestique. Salim présente également des mouvements d'autostimulation. Je suppose qu'il agit ainsi à cause de l'indisponibilité de Madame. En effet Madame présente une indisponibilité psychique envers son fils, c'est-à-dire qu'elle n'a pas de place psychiquement pour penser à cet enfant et être présente avec lui dans l'ici et le maintenant. Nous pouvons aussi parler d'un manque de malléabilité, en référence au médium malléable, notion apportée par M. MILNER (1979) puis reprise par R. ROUSSILLON (1991), qui vont la rendre peu réceptive aux projections du bébé. Par analogie ce médium malléable présente cinq caractéristiques dont une extrême sensibilité, et une inconditionnelle disponibilité.

Madame est une femme fragile qui a besoin d'être aidée dans sa relation avec son garçon. Elle et Salim sont dans une situation complexe sur le plan psychosocial. Les fragilités et les difficultés présentées par Madame ne lui permettent pas d'être disponible de manière continue

comme l'exigent les soins à apporter à un enfant de cet âge. Les centres maternels n'ont toujours pas la possibilité de les accueillir et il n'est pas possible d'étendre les interventions de TISF le week-end. La situation semble donc préoccupante.

Les éléments inquiétants sont les suivants :

- En dépit d'un soin du lien mère-bébé très conséquent (trois jours par semaine depuis septembre, suivant cinq mois d'hospitalisations mère-bébé à temps plein) Madame peine à l'évidence à assurer de façon stable une attention suffisante à l'égard de son fils, et à mettre en place des rythmes réguliers (alimentation, sommeil).
- Elle souffre de temps à autre de vrais moments d'absence et d'indisponibilité psychique à l'égard de Salim qui réagit par des autostimulations assez préoccupantes : mouvements de tête répétés, brusques mouvements d'hyperextension, conduites d'auto-agrippement.
- Bien que Salim ne présente pas de retard psychomoteur et de troubles relationnels alarmants – ce petit garçon, rappelons-le, fait l'objet d'une attention soignante très conséquente et régulière depuis sa naissance – il est néanmoins régulièrement moins bien, hypervigilant et plus désorganisé dans ses rythmes au retour des week-ends.

Tous ces éléments d'observation conduisent l'assistante sociale et le médecin, après constat de non évolution, à faire une Information Préoccupante (IP) début décembre 2016. Il semble nécessaire qu'un placement provisoire et séquentiel puisse être travaillé de façon contractuelle avec la famille afin de garantir la protection et la sécurité de Salim.

Madame comprend l'IP. Mais nous ne savons pas si elle réalise bien, si elle perçoit le risque, l'inquiétude de l'équipe. Elle est d'accord avec l'IP mais n'est-ce pas simplement pour être d'accord avec l'équipe ? Nous avons la sensation qu'elle n'est pas d'accord avec tout cela, elle semble plutôt ne pas vouloir fâcher l'équipe. De plus, enfant, Madame a déjà été placée, je m'interroge comment cela fait-il écho pour elle, comment le vit-elle ?

Le retour de Monsieur fin décembre 2016 entraîne une réévaluation de la situation. Depuis son retour, ils vivent ensemble mais Monsieur a toujours ce projet que Madame quitte son domicile. Un entretien a eu lieu avec le médecin de l'UPP qui a été le théâtre de leur conflit. Finalement le placement, bien que la démarche ait aboutie, ne s'est pas fait, en raison d'une éventuelle place en centre maternel. Ce changement de situation serait souhaitable au vu de la dégradation du lien avec Monsieur. En effet celui-ci est dur avec Madame, la dévalorisant et lui faisant sans cesse des reproches. Ce qui est travaillé à l'UPP, concernant son rôle de mère, est fragilisé et détérioré au domicile. Pour Madame, étant vulnérable, ce contexte ne lui est pas favorable.

6. Portrait de Madame

Madame donne la sensation dans sa présentation d'être une adolescente. Tout d'abord corporellement, dans sa façon d'être : elle est plutôt hypotonique et nonchalante. De plus elle est de petite taille et ses vêtements ne suggèrent pas l'image d'une jeune femme adulte. Mais elle atteste cette impression, également dans sa façon d'interagir. Elle présente de nombreuses réactions de prestance : elle a des sourires inadaptés, présente une gêne qui se manifeste par des rires lorsqu'on l'interroge. Elle ne se présente pas comme une femme de vingt-sept ans, corporellement et psychiquement.

Dans la façon dont elle se présente, elle montre plusieurs visages : elle est d'une part profondément déprimée et perdue, et d'autre part elle présente un aspect «petite fille», immature, capricieuse, narcissique. En effet ses besoins passent en premier. Elle est négligente vis-à-vis de Salim qui apparaît alors comme un rival. Cette rivalité avec son fils est visible : plutôt que de s'occuper de son garçon, elle est préoccupée de plaire à Monsieur, de le séduire (elle soigne ses cheveux, ses ongles, *etc.*) telle une adolescente.

Lors de la première rencontre avec des membres de l'équipe de l'UPP, elle présente ce premier visage : profonde solitude, grande tristesse, dimension mélancolique, ralentissement psychomoteur, difficultés à élaborer... Elle apparaît ainsi déprimée, imprégnée de son lourd passé. La dépression maternelle se caractérise notamment par une lassitude, une atonie, un ralentissement psychomoteur et une absence psychique maternelle. De plus la mère peut se sentir inadéquate et incapable de s'occuper de son enfant, comme l'a expérimenté Madame avant la naissance. Cet état peut être un facteur de risque particulier pour le développement psycho-affectif de l'enfant. En effet, la dépression maternelle est «susceptible d'entraver spécifiquement la mise en place de bases développementales saines chez le nourrisson»²⁰.

Lors de la deuxième rencontre, avec la présence de Monsieur, Madame n'est pas la même. Sa présentation est différente : la dépression apparaît masquée par une position plus détachée et provocatrice. Cette autre facette, où elle apparaît avec une grande immaturité dans sa relation avec Monsieur, abordant cette histoire amoureuse telle une adolescente boudeuse, constitue une étrangeté. En effet il n'y a pas de lien cohérent entre ces deux présentations. Nous pouvons parler de clivage. Cela peut être un mécanisme de défense psychique qui isole la représentation par rapport à l'affect.

L'équipe de l'UPP a pour objectif de l'accompagner à être mère. Parfois l'équipe porte une fonction autoritaire telle une mère face à l'immaturité de Madame. Son immaturité se traduit alors dans ses négligences, ou des réactions inadaptées envers Salim (morsure).

²⁰ SUTTER-DALLAY A-L. *et al*, 2008, p. 48

Etre mère demande une vigilance constante. En effet un tout-petit est vulnérable et dépendant, et a besoin d'une mère qui veille attentivement sur lui pour le protéger, et répondre à ses besoins. Un bébé, et les soins que cela implique, exigent donc disponibilité et vigilance maternelle. Cette vigilance est fatigante pour Madame. En effet lorsqu'elle accorde son attention à Salim, peu après elle montre des signes de fatigue accrue, comme un effondrement tonique, et présente quelques fois des absences, avec le regard au loin²¹. De plus, la dépression amplifie la difficulté à être présente.

Madame présente un réel manque de confiance en elle dans sa fonction de mère. Son désir de rompre avec sa famille suite aux histoires de négligence, l'a isolée physiquement et psychologiquement. Elle a en effet besoin de protection, d'être maternée, enveloppée, portée. Sa mère ne l'ayant pas elle-même portée et contenue au moment où cela était indispensable pour une construction psychocorporelle solide. Elle en est aujourd'hui fragilisée. Coupée de soutien familial, il y a une grande déception de Madame envers sa famille. En effet elle leur reproche de ne pas prendre soin d'elle, particulièrement sa mère au moment où elle-même devient mère. Sachant que dans son pays au Comores, quand une femme accouche, c'est l'environnement familial qui prend en charge le bébé pendant quarante jours.

Enfin Madame présente des manifestations d'état de stress post-traumatiques : elle fait des cauchemars, source d'insomnie, et présente des reviviscences traumatiques. Cela a pour conséquences des absences. Le traumatisme vécu peut être responsable du fait que Madame n'est pas présente psychologiquement et corporellement. Madame est notamment coupée de ses sensations corporelles : en parallèle un travail est fait en psychomotricité autour de Madame et de ses ressentis corporels pour accompagner le travail de soutien à la relation à son bébé. L'intérêt de ce temps - qui est un temps spécifique à Madame en salle de psychomotricité et autre que celui du groupe *Balasana* - est d'essayer de mieux comprendre son bébé, en décodant ses signes, afin d'être en accordage. Cela en mettant en évidence ce que Madame ressent comme sensations dans son corps afin de renouer avec son corps propre et d'être à l'écoute de soi. Nous l'aidons dans ce travail à travers un contact corporel et des jeux autour du toucher. Dans ce temps spécifique, Madame nous dira que parfois elle ne sent plus ses mains. Dans ces moments où elle est «déconnectée» elle dissocie les informations. Concernant ce mécanisme de dissociation, «il s'agit d'une absence de connexion entre les sensations, les sentiments, les comportements, les souvenirs, la connaissance. Ce manque d'association est une réaction primaire de défense qui permet à l'enfant petit de survivre à des expériences qui sans cela serait insurmontables»²².

²¹ Cf *infra* p.38

²² BONNEVILLE-BARUCHEL E., 2015, p.53

7. Développement psychomoteur de Salim et son lien avec ses parents

Les descriptions suivantes de l'évolution de Salim proviennent à la fois, du compte rendu de l'UHMB, et des séances à l'UPP, sur les temps de consultations et en psychomotricité.

Avril 2016 – un mois

Salim présente une motricité spontanée et une tendance à l'hyperextension. Il est éveillé et en recherche de contact. Les rythmes veilles/sommeil sont réguliers. Il s'apaise facilement.

Madame est triste, ralentie, figée avec un fort sentiment de solitude face à un isolement social important. Le contact est difficile et distant, vécu sur un mode intrusif. Madame décrit le lien à Salim comme complexe, sans plaisir, avec des soins délivrés «par devoir». Il y a peu de préoccupation maternelle authentique²³. Elle présente clairement des difficultés d'investissement maternel. Elle a un fort sentiment d'être «jugée» par son enfant, face à des expressions faciales de gêne ou de mal-être de la part de Salim. Elle exprime la crainte de ne pas aimer cet enfant. Mais elle ne présente pas de gestes hétéro-agressifs envers Salim.

Mai 2016 – deux mois

Au niveau du développement psychomoteur, Salim ramène sa tête à la manœuvre du tiré-assis mais la maintient seulement brièvement. Il émet quelques sons. Il peut sourire à sa mère en face à face. Mais Salim reste relativement renfermé sur lui-même, il a peu d'interactions avec des expressions peu harmonieuses. Il présente des difficultés à supporter l'interaction rapprochée.

Madame se montre très en retrait dans un premier temps avec beaucoup d'évitement du regard. Puis petit à petit, elle est plus à l'aise dans les premiers soins.

Juin 2016 – trois mois

L'évolution de Salim n'est pas rassurante, il y a une discontinuité dans ses capacités : son regard est difficile à capter ; Il n'y a pas de coordination pied-main-bouche ; L'hémicorps gauche n'est pas investi.

Le lien de Madame avec Salim est aussi marqué de discontinuité : il y a de nombreux lâchages psychiques. Mais il s'est toutefois amélioré par rapport au vide initial. Madame s'investit progressivement dans la relation avec Salim, avec des préoccupations centrées autour de l'attachement que peut avoir son fils envers elle. Cela est notamment lié au fait qu'elle craint d'être une mère toxique. L'anxiété d'être une mauvaise mère, ainsi que son fils se sente abandonné, est récurrent. Salim peut parfois se retrouver dans une position d'objet de réassurance face aux angoisses de Madame.

²³ Cf *infra* p.43

Juillet 2016 – quatre mois

Salim est un bébé souriant. Il se retourne du dos au ventre. Il attrape et porte à sa bouche ses pieds. Il vocalise, il regarde ses mains. Mais il présente souvent une hyperextension. Il n'a pas beaucoup d'échange avec sa maman au niveau des regards. Salim a été hospitalisé quarante-huit heures en neuro-pédiatrie pour une évaluation de mouvements anormaux. L'examen clinique s'est révélé normal.

Madame apparaît déprimée. Elle présente de façon récurrente une fatigue et un désinvestissement relationnel. Elle a des difficultés à identifier les besoins de son fils. Elle semble adhérer au projet de sortie et à la perspective d'un centre maternel et souhaite une vie de couple avec Monsieur. Mais Monsieur n'envisage pas de vivre de façon pérenne avec Madame. Cela est sujet de discorde au sein du couple.

Août 2016 – cinq mois

Salim présente un contact beaucoup plus harmonieux et adapté, il est très souriant et présent. Il poursuit ses retournements dos/ventre qui sont complets et harmonieux. Il tente de ramper sur le ventre. Il attrape ses pieds sur le dos avec désormais une bonne coordination main-pied-bouche. Ainsi son schéma corporel se construit. Il manipule les objets et est intéressé par l'exploration de son environnement. Le développement psychomoteur semble de qualité pour l'instant. Il est très attentif au climat entre ses parents.

Madame se montre plus à même de s'occuper seule de Salim, avec des gestes et soins adaptés envers son fils.

Septembre 2016 – six mois

Salim est capable d'être très attentif et très souriant. Il est plutôt bien éveillé. Il repousse bien le sol pour se retrouver en quatre patte avec l'aide de la psychomotricienne. Il y trouve du plaisir, il a un regard circulaire. Ses interactions sont bonnes. Mais dans les moments sans stimulations ni sollicitations, il présente des mouvements d'autostimulation tel que des mouvements de tête gauche/droite et des auto agrippements au niveau du ventre. Lorsqu'il se tourne vers son père, celui-ci lui répond en le regardant et en le touchant (main, visage). Monsieur investit sur une courte période la relation avec son fils. Salim n'a pas de rythme régulier veille/sommeil. Il n'a pas de rythme régulier pour le repas non plus.

Il est rappelé à Madame de ne pas mettre Salim assis. En effet, dans le développement du tout-petit, dans le cadre d'une conception de la motricité libre, il est préconisé de ne pas asseoir l'enfant avant qu'il en soit capable par lui-même. Cela a pour but de respecter le rythme de l'enfant, dont la maturation neurologique et le développement psychomoteur se font par étape. Cela est également pour favoriser la confiance en soi et l'autonomie. Il est aussi préconisé que Madame parle à son enfant. Elle est d'accord même si elle ne sait pas très bien quoi lui raconter.

C'est le temps de l'admission à l'*Apatam*. Pendant ce mois de septembre est aussi réalisé par la psychomotricienne le bilan psychomoteur²⁴.

Octobre 2016 – sept mois

Salim se retourne lorsque sa mère l'appelle par son prénom. Il est très présent et a des sourires-réponses très riches. Il est attentif aux adultes qui l'entourent. Il babille beaucoup, module sa voix avec une prosodie très riche. Il peut parfois s'effondrer et pleurer s'il ne se sent pas suffisamment rassuré. Il est souvent à l'initiative dans la relation avec sa maman, il l'interpelle et déploie beaucoup de moyens pour attirer son attention. Sa détresse liée à la solitude s'exprime ainsi par des autostimulations (balancement, bruit de gorge, gestes répétitifs). Ce langage corporel pour appeler «à l'aide» l'enferme. Il se construit une enveloppe pour se protéger du vide, de l'absence d'émotion, qui lui est insupportable en tant que bébé.

Madame a des difficultés à s'ajuster à son fils et à être en accordage. La discontinuité est sûrement liée à la dépression et à son passé traumatique : elle est entravée par ses propres préoccupations et angoisses, ce qui l'empêche d'être dans la réalité avec Salim.

Le groupe *Balasana* est proposé à Madame et Salim, pour poursuivre le travail du lien mère-bébé.

Novembre 2016 – huit mois

Salim passe de la position ventrale à la position assise, seul. Il poursuit les retournements et repousse avec les pieds, il est proche du stade correspondant au passage en quatre pattes. En effet Salim a bien été mis au sol par sa maman, comme l'encourage et lui recommande l'équipe de l'*Apatam* et la psychomotricienne. Ainsi il approfondit son exploration des niveaux d'évolution motrice²⁵, et en explore de nouveaux. Son équilibre est encore précaire mais il prend plaisir dans le redressement assis. Il vocalise beaucoup. Salim est un enfant sociable, joyeux, avide de découvrir, de jouer et d'aller vers les autres.

Madame est en difficulté pour accorder une attention soutenue à Salim. La continuité des soins qu'elle peut lui apporter est alors mise à mal.

Décembre 2016 – neuf mois

Salim est intéressé par les jouets et intrigué par le groupe d'adultes à côté de lui. Il fait beaucoup de jeux de bouche et de voix. Il met également beaucoup les jouets en bouche. Il expérimente les postures en passant de l'une à l'autre de nombreuses fois : assis, plat ventre, plat dos. Il fait du quatre pattes. Il est compétent dans ce qu'il déploie sur le plan moteur. Salim semble non loin de se mettre debout en appui. Il y a eu notamment un redressement complet

²⁴ Cf annexe 1

²⁵ Ils correspondent aux enchaînements moteurs que suit l'enfant dans son évolution motrice. Ils sont constitués par une succession de redressements, de maintiens, d'enchaînements et de déplacements depuis la position allongée sur le dos jusqu'à la station érigée et la marche.

avec de bons appuis plantaires. Il envahit un peu tout, le temps, l'espace, les interactions. Il est capable d'appeler sa maman quand il a besoin de son attention.

Le médecin annonce l'IP qui préconise un accueil de Salim séquentiel le week-end. Madame a adressé un courrier confirmant sa demande de soutien en journée. Monsieur est de retour. Le lien conjugal est mis à mal avec des disputes quotidiennes : chacun semble continuer à faire porter sur l'autre la responsabilité de l'échec d'une vie commune. Monsieur réfléchit à la suite en prenant acte de cette impossibilité. Madame observe que Salim a peur de son père.

Janvier 2017 – dix mois

Salim se déplace beaucoup, il se met désormais debout et tente de maintenir un équilibre. Il est capable de passer par la posture accroupie pour s'asseoir. Il est également capable d'avancer en poussant un chariot de marche.

Madame est en mesure de consoler Salim lorsque celui-ci est apeuré. Ce dernier montre un réel attachement. Madame investit son rôle maternel et notamment la figure d'attachement qu'elle représente pour Salim. Elle évolue de façon favorable dans la relation à son fils, par rapport aux premiers mois où la relation était très fragile et discontinuée.

Février 2017 – onze mois

Salim a besoin de se réassurer auprès de sa maman. Il se tient debout et son équilibre est de plus en plus stable. Il fait ses premiers pas. Madame en est très fière. C'est aussi une période où Madame apprend à poser le «non» à Salim.

Madame a considérablement évolué dans son lien à Salim. Désormais elle s'adresse à lui, le regarde et y est attentive. Elle a progressé dans la perception et la lecture des signes de Salim, elle s'adapte à ses besoins et y répond de façon assez juste et appropriée.

III. Les séances du groupe *Balasana*

Concernant cette partie, je décris douze séances vécues dans le groupe *Balasana*. J'apporte à la suite de chacune une analyse et des éclairages théoriques. Les séances décrites se déroulent de novembre 2016 à février 2017.

Salim fait partie de ce groupe avec deux autres dyades et une triade que je vais vous présenter. En effet, Salim étant parfois en interaction avec eux dans le cadre du groupe, je serai amenée à en parler.

Il y a tout d'abord un petit garçon, que nous appellerons Ibrahim, et sa maman. Il est né en août 2015 et est d'origine Mauritanienne. Ibrahim est le dernier d'une fratrie de trois garçons. Le cadet présente des troubles du spectre autistique et demande beaucoup d'attention à la maman. Celle-ci avait une relation très fusionnelle avec lui et cela laissait peu de place pour un troisième enfant. Dans les premiers mois de vie d'Ibrahim, la maman avait des difficultés à centrer son attention sur ce nouvel enfant. La maman plutôt passive présentait un manque d'initiative et de stimulation envers son bébé qui en avait pourtant grandement besoin. Les interactions étaient pauvres : peu d'échange de regards, peu de paroles adressées, le portage était peu contenant et même lâche. Une hospitalisation à l'*Apatam* est proposée et l'admission se fait en février 2016. La maman est investie au sein de cette prise en charge. Petit à petit le lien est de meilleure qualité. Ibrahim a des échanges avec sa maman qu'il interpelle. Puis en juin 2016 est envisagé l'arrêt de l'*Apatam*. Le groupe *Balasana* est alors proposé fin juin 2016 au dix mois d'Ibrahim pour une continuité des soins et poursuivre ce travail autour du lien, en aménageant du temps pour soutenir la relation. L'indication de ce groupe pour cette dyade, a été envisagé pour que cette maman, désormais bien en lien avec son fils, ait un moment partagé seulement avec Ibrahim. Il s'agit ainsi de redonner une place à ce dernier enfant. Le père est venu quelque fois. Ibrahim participe au groupe depuis maintenant plusieurs mois, il profite beaucoup du massage que sa maman pratique aussi à la maison.

Ensuite il y a une petite fille, que nous appellerons Charlotte, et sa maman. C'est une petite fille née aussi en août 2015 et dont la maman est d'origine portugaise. Celle-ci a une première fille âgée de huit ans. Elle a eu une deuxième grossesse qui a été interrompue médicalement à cinq mois et demi pour trisomie 21. Puis elle a eu une troisième grossesse donnant naissance à Charlotte. Cette maman manifeste une grande anxiété et une dépression. Elle s'inquiète alors beaucoup pour Charlotte qui très vite présente des problèmes autour du sommeil et de l'alimentation. Cette maman présente ainsi une faille narcissique importante. Elle est persuadée de ne pas être une bonne mère pour Charlotte, n'étant pas disponible pour celle-ci. Il y a aussi une angoisse de séparation. Elle est demandeuse d'aide. *Balasana* est alors indiqué pour cette dyade en difficulté en avril 2016, aux huit mois de Charlotte. Ce groupe est proposé comme un

temps de disponibilité et de partage mère-enfant et pour permettre également un accordage sur le plan corporel. En effet Charlotte était peu sollicitée et présentait un retard dans son développement psychomoteur (à neuf mois elle ne se retournait pas encore du dos sur le ventre et du ventre sur le dos). La maman est inquiète à l'idée de la toucher et de la mobiliser. Ainsi *Balasana* peut aider à cette relation corporelle entre cette mère et sa fille. *Balasana* peut aussi permettre de narcissiser cette maman dans ses capacités maternelles. Après plusieurs mois, avec un ensemble de prises en charge régulières (psychologue, visite à domicile, *Balasana*) le lien est plus apaisé. Charlotte communique, elle fait des demandes. Le développement de Charlotte est satisfaisant, il n'y a plus de difficulté de sommeil et d'alimentation. Sa maman est fière de ses progrès. Cette maman qui est en difficulté pour identifier ses propres désirs et ceux de Charlotte est plus attentive aux expressions corporelles et orales de sa fille. Elle est aussi plus disponible. *Balasana* est un moment agréable pour toutes les deux, à partir de septembre la maman veut poursuivre mais moins souvent : elles viennent alors une semaine sur deux.

Enfin il y a un second garçon, que nous appellerons Arthur, et ses parents. Il est né en mai 2016. Les parents sont tous les deux suivis en psychiatrie. Lui est psychotique et elle, présente un état limite. Ils sont reçus à l'UPP assez tôt, vers quatre mois de grossesse. Ces parents fragiles sont reçus régulièrement en prévention pour soutenir la relation avec leur futur enfant. Arthur passe ses trois premiers mois dans une Unité Mère Bébé (UMB) avec sa maman. L'accompagnement se poursuit à l'UPP. Ils sont admis à l'*Apatam* début juillet 2016. Il y a beaucoup de conflits au sein du couple. Le père était très en retrait au début, ayant peu confiance en lui, ce que la mère ne favorisait pas en lui laissant peu de place. Celle-ci s'inquiétait beaucoup au début et posait de nombreuses questions à l'équipe soignante. Elle avait ce besoin de réassurance. Elle se comparait à d'autres mères alors qu'elle s'ajuste spontanément à Arthur et de manière adaptée. La séparation est difficile pour cette maman. Il y a un besoin d'étayage auprès des deux parents. *Balasana* est proposé à cette triade ; les parents en accord commencent le groupe en octobre 2016. Madame est en effet demandeuse d'une médiation par le massage, mais l'indication est pour renforcer ce lien travaillé à l'*Apatam*. C'est aussi un outil de plus pour décoder les signes d'Arthur. Enfin il s'agit également de partager un moment de plaisir avec leur garçon. Les parents massent Arthur chacun leur tour, d'une séance sur l'autre. Le lien notamment avec le père se met en place au fur et à mesure, celui-ci a plus confiance en lui, il prend sa place de père. Le temps sur l'*Apatam* est diminué, allant vers un arrêt progressif. Une prise en charge en ambulatoire est envisagée car Arthur et ses parents vont bien.

1ere séance – Sept mois et seize jours

Salim participe au groupe *Balasana* pour la première fois avec sa maman. Ce premier groupe se passe plutôt bien pour lui. Sa maman masse l'ensemble de son corps (ventre, dos,

jambes, bras). Elle initie de bonnes choses comme notamment les étirements qui sont une technique de massage traditionnels d'Afrique. Pourtant elle nous dira qu'elle n'avait jamais fait auparavant ce type de massage. Madame jette beaucoup de regards vers la maman de Charlotte qui vient au groupe depuis longtemps et connaît bien le dispositif.

Revenons à Salim : il est détendu et semble aimer. En effet il fait beaucoup de sourires, il babille un peu pendant le massage. Malgré une hyperextension postérieure au début, il est très réceptif. Son attention se porte notamment vers Charlotte qu'il regarde beaucoup. Ainsi mère et enfant sont accroché par le regard à cette autre dyade, plus expérimentée. Puis madame, fatiguée, se lasse, arrête le massage et dit «c'est fini». Cette interruption de la maman la coupe de la relation à son bébé. En effet, en ne le massant plus, elle ne le regarde plus et ne se préoccupe plus de lui. La psychomotricienne verbalise en questionnant sur ce qui se passe. Je constate que Madame ne sait plus quoi proposer et désinvestit alors ce temps. Nous passons à l'enveloppement qui se passe bien. Après avoir été au sol, Salim est calme dans les bras de sa maman, regardant beaucoup autour de lui.

Madame dira qu'elle a juste mis de la crème et voit cela comme une obligation et non un partage avec son bébé. Il y a là un réel travail à faire concernant l'investissement de la relation entre cette mère et son bébé. Pendant le temps de reprise Salim appelle sa maman qui ne le voit pas et ne le regarde pas. Madame ne sait pas si Salim a aimé. Sa posture montre qu'elle semble fatiguée, en effet elle s'effondre toniquement, avec une chute de la vigilance.

Ce premier groupe pour cette dyade m'évoque quelque chose d'assez «brutal» : une maman qui exécute, qui ne voit pas l'intérêt de ce temps, qui ne prend pas de plaisir. Elle n'est pas à l'écoute de son bébé, il y a un automatisme des gestes qui se retrouvera aussi plus tard. Pourtant le toucher-massage a pour but de favoriser la communication entre mère et bébé. Cela par un dialogue tonico-émotionnel. Mais Madame y est peu sensible, ne comprenant pas cet espace interrelationnel qui permet l'échange avec son fils.

C'est H. WALLON (1949) qui parle en premier de dialogue tonico-émotionnel²⁶, notion qui sera reprise par J. DE AJURIAGUERRA (1962). «H. WALLON met en évidence le lien entre tonus et émotion et souligne l'importance de cette relation "tonico-émotionnelle" dans les interactions mère-nourrisson»²⁷. J. DE AJURIAGUERRA parle lui, de dialogue tonique²⁸. Il souligne la fonction du tonus dans la communication interhumaine. Il s'agit d'un «prélude au dialogue verbal, par des ajustements corporels interactifs et une communication affective, à travers un instrument total : le corps»²⁹. C'est par le portage et le toucher que s'inscrit dans le corps une communication émotionnelle primaire à travers laquelle l'autre soutient l'équilibre

²⁶ WALLON H., 1949

²⁷ GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., 2007, p.101

²⁸ AJURIAGUERRA J. DE., ANGELERGUES R., 1962

²⁹ VAIVRE-DOURET L., 2003, p.117

tonique. J. DE AJURIAGUERRA a appelé ce niveau premier de relation le dialogue tonique. Enfin «le dialogue tonique est donc important dans le développement psychologique de l'enfant, car il s'inscrit au plus profond des corps pour tisser les premières interrelations»³⁰.

Ce groupe *Balasana* est un lieu pour écouter et transmettre, un lieu d'échange et de relation entre la mère et son enfant. *Balasana* nous permet d'apprécier la qualité de ce dialogue tonico-émotionnel entre les dyades participantes, et de permettre d'ajuster ce qui est inadapté ou soutenir ce qui est défaillant. Cela concerne pleinement Salim et sa maman qui par leurs échanges relationnels et toniques expérimentent ce dialogue infra-verbal. Il est important de donner sens à cela, d'aider Madame à l'habiter. Lorsque Madame désinvestit le massage, et interrompt le dialogue, nous cherchons à la soutenir dans sa relation à Salim et à l'aider à renouer ce lien avec lui.

2^e séance – Sept mois et vingt-trois jours

Salim est très détendu et montre qu'il apprécie le massage : il babille et tape des mains. Madame fait un massage lissé avec des étirements, la maman d'Ibrahim expérimentée dans le massage, lui montre comment faire. La psychomotricienne propose en effet, à la maman d'Ibrahim de montrer à Madame qui dit ne pas savoir. Sur imitation de cette maman, Madame fera aussi des percussions corporelles que Salim découvre et aime beaucoup, on le voit en effet très attentif. C'est un beau moment d'échange où une maman transmet à une autre maman. C'est en effet un des intérêts de *Balasana* : la dyade reçoit et partage avec les autres. Tel un cocon familial imprégné de cultures africaines, il y a un partage du massage entre les mamans. Cela apporte une plus-value à notre dyade en la réinscrivant dans des repères culturels qui lui sont propres.

Mais revenons à Salim. La psychomotricienne, comme convenu en temps de reprise entre nous, a beaucoup pointé les moments de plaisir et de détente de Salim à Madame, afin de l'aider à percevoir les signes manifestes de son garçon et comprendre ce qu'ils signifient. Mais malgré cet accompagnement, elle ne les perçoit pas du tout. Pourtant Madame masse très bien. Elle fait un massage du visage très adapté avec pouce et pulpe des doigts. Salim est capable de montrer qu'il aime peu. Cela, Madame le décrypte et le repère bien.

Au début de l'enveloppement Salim «râle» un peu puis se calme quand Madame se met à chanter. A ce moment-là, Ibrahim est très attentif à ce qui se passe et regarde intensément la dyade en question. Ce fut un beau moment apaisé entre mamans et bébés, que nous avons ressenti nous-mêmes. L'émotion était palpable. Ce moment a été fédérateur pour le groupe sachant que c'était la première rencontre entre Ibrahim et Salim.

Après avoir questionné la maman de Salim sur les signes qui lui indiquent que son bébé aime ou non, avec un étayage important, elle reconnaît les moments où son fils a moins aimé et

³⁰ *Ibid*, p.147

où il était gêné (à savoir le massage du visage et l'enveloppement). C'est une première étape dans le travail engagé avec Madame et Salim.

La qualité du toucher est importante : il doit être englobant afin de donner au bébé l'expérience d'un «corps plaisir» unifié. Il vaut mieux rester en contact avec le corps de l'enfant afin de ne pas introduire de ruptures qui pourraient être angoissantes pour lui. De plus garder un contact permanent avec le corps du bébé donne au toucher-massage un caractère enveloppant, qui va donner à l'enfant un sentiment de sécurité et d'unité.

Salim est très réceptif au toucher de sa maman. Cependant celle-ci perçoit difficilement ses réponses. Les signes et le langage corporel de Salim sont probants mais cela n'est pas évident et ne prend pas sens pour madame. L'étayage est nécessaire. Il consiste notamment en un accompagnement verbal.

Salim commence à se différencier et à l'exprimer. Il reste en lien avec sa maman, tout en se différenciant, pour être individu avec ses propres affects. «Cette première relation à soi – cohésion sujet/enfant et objet/mère –, que Winnicott appelle parfois la relation à un, est une étape psychique essentielle pour créer ensuite la relation à deux, la relation à la mère en tant qu'individu différencié de soi. Le bébé est alors mûr pour aborder la relation à trois qui inclut le père»³¹. La relation à un, puis ensuite la relation à deux pour arriver à la relation à trois, est un processus vers l'individuation, dans lequel s'inscrit Salim.

Entre six et neuf mois, «l'enfant est devenu capable de manipuler mentalement des représentations qu'il a intériorisées. Cette capacité est liée au développement du modèle interne opérant qui différencie nettement à ce stade les représentations de la figure d'attachement des représentations de soi dans un contexte de détresse»³². L'enfant a conscience que ses comportements peuvent être différents de celui de l'adulte. Il n'est plus dans ce rapport de fusion avec la mère, mais dans un processus d'individuation par l'intégration de ses représentations propres, différentes de celles de sa figure d'attachement. Cela particulièrement dans une situation insécurisante.

Ainsi, compte tenu de cette théorie, je suppose que Salim, de par son âge et ses réponses intentionnelles aux stimulations de sa maman lors du massage, est dans ce processus de différenciation. Salim semble en effet se différencier de sa maman tout en gardant ce besoin profond de sécurité interne. Sa maman a ce rôle de répondre à ce besoin, accompagnant ce processus de différenciation vers l'individuation.

³¹ LEFEVRE A., 2012, p.17

³² GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2002, p. 74

3^e séance – Sept mois et trente jours

Salim est très calme, il semble savoir qu'il va être massé et qu'il aime cela. En effet il fait de nombreux sourires, tape dans ses mains. On voit qu'il est déjà détendu, la psychomotricienne le souligne à Madame qui ne le voit pas vraiment d'elle-même. Elle commence le massage à sa façon et Salim aime. Elle fait notamment des percussions corporelles et Salim pose sa tête, il apprécie. La psychomotricienne questionne Madame «est ce qu'il aime ?». Avant de répondre elle sourit et rit comme gênée, puis nous dit qu'elle ne sait pas. Elle fait également des étirements bras/jambes et très spontanément Salim se met à rire aux éclats. A nouveau, la psychomotricienne questionne Madame, «est ce qu'il aime ?» Elle répond oui. Pendant le massage Madame n'est pas centrée sur son bébé, elle jette beaucoup de regards ailleurs, vers les autres dyades et finit par dire avoir tout fait. En attendant les plaids pour l'enveloppement, elle embrasse Salim, elle est alors davantage en lien avec son bébé.

Pendant l'enveloppement Salim est calme et observe beaucoup. Puis il commence à s'impatienter, Madame le prend dans ses bras et chantonne doucement ce qui apaise Salim. Puis elle s'arrête, la psychomotricienne l'invite à continuer. Elle l'embrasse à nouveau.

Pendant le temps de la reprise tous ensemble, Salim semble à nouveau détendu, le regard au loin.

Nous remettons à Madame la photo prise lors d'une séance précédente. En effet parfois, la psychomotricienne propose de prendre en photo la maman et son bébé pour un souvenir de ce temps plaisant. Madame est assez réticente à cette initiative prise dans le cadre du groupe Balasana, mais accepte. En effet elle n'aime pas être photographiée même avec son fils qu'elle trouve, selon elle, «banal». Je reviendrai ci-après sur cet aspect. Entre deux photos elle choisit celle qui paraît la moins bien : sur l'une elle regarde l'objectif, sur l'autre elle baisse la tête et nous ne voyons pas son visage. C'est cette dernière, où on la voit moins bien, qu'elle choisit de conserver.

Madame est absente dans la continuité du lien à son bébé, je suppose que la cause est une indisponibilité psychique liée à son histoire traumatique.

Concernant le traumatisme, l'individu est blessé psychiquement, «c'est-à-dire présentant des symptômes d'une souffrance psychique plus ou moins grave dans les suites, à court, moyen et long terme d'un évènement»³³. Le traumatisme est donc lié à un évènement qui a laissé des traces au niveau psychique. «Le traumatisme psychique est alors plutôt un stress dépassé. Il revêt un caractère radical d'effraction de l'appareil psychique que l'on peut qualifier par la métaphore de la déchirure, ce qui suppose l'absence de réaction d'adaptation possible, les symptômes étant alors la conséquence directe de cette déchirure»³⁴. Madame subit cette

³³ DELAGE M., 2003, p. 418

³⁴ *Ibid*

«déchirure» psychique, à travers les répercussions de maltraitance et abus vécus durant son enfance. Madame est présentement ailleurs : elle a le regard dans le vague, est préoccupée par une idéation... d'où la discontinuité.

Mais elle a tout de même des élans de l'ordre d'une pulsion de vie. «La pulsion est le nom donné à la puissante poussée biologique qui va et vient dans la vie de l'enfant, petit ou grand et qui exige l'action»³⁵. Ainsi la pulsion anime la vie de l'être humain, quel que soit son âge. Cette pulsion de vie plonge Madame au cœur de la relation avec son bébé. Elle lui donne alors l'attention dont il a besoin (elle l'embrasse, le berce en chantant). Le vécu de cette maman alterne ainsi entre présence et absence.

4^e séance – Huit mois et treize jours

Salim est très calme et disponible. Madame, de son côté, est plutôt apathique et difficile à mobiliser. Toutefois le geste du massage est parfait. Je suppose que la qualité et la présence du toucher de la maman est en partie influencée par l'expression des mains qui l'ont touchée de façon bienveillante, étant enfant et dont son corps garde la mémoire.

Madame mobilise avec douceur Salim et lui propose différentes positions, qu'il accepte. Elle s'adresse alors à lui et lui demande «ça va ?» et Salim éclate de rire. Madame repère très bien que Salim se sent bien. Elle, en revanche, semble fatiguée.

Lors de l'enveloppement, il y a un réel plaisir entre eux qui dure, Salim observe beaucoup sa maman. Il a malgré tout quelques mouvements d'autostimulation.

La psychomotricienne propose de faire une photo, Madame accepte. Mais elle ne souhaite pas la conserver bien qu'elle soit réussie.

L'état physique et psychique de la mère a des répercussions sur l'enfant. En effet celui-ci perçoit très bien les changements de son environnement qui correspond en tout premier lieu à la mère selon D.W. WINNICOTT (1958). L'accordage semble, dans un premier temps, ne pas être au rendez-vous, Salim étant disponible et sa maman étant apathique. J'ai évoqué l'état de fatigue de Madame, contrastant avec un petit garçon rieur et conciliant.

«Il y a en effet un principe vital dans chaque bébé, une étincelle de vie, un potentiel créateur, mais il est nécessaire que l'entourage assure la continuité – des soins psychoaffectifs et nourriciers – après la naissance, afin que le nourrisson ait le sentiment d'exister. Ainsi les processus naturels ont-ils besoin de bénéficier d'un environnement protecteur et sécurisant pour se développer»³⁶.

³⁵ WINNICOTT D.W., 1990, p.57

³⁶ LEFEVRE A., 2012, p.17

Il est important que Madame, malgré ses difficultés liées à son histoire personnelle, constitue cet environnement sécurisé pour Salim. Cela afin d'assurer sa conviction de continuité d'existence et de développer son potentiel.

Pourtant malgré son état de fatigue, Madame puise des ressources et parle à son bébé. Elle décrypte de mieux en mieux les signes que montre Salim. Sa lecture est de plus en plus juste. Le plaisir commence à être partagé dans la relation.

Concernant la photo, il est intéressant de s'interroger sur l'image qu'a cette maman de son fils. Comment Madame se représente son enfant ? Comment le porte-elle psychiquement ? Quelle image lui accorde-t-elle ? La maman de Salim a un rapport à l'image particulier. Le fait qu'elle refuse de conserver les photos qui semblent les mieux réussies peut être en lien avec sa culture. En effet, dans la culture africaine, il n'est pas habituel de complimenter la maman sur son bébé, de peur d'attirer le «mauvais œil». Ainsi la maman de Salim ne trouve pas son garçon beau mais «banal» et ne privilégie pas la beauté sur les photos. Empreinte de cette culture et de ces représentations, elle a une image de son fils plutôt dévalorisante, ceci pour le protéger. Mais cela semble avoir des répercussions sur son portage psychique, lié d'une part à ses difficultés personnelles et d'autre part à sa représentation culturelle. Cela peut conduire à de la négligence. L'image du corps, comme le schéma corporel, trouvent leur base d'édification dès la naissance voire même avant, et sont en perpétuel remaniement pendant la vie de chaque être. Mais surtout, ce qui me semble important est le fait que ces intégrations soient rendues possibles grâce à la relation entre l'enfant et sa mère (ou l'entourage). Cependant si le regard que porte la maman sur son enfant est négatif, je suppose que cela a un impact sur l'image du corps de l'enfant. Car d'après F. DOLTO (1984), l'image du corps est la représentation inconsciente du sujet dans sa relation à lui-même et à l'autre.

5^e séance – Huit mois et vingt jours

Madame semble ailleurs, déjà dans la salle d'attente elle n'est absolument pas présente psychiquement (et cela se verra sur la journée entière). Salim avant même le début du massage rit aux éclats. Cela nous questionne, est-ce pour attirer l'attention que sa mère ne parvient pas à lui accorder ? Est-ce pour se sentir vivant face à ce vide que lui renvoie sa mère ? Madame le masse comme à son habitude, avec du lissage, des percussions corporelles, des étirements. Salim est détendu et apprécie le toucher de qualité de sa maman, il vocalise. La puéricultrice souligne ces moments de bien-être de Salim à Madame qui confirme. Mais nous nous interrogeons si sa réponse positive n'est pas seulement pour nous faire plaisir. Il y a un automatisme du massage et Madame lâche Salim psychiquement dans les moments de transition. Le contact physique peut donc être de qualité mais s'il n'y a pas ou peu de lien psychique, le bébé le ressent et peut le vivre comme angoissant. Salim a quelques interactions avec Ibrahim, c'est leur deuxième rencontre et ils échangent beaucoup de regards.

L'enveloppement est un très bon moment pour Salim qui est calme, posé, attentif. Il est blotti dans les bras de sa maman et semble bien. En effet sa maman le contient bien, elle le porte physiquement mais aussi psychiquement à cet instant. Ils resteront ainsi un long moment. La psychomotricienne questionne Madame si elle sent le poids de Salim dans ses bras et ce que cela signifie. Mais elle ne le perçoit pas.

Lors du temps de reprise Salim commence à aller à la découverte, et quitte ainsi les jambes de sa maman. Madame le vit sans émerveillement particulier, elle semble imperturbable.

Les lâchages psychiques peuvent s'expliquer par les reviviscences d'un traumatisme. Dans le cas de cette maman, il y a une rupture évidente du lien à l'autre, et cette rupture s'exprime notamment au niveau de ses sensations corporelles : par exemple, elle perd les sensations dans les mains³⁷ (il s'agit d'une forte dissociation entre ses sensations corporelles et ses représentations). Pourtant son toucher est juste et sa perception aussi. Mais cette dernière semble altérée dans ces moments d'absence : Madame ne perçoit pas le poids de son bébé lié à la détente qui est pourtant un élément concret. Ce vide psychique qu'elle manifeste est ressenti par son bébé. Il est face à une vacuité malgré un toucher sensible et de surcroît de qualité.

Je constate que Salim s'éloigne de sa maman et va explorer l'inconnu. C'est en effet un petit garçon curieux et avide de découvertes. Il part explorer puis revient vers sa maman pour ensuite repartir.

«à partir de six mois, les capacités d'exploration se développent exponentiellement. L'exploration amène l'enfant à s'éloigner de sa figure d'attachement, la distance qu'il peut tolérer avec celle-ci est un nouveau signal qui va activer les comportements d'attachement. L'enfant prend en compte cette distance ; il va partir explorer quand il se sent en sécurité et va revenir vers sa figure d'attachement s'il s'en sent trop éloigné pour repartir ensuite. C'est ainsi que l'on définit le phénomène de "base de sécurité"»³⁸.

Cette capacité à quitter sa mère et à la retrouver est liée à un attachement sûr que Salim a développé et qui lui permet de se différencier pour se détacher. Sachant que «la qualité de l'exploration est liée à celle de l'attachement»³⁹.

6^e séance – Huit mois et vingt-sept jours

Le massage de Salim se déroule comme d'habitude sur toutes les parties du corps avec pour la première fois des pressions. Celles-ci sont accompagnées verbalement : en pressant la partie du corps de son bébé, la maman murmure «je serre fort fort fort... et je relâche», tout en

³⁷ Cf *supra* p.27

³⁸ GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2002, p. 73

³⁹ *Ibid*

réalisant ce qu'elle verbalise. Madame accompagne ses pressions d'une toute petite voix. Salim est peu en lien avec sa maman, ayant très peu de regards à son attention. Mais Salim a de bons moments de détente, il me semble qu'il prend le «physique» mais pas de «psychique».

Madame dit que c'est plus difficile aujourd'hui. En effet Salim en grandissant est plus exigeant : il précise plus ses envies et manifeste mieux ses attentes. Madame peut moins «en faire ce qu'elle veut». Il grandit et elle doit s'adapter à cela. Concernant le massage du visage, nous vivons les choses comme s'il fallait absolument qu'elle «étale» la crème. Cela comme si l'intérêt de ce groupe et donc du massage était d'hydrater la peau de son bébé plus que de partager ensemble un temps privilégié. La psychomotricienne rappelle à Madame, les objectifs du groupe.

Nous parlons d'un projet de filmer une séance. La réalisation d'un film est un projet qui s'inscrit dans le cadre du groupe *Balasana* ; il a déjà vu le jour pour le groupe avec d'autres petits patients et leurs parents, suite à la demande des parents, il y a deux ans. Les parents appréciaient le temps du massage mais regrettaient de ne pas se voir faire. A partir du désir de ces parents d'avoir une vision d'ensemble du groupe, a émergé un film. Ensuite un temps a été prévu pour le visionner avec les dyades concernées. Le renouvellement de ce projet pour le groupe actuel nous a paru pertinent et opportun. Lors de la proposition au groupe, tous les parents ont réagi positivement et ont semblé enthousiastes à ce projet, sauf la maman de Salim. En effet elle n'est pas très à l'aise avec cette idée mais ne le fait pas comprendre clairement : elle dit sa résistance à demi-mot. Sa réserve voire sa méfiance au sujet du film me renvoient à nouveau à la question de l'image, qui semble être une réelle problématique chez elle. Nous avons entendu son hésitation et lui laissons le temps de réfléchir, de mûrir sa décision.

Salim ayant perçu la défaillance psychique de sa maman, le manifeste en étant peu en lien avec elle, notamment en la regardant peu. Je suppose que c'est parce qu'il ne trouve rien ou peu de chose quand il la regarde. En effet, Madame regarde en général peu son fils. D.W WINNICOTT (1975) parle de l'importance du rôle du visage de la mère comme miroir. «Le regard apparaît dans la période néonatale comme le déclencheur de lien affectif entre la mère et le bébé. En outre, la modulation permanente du visage de la mère est fonction de ce qu'elle perçoit de son bébé. Elle peut lui communiquer ainsi par son regard ce qu'elle a perçu de lui. Ce regard mutuel facilite la constitution de l'image de soi et du nourrisson»⁴⁰. Ici Salim ne semble pas se voir dans son regard tel un miroir. Il paraît ne pas être renseigné sur son image, sur la façon dont sa maman le voit et le porte. N'étant pas regardé, on peut penser qu'il n'est pas vu et «n'existe» pas aux yeux de la maman. Les attentes et les demandes de Salim se sont accommodées à cette carence en attention de la part de sa maman. Sans doute se protège-t-il

⁴⁰ VAIVRE-DOURET. L., 2003, p.117

par ce biais de cette privation qui est difficilement supportable. Cependant, il profite du massage physiquement alors qu'il n'est pas porté psychiquement, ainsi il fait preuve d'un réel effort d'ajustement. Cela devrait être la situation inverse : c'est à la mère de s'adapter à son enfant.

Au travers de cette séance, je perçois que Madame se sent un peu « persécutée » et en même temps soucieuse du regard des autres. Je suppose que ce souci du regard de l'autre peut aussi expliquer son indisponibilité psychique, bien qu'elle ait quand même une préoccupation de son enfant qui se transmet dans le massage.

7^e séance – Neuf mois et dix-huit jours

Madame est beaucoup plus en lien avec son bébé : elle lui parle, lui dit ce qu'elle fait. Salim bouge désormais plus : la psychomotricienne propose à Madame la mise en place d'un coussin d'allaitement, placé dans la continuité de ses jambes, pour mieux contenir Salim. Celui-ci trouve des positions où il est pleinement détendu, sur le dos notamment mais aussi sur le ventre et reçoit avec plaisir le massage de sa maman. En effet, il sourit beaucoup et babille. Il tient la main de sa maman quand elle lui fait des percussions corporelles et produit du son pour ressentir les vibrations. Il regarde Charlotte. Il regarde peu vers sa maman, l'évite du regard. Elle, en revanche, le regarde beaucoup plus que lors des précédents groupes. Avec un étayage Madame distingue ces moments où son bébé apprécie. Elle observera que : « il est détendu », « il aime », « il va s'endormir » lors de l'enveloppement notamment où il est bien contenu et tranquille. Il n'y a plus d'autostimulations, ce qui est un grand progrès. La psychomotricienne confirme à Madame qu'elle s'ajuste mieux et que nous pointerons moins qu'auparavant les bons moments de Salim. Elle est désormais capable de les voir seule.

Madame a cheminé concernant le lien à Salim. Désormais elle s'adresse à lui par des regards, des paroles. Elle le contient alors psychiquement. Ceci manquait assurément à Salim depuis plusieurs séances. Mais après avoir sollicité de nombreuses fois sa maman et ne trouvant pas de réponse adéquate, il s'est peu à peu enfermé dans des autostimulations. De plus cette séance-ci notamment, son regard évite celui de sa mère. En effet jusque-là Madame n'offrait pas un sentiment de sécurité de base dont Salim avait besoin, et dont tout enfant a besoin pour son bon développement. Mais Madame s'est saisie de l'alerte de l'équipe⁴¹. Désormais elle s'ajuste et est attentive aux besoins de son fils. Ainsi les autostimulations ont disparu, ce qui résonne comme une évolution très positive autant du côté de Salim que de sa maman.

8^e séance – Neuf mois et vingt-cinq jours

Madame est présente à Salim : elle le déshabille en chantonnant, le regarde, lui parle. Elle jalonne la séance de verbalisations, notamment en décrivant ce que Salim fait. Pour Madame

⁴¹ Cf *supra* p.24

cette séance est plus difficile que la précédente car Salim bouge beaucoup. C'est pourquoi la psychomotricienne a mis en place un coussin d'allaitement⁴². Salim a de beaux moments d'échanges de vocalises avec Arthur. Il a en effet beaucoup vocalisé cette séance notamment lors des percussions corporelles dans le dos et sur le ventre. Ces expérimentations l'aident à percevoir les vibrations qui résonnent dans tout son corps, particulièrement dans son ossature, ceci accompagné de nombreux sourires. Madame lui demande alors «ça te plaît ?», Salim rit et vocalise. Salim est attentif au massage qu'Arthur reçoit à côté de lui. Madame, elle, lance quelques regards à cette triade mais reste en lien avec son fils. Elle ne présente plus de rupture du lien si délétaire lorsqu'elle ne regarde plus son bébé ou y est moins attentive.

Lors de l'enveloppement, Salim exprime un peu de désagrément puis il se tranquillise. Madame le regarde intensément. Elle commence à tisser de bons liens adaptés avec Salim.

L'évolution de Madame avec Salim est de plus en plus encourageante. Cette maman malgré son parcours chaotique est capable de faire preuve de plus ou moins de maturité et d'assumer son rôle de mère. L'état de préoccupation maternelle primaire⁴³, apporté par D.W. WINNICOTT (1956), qui se poursuit quelques mois après la naissance, apparaît chez Madame de façon différée. En effet, elle répond aux sollicitations de son fils, lui accorde son attention, est vigilante et disponible à son égard.

La préoccupation maternelle primaire est un état de fusion psychique que présente la mère à l'égard de son bébé dans ses premiers mois. «La mère, avec toutes ses caractéristiques, fait partie de l'enfant : à l'aube de la vie, ils ne font pas Un, ils sont Un»⁴⁴. Dans cette période de fusion initiale avec la mère, «ce n'est pas l'individu qui est la cellule, mais une structure constituée par l'environnement et l'individu. Le centre de gravité de l'être ne se constitue pas à partir de l'individu : il se trouve dans la structure environnement-individu»⁴⁵. Pendant cette période la mère est obnubilée par son bébé. «C'est dans cet état d'extrême sensibilité qu'elle s'identifie le mieux à son nourrisson»⁴⁶. Ainsi D.W. WINNICOTT parle d'une «maladie normale» qui permet à la mère de s'adapter aux tout premiers besoins de son enfant avec délicatesse et sensibilité. Cet accordage où la mère répond de façon juste et adaptée aux besoins de l'enfant dans ses premiers mois, en raison d'une certaine faculté d'identification à celui-ci, est essentiel. En effet «les carences maternelles [...] interrompent la "continuité d'être"»⁴⁷. Ainsi «pour que ce "sentiment continu d'exister" soit suffisant au début, il faut que la mère se

⁴² Cf *supra* p.42 ; 7e séance

⁴³ WINNICOTT D.W., 1958

⁴⁴ LEFEVRE A., 2012, p.14

⁴⁵ WINNICOTT D.W., 1958, p.201

⁴⁶ LEFEVRE A., 2012, p.26

⁴⁷ WINNICOTT D.W., 1958, p.289

trouve dans cet état»⁴⁸. Ainsi Madame revit cette étape essentielle, à travers son attitude dévouée et attentive envers son fils.

9^e séance – Dix mois et un jour

Le début du massage est un peu difficile ; en effet Madame le verbalisera en fin de séance car Salim se met en position debout dans laquelle il ne peut être massé (il expérimente l'équilibre à ce stade de son développement). Puis, une fois assis, Madame commence le massage. Il profite et échange beaucoup de regards avec Ibrahim. Il est en effet attiré par ce qui l'entoure. Soudain, Salim jette sa tête en arrière, Madame lui parle mais ne le repositionne pas. La psychomotricienne intervient pour l'aider, tout en parlant à Salim, elle le repositionne. Il profitera des percussions corporelles en faisant beaucoup de vocalises. Il y a notamment un moment où tous les bébés reçoivent des percussions corporelles en même temps, et Ibrahim, Charlotte et Salim vocalisent en chœur (Arthur, n'explore pas encore ce jeu-là).

L'enveloppement est facile et se passe bien. Bien que Madame chante un peu au début et accompagne par la parole, Salim n'a pas de regards vers sa maman. Mais il regarde et est attentif à Ibrahim. Madame en revanche, elle, est attentive à son fils. Nous avons l'impression que cette attention lui coûte car en fin de séance, elle montre une fatigue manifeste : elle s'affaisse et a une posture courbée.

Lors du temps de reprise, Salim part explorer : il se met debout et tape dans ses mains (c'est une posture qu'il expérimente beaucoup en jouant et en testant l'équilibre). Il babille beaucoup. Salim joue avec Ibrahim. J'observe qu'il prend du plaisir à être dans l'interaction avec Ibrahim.

Madame fait preuve de réelles capacités maternantes, elle porte et contient son fils par le regard et par l'attention qu'elle lui accorde. Cela lui demande en revanche un véritable effort. Elle doit puiser dans ses ressources pour maintenir une continuité dans le portage psychique de son enfant. Son propre état psychique est mis à l'épreuve, car elle doit faire une place conséquente à son fils et à ses besoins. Ce qui pouvait lui faire défaut. Déjà pendant la période anténatale, il n'y avait psychiquement pas de place pour ce bébé à venir. En effet elle n'arrivait pas à se projeter en tant que mère. L'arrivée de son enfant et les premiers mois ont constitué un changement brutal pendant lequel elle a rencontré des difficultés pour être en lien, pour s'accorder à son bébé. Le groupe *Balasana* et le travail de soutien en psychomotricité sur les ressentis et les sensations corporelles ont pour but de l'accompagner dans la compréhension de son enfant et être dans le plaisir de la relation.

L'évolution de la relation passe aussi par poser des limites. Lorsqu'il faut reposer le cadre à Salim, Madame est dans la parole, mais celle-ci n'est pas accompagnée d'acte. Elle prend en effet ses marques dans son rôle de mère qui est à soutenir et à consolider. Particulièrement

⁴⁸ *Ibid*

quand son fils montre une autonomie relationnelle, Madame est alors en difficulté ; l'étayage est donc à maintenir.

10^e séance – Dix mois et huit jours

Pendant que sa maman s'installe, Salim se met debout et tape des mains. Cette conduite récurrente est source de plaisir pour lui. Il me semble que par ce biais il manifeste sa satisfaction et sa réjouissance pour le moment de massage qu'il sait être un temps pour lui. Salim veut sortir des jambes de sa maman, Madame le repositionne, Salim pleure et se propulse en arrière. La psychomotricienne encourage Madame à reposer le cadre et à dire «non» à son fils, ce qu'elle fait mais doucement. Puis Salim, intégrant la limite posée par sa maman, et soutenue par les thérapeutes et le cadre du groupe, profite du massage. Il apprécie les percussions corporelles durant lesquelles il vocalise. Ibrahim reçoit aussi des percussions corporelles de sa maman à ce moment-là et répond à Salim par des vocalises et en le regardant attentivement. Il y a là un vrai dialogue. Salim babille tout le long. Madame finit par des étirements que Salim apprécie : il rit et vocalise énormément.

Lors de l'enveloppement, Madame le prend dans ses bras et il se laisse aller jusqu'au bord de l'endormissement. Ce temps dure assez longtemps. Dans l'ensemble ce groupe a été plus long ; le bien-être de tous étant évident.

Pendant le temps de reprise, Salim est en interaction avec Ibrahim. Ce dernier est plutôt déconcerté face à un plus petit que lui qui semble ambitieux et téméraire : Salim s'appuie sur Ibrahim. Ce dernier prend des postures de grand en réponse aux élans assez brutaux de Salim. Puis Ibrahim retourne dans les bras de sa maman.

Nous constatons un contraste entre dyades et triade : l'origine des parents influence leurs gestes - d'un côté un massage tonique africain, de l'autre un massage doux et délicat eurasiens⁴⁹.

A un âge comme celui de Salim il est indispensable de poser le «non». D'autant plus que Salim est en âge de le comprendre. Madame est dans cet apprentissage, accompagnée par la psychomotricienne. Elle s'adapte de mieux en mieux et propose de bonnes choses. Elle est à l'initiative.

Après le massage, Salim est pleinement dans l'interaction et le jeu. Sa capacité à jouer à côté de sa maman révèle une bonne intégration de sa figure d'attachement principale, et donc un bon lien, ainsi que des assises solides concernant la sécurité interne.

«Dans le contexte de la théorie de l'attachement, la notion de base de sécurité signifie la confiance dans l'idée qu'une figure de soutien, protectrice, sera accessible et disponible, et ceci quel que soit l'âge de l'individu en cas de besoin»⁵⁰. Salim part en effet explorer, et quitte les jambes de sa maman, assuré de pouvoir y revenir. «Si l'enfant a construit une base de sécurité,

⁴⁹ Cf *infra* p.88

⁵⁰ GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2002, p. 19

alors il peut, fort de cette confiance dans la disponibilité de la figure d'attachement, explorer le monde qui l'entoure»⁵¹.

11^e séance – Dix mois et quinze jours

Il s'agit de la séance filmée. Dès que l'enregistrement est lancé, Madame fait de grands signes à la caméra, telle une petite fille.

Une fois de plus Salim profite beaucoup du massage. Il est très détendu et se laisse pleinement masser par sa maman qui a un toucher juste et de grande qualité : Madame est présente à son fils. Salim montre des postures de bien-être : la tête sur le coussin d'allaitement avec le bras étendu. Madame fait des percussions corporelles, et comme à son habitude, Salim vocalise beaucoup. Dans l'ensemble Madame s'adapte et accompagne bien Salim.

Lors de l'enveloppement, Salim est confortablement installé et soutenu dans les bras de sa maman. Il s'endort.

Lors de la reprise, il part explorer et interagit une fois de plus avec Ibrahim. Dans leurs échanges, ils se touchent la main, c'est un moment attendrissant pour nous, y compris pour Madame.

Le film a une incidence sur l'attitude de Madame, qui semble enjouée d'être filmée telle une enfant. Elle retourne dans cette posture de «petite fille». Son rapport à l'image est déconcertant. Elle est habituellement réticente aux photos, et initialement méfiante à l'idée du film. Mais une fois le projet porté par tout le groupe, elle y prend pleinement part avec un enthousiasme puéril, et montre son intention claire d'être vue lors de l'enregistrement (sachant que l'image est conservée et peut être diffusée au sein de l'équipe). Cela renvoie à l'ambivalence qu'elle présente concernant son image du corps ; d'un côté elle ne veut pas être vue (position dépressive), de l'autre elle recherche le regard d'autrui (position de séduction). Ou bien, on peut aussi considérer qu'il s'agit d'une évolution dans son rapport à l'image, avec une ouverture au regard de l'autre.

«L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes»⁵². L'image du corps correspond à l'idée en perpétuel remaniement que chacun se fait de son corps. C'est particulièrement vrai pour Madame. En effet son image du corps est changeante et même alternante. D'un point de vue corporel, Madame est soit dans une apathie, soit dans un rapport séducteur au corps (notamment à travers le maquillage, la coiffure). Cette image traduit ce qu'elle perçoit à chaque moment des qualités de son corps. C'est une représentation imaginaire qui reflète le vécu passé et actuel : cette femme délaissée, solitaire, perdue du passé, et cette adolescente ou femme-enfant narcissique. Il y a également une problématique narcissique

⁵¹ *Ibid*

⁵² SCHILDER P., 1968, p. 35

intrinsèque de cette maman, elle craint le regard et le recherche d'une manière puérile. D'où l'intérêt de ce groupe aussi du côté de la maman : il travaille la faille narcissique et l'ambivalence liée à l'image du corps. Il permet en effet d'accorder l'attention à cette maman et de la porter. Cela à travers un étayage verbal et une contenance psychique.

12^e séance – Dix mois et vingt-deux jours

Salim est en position assise et Madame ne commence pas le massage. La puéricultrice l'encourage à le masser même assis : il grandit, il s'installe donc dans d'autres positions que celle d'être allongé. Salim est alors massé assis. Mais Madame, plusieurs fois, le repositionne allongé. Salim sort quelque fois du cadre et Madame pose le «non» et dit «regarde Arthur», l'incitant à prendre exemple sur celui-ci. Salim pose sa tête sur le coussin d'allaitement et montre une vraie détente. Madame aurait pu alors masser le côté qu'il présentait dans cette posture, suivre ses mouvements, et ainsi s'adapter aux postures qu'il présentait. Mais pour elle, il faut qu'il soit allongé face à elle, comme ce qu'elle a connu jusque-là. S'adapter à ce changement demande une énergie supplémentaire ; il s'agit de suivre ses mouvements pour un massage continu selon ses postures. Salim est assis et présente son dos à sa maman. Madame fait alors des percussions corporelles sur son dos, puis sur le haut du buste. Salim vocalise avec le sourire, il montre une fois de plus qu'il apprécie pleinement.

Madame se positionne en tant que mère quand la puéricultrice lui propose de mettre un peu de crème dans la main de Salim (car il voulait jouer avec le support de la crème). Mais Madame décline la proposition car elle sait qu'il mettra à la bouche. «Il fait ça à la maison» poursuit-elle. Salim babille beaucoup tout le long mais à la fin de la séance, il est très détendu, appuyé contre sa maman, observant silencieusement.

Après ce massage, Madame est très fatiguée, voire «vidée». Elle semble littéralement s'endormir avec les yeux à demi-ouverts. Elle qualifie ce temps de «bof» car Salim ne restait pas allongé donc c'était plus difficile pour elle. La puéricultrice lui réexplique que le massage se fait selon l'évolution de l'enfant et peut tout à fait se faire assis.

Ce temps de massage était court, lié à la fatigue de Madame. Globalement, c'était un groupe calme avec le chant des bébés.

Concernant l'adaptation de Madame à Salim, elle montre des difficultés d'ajustement face au changement qu'induit Salim. En effet elle ne s'adapte pas à ses envies, enfermée dans ses représentations : le massage se fait allongé. Salim grandit pourtant et évolue dans ses besoins et ses attentes. Or il est nécessaire que Madame s'ajuste. En effet, «l'adaptation progressive de la mère est nécessaire aux besoins changeants et croissants de l'enfant»⁵³.

⁵³ LEFEVRE A., 2012, p.45

Madame apprend à poser le «non» à Salim. Ce cadre nécessaire au massage est rappelé avec bienveillance et fermeté par Madame. Cette posture qu'elle prend est très juste et adaptée. Madame nous montre aussi qu'elle connaît son garçon : sa réponse à la puéricultrice, concernant la crème est adaptée, anticipant la réaction de Salim. Elle révèle des capacités maternantes, en mettant en place des comportements protecteurs. Madame fait preuve de qualités inhérentes à la maternité, ce qui est à poursuivre, car «continuité, fiabilité, adaptation progressive sont les qualités majeures de la mère suffisamment bonne»⁵⁴.

Enfin, cette séance a épuisé Madame, plus que d'habitude. L'ajustement demandé est coûteux pour elle. Elle a, en effet, été habituée à être discontinuée dans l'attention accordée à son fils. Cela étant lié à ses absences ; elle est désormais moins submergée par celles-ci. Il y a une plus grande continuité dans les soins, ce qui confère une plus grande qualité du lien dans la relation.

⁵⁴ *Ibid*, p.39

B. Deuxième présentation clinico-théorique : Issan et sa maman dans le groupe piscine parents-enfants

I. Contexte institutionnel

1. Présentation de l'institution

1.1. Le Centre médico-psychologique

J'ai effectué un second stage lors de ma troisième année, dans un Centre Médico-Psychologique (CMP), sectorisé et rattaché à un hôpital psychiatrique, lui-même rattaché à un Groupement Hospitalier de Territoire Parisien.

Le service de pédopsychiatrie auquel est rattaché ce CMP comporte trois CMP répartis sur l'intersecteur, un hôpital de jour (HDJ), un jardin d'enfant thérapeutique (JET), une Unité de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), une Unité pour adolescents, une Unité parents-bébés ainsi qu'un accueil familial thérapeutique.

Le CMP est installé depuis une dizaine d'années dans une zone à forte densité de population et est bien repéré par les habitants et l'ensemble des partenaires concernés par l'enfance et l'adolescence. Il représente l'élément essentiel de l'ensemble du dispositif sectoriel. C'est dans ce lieu que s'élabore, en relation avec les besoins de la population, la politique d'évaluation, d'orientation, de soins et de prévention du secteur.

1.2 Indications et modalités de prise en charge

Le CMP accueille des enfants et des adolescents âgés de dix-huit mois à dix-huit ans. Ce lieu de soin concerne des enfants et des adolescents en souffrance psychique et présentant des difficultés cognitives, affectives, relationnelles, comportementales ou développementales. La patientèle de ce CMP compte particulièrement beaucoup d'enfants présentant des troubles du spectre autistique, mais aussi des enfants souffrant de troubles psychotiques.

Les consultations et modes d'admission se font sur rendez-vous. L'enfant et sa famille sont reçus en première intention par un consultant du CMP, pédopsychiatre ou psychologue qui sera par la suite le référent. Le consultant pourra, après l'entretien et plusieurs consultations, proposer différentes prises en charge avec, au préalable, une rencontre et une évaluation auprès du professionnel concerné par celle-ci. Les prises en charge se déroulent en individuel ou en groupe, sur un axe psychothérapeutique et/ou rééducatif, avec l'enfant seul ou bien avec ses parents, selon la problématique. Il peut s'agir d'une prise en charge en psychomotricité, en orthophonie, en psychothérapie avec un autre consultant, d'une prise en charge ambulatoire accompagnée d'une infirmière ou d'un éducateur spécialisé, d'une guidance parent-enfant à

domicile ou au CMP avec une infirmière ou un éducateur spécialisé, ou encore d'une orientation sur un groupe thérapeutique. Ces orientations sont discutées en réunions de synthèse ou sur des temps informels avec les professionnels concernés. Un enfant pris en groupe thérapeutique ou en séance individuelle a obligatoirement un suivi avec un consultant référent. Ces prises en charge ne sont pas autonomes et déconnectées de la prise en charge globale de l'enfant : il y a une transmission entre ce qui est observé et travaillé en groupe et en consultation. La continuité et la pertinence d'une indication en groupe est donc réévaluée et réajustée régulièrement. Si nécessaire, les enfants ou adolescents, sont orientés vers des structures plus adaptées à leurs difficultés (HDJ⁵⁵, IME⁵⁶).

1.3 Equipe et vie institutionnelle

L'équipe pluri-professionnelle est composée de dix-neuf personnes : un médecin responsable praticien hospitalier, trois médecins pédopsychiatres, trois psychologues, deux psychomotriciens, une orthophoniste, deux éducateurs spécialisés, trois infirmiers, deux assistantes sociales, un cadre de santé, une secrétaire. La plupart ont des temps partiels.

Les réunions pluridisciplinaires sont hebdomadaires, et se déclinent en trois domaines : une réunion clinique où est traité un sujet clinique à partir de lectures d'articles, une réunion institutionnelle où sont abordées la formation et l'organisation du travail, et une synthèse autour d'un enfant où sont faits les liens entre les différentes prises en charge, pour proposer un suivi pertinent et adapté.

1.4 La co-thérapie

Il y a un réel travail de co-thérapie entre les professionnels au sein de cette équipe multidisciplinaire. Le fonctionnement de cette institution en est très empreint. En effet la co-thérapie s'est développée, car beaucoup d'enfants nécessitent une prise en charge importante et conséquente, qui a conduit à développer un travail de groupe pluridisciplinaire pour répondre aux besoins de cette population. Voici les groupes proposés qui impliquent une co-thérapie :

- Groupe piscine parents-enfants, encadré par la psychomotricienne, une éducatrice spécialisée, la stagiaire psychomotricienne
- Groupe cirque, encadré par la psychomotricienne, l'orthophoniste, un éducateur spécialisé, la stagiaire psychomotricienne
- Groupe théâtre, encadré par deux infirmières et une éducatrice spécialisée
- Groupe «à la découverte» autour de jeux, de modelage, de sorties, encadré par trois éducateurs spécialisés

⁵⁵ Hôpital de jour

⁵⁶ Institut médico-éducatif

- Groupe parents-enfants autour du jeu, encadré par une infirmière, une éducatrice spécialisée, la stagiaire psychologue
- Groupe adolescents autour d'activités éducatives, encadré par une infirmière et une éducatrice spécialisée
- Prise en charge groupée d'enfants autistes, encadrés par une éducatrice spécialisée et une psychologue

De plus ces enfants qui présentent des pathologies conséquentes vivent pour la majorité dans un environnement social plutôt précaire, d'où l'importance de groupes parents-enfants. En effet face aux situations familiales et sociales complexes que rencontrent les professionnels de ce CMP, le travail avec les familles est primordial, pour établir une alliance thérapeutique et un lien de confiance solide. La co-thérapie apparaît alors comme essentielle, pour ce travail de lien. L'aspect transversal étant un point d'appui pour la liaison et l'évolution des suivis thérapeutiques.

1.5 Place de la psychomotricité dans l'institution

La psychomotricité est représentée dans le service depuis une vingtaine d'années. Sa place y est bien reconnue depuis ses débuts, et dans ce service de pédopsychiatrie, y apparaît comme une évidence. La psychomotricienne est sollicitée pour des bilans psychomoteurs, des prises en charge thérapeutiques, des médiations corporelles. L'orientation vers la psychomotricité se fait par les médecins, mais aussi par les autres professionnels de l'équipe (psychologues, infirmières) qui font part à la psychomotricienne de leurs observations et de leurs inquiétudes, dans leur prise en charge en consultation ou en groupe. Son indication est donc usuelle par les professionnels de l'équipe, pour des enfants d'âge pré-scolaire, scolaire, ou encore pour des adolescents.

2. Présentation du groupe piscine parents-enfants : le travail thérapeutique parents-jeunes enfants au sein d'un groupe de «bébés dans l'eau»

2.1. Le projet thérapeutique

Le groupe thérapeutique «piscine parents-enfants» est destiné aux parents et à leurs enfants âgés entre dix mois et quatre/cinq ans. Il correspond à une prise en charge hebdomadaire d'enfants et de leurs parents présentant des difficultés d'interactions précoces. Il s'agit de les accompagner sur un temps partagé de jeux en piscine afin de soutenir leur relation et de stimuler le développement des enfants dans un contexte ludique et socialisant. Tout comme le groupe

«Vivre l'eau» de C. POTEL, il «privilégie l'éveil psychomoteur, la sensorialité, les expériences corporelles de l'enfant et la relation»⁵⁷.

2.2 Historique

a) Le contexte de la création du groupe

A l'origine ce groupe a été pensé et créé, il y a une dizaine d'années, en co-thérapie par une infirmière de secteur psychiatrique et une psychomotricienne. Elles ont travaillé toutes les deux avec l'eau comme objet de médiation dans différents contextes : prise en charge individuelle, groupes thérapeutiques d'enfants, *etc.* Chacune avait par ailleurs une pratique antérieure de travail en psychiatrie adulte et/ou d'unité mère-bébé.

Ce groupe est né suite à une réflexion concernant les problématiques d'attachement et de la séparation psychique, qui sont souvent au cœur des difficultés rencontrées par les parents et leurs enfants. Les difficultés énoncées et visibles se rapprochant le plus souvent d'une symptomatologie comportementale ou développementale. Il est alors apparu nécessaire de mettre en place un cadre qui puisse répondre au mieux à ces problématiques.

Le travail en piscine a semblé adéquat car il offre un cadre propice à une observation approfondie des liens, des modes éducatifs et de la relation corporelle. Ces aspects sont en effet, au premier plan entre les tout-petits et leurs parents. Il permet d'observer en direct les difficultés d'interaction du côté des enfants mais aussi du côté des parents.

La rencontre avec l'équipe de la piscine, lieu «socialisant» et non stigmatisant, a permis de mettre en place ce travail car cette équipe a accueilli les dyades et les professionnelles dans leur groupe de «bébés dans l'eau». Celui-ci est encadré par un éducateur sportif qui a une approche très corporelle, et une maître-nageuse qui est également psychomotricienne.

L'infirmière à l'origine de cette co-crédation est depuis partie et c'est une des éducatrices spécialisées de l'équipe qui lui a succédé. Ce groupe est donc encadré et contenu par la psychomotricienne, l'éducatrice spécialisée et la stagiaire en psychomotricité. Cette dernière participe à la prise en charge et apporte une plus-value en faisant tiers dans le déroulement de l'activité.

b) Le contexte historique et éthique de la piscine d'accueil

Le concept de «bébés nageurs» apparaît dans le début des années 1980. Des associations se créent et commencent à monter des groupes parents-bébés ou jeunes enfants dans l'eau, dans

⁵⁷ POTEL.C, 1999a, p.53

cette piscine. Rapidement, certaines décident d'y intégrer des parents dont les enfants sont porteurs de handicaps physiques, sensoriels ou présentant des troubles mentaux. Les professionnels encadrant ces groupes sont des éducateurs ou animateurs sportifs qui ont pour la plupart des formations complémentaires sur les pédagogies actives.

Cette pratique se démarque des méthodes éducatives et pédagogiques habituelles dans les centres sportifs ou d'animation car elle met en avant :

- L'initiative et la liberté motrice de l'enfant afin de favoriser son aisance et son autonomie dans l'eau (démarche se rapprochant du concept théorique de la motricité libre et de l'activité spontanée des bébés, développé par E.PIKLER (1947) dans les pouponnières de Loczy⁵⁸)
- L'accompagnement, l'étayage et la «sécurisation» des parents dans cette évolution de leur enfant
- Des propositions d'évolution dans l'eau quel que soit le niveau de développement de l'enfant, grâce à un matériel varié et adapté.

Même si ce cadre paraît indifférencié, quel que soit le public accueilli, c'est la présence et l'écoute étayante et rassurante des professionnels présents dans la piscine qui feront que l'approche de l'eau sera individualisée, adaptée aux différentes dyades parents-enfants.

Il a paru évident que ce lieu, avec cette équipe, était adapté pour monter le projet de groupe thérapeutique «piscine parents-enfants».

2.3 Les indications et leurs implications théorico-cliniques

Bien que l'indication principale soit les troubles d'interactions précoces qui sont déterminants dans les problématiques d'attachement et de séparation, les cas de figures cliniques accueillis peuvent être variés, par exemple :

Les difficultés d'interactions du côté des enfants : elles peuvent apparaître lorsque l'enfant présente des troubles du spectre autistique, des troubles psychotiques avec souvent une grande agitation, voire de la violence ou au contraire un retrait relationnel très important. Nous pouvons supposer que la mise en place de la spirale interactionnelle va être complexe. Le groupe reçoit aussi de plus en plus d'enfants présentant des troubles oppositionnels, d'intolérance à la frustration, avec des parents en grande souffrance.

Les difficultés du côté des parents : il arrive que le groupe accueille des mamans présentant des dépressions (ordinaires ou post-partum) avec des enfants présentant des difficultés dans le registre des troubles du comportement : agitation réactionnelle, inhibition massive, instabilité psychomotrice, *etc.*

⁵⁸ DAVID M., APPELL G., 2008

Peuvent être accueillis également des parents psychotiques ou états-limite dans les cas où la symptomatologie ne présente pas de projections trop mortifères ou persécutantes dans la relation à leur enfant. A ce sujet, sont particulièrement éclairant pour notre pratique, les travaux de W.R. BION (1962) sur la «fonction Alpha»⁵⁹, autrement dit la capacité de recevoir les projections, de les transformer, les métaboliser et les renvoyer au bébé. Ceux de B. GOLSE (2006) sur l'intersubjectivité et la rêverie maternelle⁶⁰ sont également pertinents.

Le groupe accueille également des parents qui présentent des difficultés éducatives ou des difficultés de représentation et d'identification parentales, du fait de leur propre histoire familiale ou d'un contexte affectif et social délétère (carences, isolement).

L'intérêt de ce groupe piscine sera de tenter d'agir chez les deux partenaires de la dyade, en faisant un va-et-vient permanent entre la symptomatologie de l'enfant et les difficultés interactionnelles parent-enfant.

Au sein de ce groupe, le travail d'observation et d'évaluation de l'évolution de l'enfant et de sa relation avec son parent s'appuie en partie sur les travaux de G. HAAG (1995) concernant la grille de l'évolution clinique des enfants autistes et psychotiques⁶¹ et de A. BULLINGER (2004) concernant le développement sensori-moteur de l'enfant⁶².

En ce qui concerne la question du positionnement thérapeutique des professionnelles lors de l'observation des dyades, la psychomotricienne et l'éducatrice spécialisée adaptent dans le milieu aquatique les travaux de E. BICK (1964) sur l'observation des bébés⁶³. Voici les principes de base de cette approche :

- L'observation de l'enfant et de son entourage dans un milieu ordinaire.
- Pour le professionnel, se dessaisir de son savoir théorique et clinique ; réapprendre à observer sans *a priori*, en étant attentif à la singularité de chacun.
- Une analyse de ses propres contre-attitudes dans les situations chargées émotionnellement. Les notions de transfert et contre-transfert étant fortement présentes lors du travail avec des dyades parents-enfants et *a fortiori* dans un environnement pouvant être vécu de façon régressive comme la piscine.

2.4 Les objectifs

Ce groupe présente plusieurs objectifs. Tout d'abord celui d'apporter une fonction contenante et rassurante dans le cas de dyade ou triade parents-enfant perturbées. La relation

⁵⁹ BION W.R., 1962

⁶⁰ GOLSE B., 2006

⁶¹ HAAG G. *et al*, 1995

⁶² BULLINGER A., 2004

⁶³ DELION P., 2008

étant mise à mal, en raison d'attachements défaillants, il faut d'abord favoriser un lien contenant, sécurisant, et apaisant.

Les fonctions interactives exercées dans la parentalité (maternage, stimulation, jeux, câlins) sont possibles lorsque l'attachement psychique et physique est investi et de bonne qualité. Lorsque le parent, lui-même rassuré dans ses capacités et ayant introjecté un attachement suffisamment sécure de la part de ses propres parents, il peut se «laisser aller» à des moments de tendresse, d'intimité corporelle, à être contenant et sécurisant lorsqu'il joue avec son enfant.

Ces conditions devraient permettre un attachement de bonne qualité, afin d'amener l'enfant à vivre son corps, à l'investir positivement, à se l'approprier et commencer ainsi à explorer l'environnement, en parallèle de sa construction psychique. Peu à peu, cela l'amène à s'individualiser et s'autonomiser.

Dans notre pratique en piscine, nous voyons concrètement que les conditions nécessaires à l'attachement peuvent-être défaillantes. Nous observons alors des types d'attachement «insécures», voire en devenir pathologique. En référence aux travaux⁶⁴ de M. AINSWORTH (1983), et plus récemment aux travaux⁶⁵ de A. GUEDENEY et N. GUEDENEY (2002), nous distinguons deux types d'attachement différents :

- L'attachement insécure «évitant» : il apparaît dans le cas où la figure d'attachement répond peu ou pas aux sollicitations du bébé. Dans ce cas, le jeune enfant va développer des stratégies défensives comme l'évitement de toutes manifestations de demandes, de ses besoins.
- L'attachement désorganisé «ambivalent/résistant» : ici, la réponse parentale pourra être imprévisible, donc le bébé développera des stratégies «résistantes» : pleurant à tout stress, ou même sans stress. Il fera monter le signal de ses émotions pour se faire entendre. S'il s'agit d'un registre de réponses violentes, où l'agitation et l'agressivité ambiantes sont prépondérantes, l'enfant pourra avoir, comme nous le percevons fréquemment à la piscine, une attitude ultra-résistante. Cette attitude s'accompagne d'un tonus corporel élevé, d'une motricité désorganisée et incontrôlée qui fait qu'il ne donne pas prise au portage, au bercement ou à une quelconque action de détente. Par la suite, ces enfants pourront présenter des comportements s'apparentant à des mises en danger, tels que des chutes à répétition, une maladresse excessive, *etc.*

La spirale interactionnelle et l'attachement sont également mis à mal quand il y a du côté de l'enfant des éléments organiques, fonctionnels ou sensoriels défaillants. Par exemple, l'enfant peut présenter des troubles du sommeil, de l'alimentation, tel que Charlotte⁶⁶. Le

⁶⁴ AINSWORTH M., 1983

⁶⁵ GUEDENEY A., GUEDENEY N., 2002

⁶⁶ Cf *supra* p.32

parent, même s'il n'a, *a priori* pas de difficulté psychique ou affective à créer du lien avec son enfant, sera entravé dans cette volonté.

Ces difficultés d'attachement seront parfois les causes ou parfois les conséquences des troubles comportementaux et relationnels que nous observons pendant l'activité :

- Il peut s'agir d'une absence et d'un manque de disponibilité psychique du ou des parents, qui font que le jeune enfant se sent lâché, ce qui provoque une absence ou un manque de sécurisation interne. L'enfant n'est pas suffisamment porté, physiquement et psychiquement (par le regard notamment). Son parent par exemple ne fait pas attention à la profondeur dans laquelle il évolue, si ses appuis (au niveau de ses bras ou sur du matériel de flottaison) sont stables.
- Il peut s'agir aussi d'une surprotection, pouvant être due, soit à la pathologie de développement de l'enfant, soit à des angoisses parentales : agrippement corporel du parent, alors que l'enfant montre un désir d'exploration du milieu aquatique, empêchement de voir les réelles capacités ludiques et d'évolution motrice dans l'eau. Nous pouvons observer aussi ceci dans les temps de vestiaire, lors de l'habillage et du déshabillage où l'enfant peut être entravé dans son autonomie.
- Il peut s'agir d'une inadaptation ou de difficultés éducatives quant à la mise en place de limites concernant les dangers représentés par le milieu aquatique et par le fait que d'autres parents et bébés soient présents.
- Enfin il peut s'agir d'un désir de surstimulation de la part de certains parents, de «faire faire» des choses à leur enfant, d'être dans une activité de type dynamique, sportive, où il faut pallier le handicap ou le trouble de son enfant par l'hyperactivité ; par exemple, faire nager son enfant alors qu'il présente encore des angoisses archaïques de morcellement ou d'engloutissement.

Le groupe est donc à la fois un lieu riche d'observations cliniques et de soin.

Un autre objectif est de favoriser le «bain de langage» amené par l'immersion en milieu aquatique. Avec la forte connotation émotionnelle que procure une telle activité (du côté des parents, comme des enfants), on peut constater une émergence importante du langage et de la parole chez certains enfants se présentant comme mutiques ou affectés de gros troubles de la communication. En effet, les affects qui les submergent favorisent souvent l'éclosion de mots, voire de phrases, spontanés, qui sont notés et/ou repris par les soignants, et également signalés aux parents. Le travail du personnel présent dans l'eau (soignants et professionnels de la piscine) est ensuite de soutenir et d'amener les parents à réamorcer une communication, malgré les non-réponses à leurs sollicitations, notamment pour les parents d'enfants présentant des troubles envahissants du développement.

Un dernier objectif est de saisir le tissage des liens défailants grâce à une triple contenance. En effet on distingue la contenance matérielle de l'eau, la contenance psychique des soignants et des encadrants de la piscine, et la contenance sociale représentée par la présence des autres parents et enfants dans le groupe de «bébés dans l'eau».

La contenance matérielle de l'élément eau : les parents et l'enfant sont réunis dans un même bain concret, palpable, offrant des limites tangibles, leur permettant d'être rassemblés dans un environnement suffisamment contenant et structurant. Pour les enfants qui présentent des troubles envahissants du développement, l'eau permet de mieux sentir leur enveloppe corporelle, de se réunifier. Ce qui permet un amoindrissement de l'angoisse de morcellement et du vécu corporel désorganisé.

La contenance psychique : le rôle des soignants et des encadrants de la piscine est de contenir les dyades, de les accompagner dans le travail de rapprochement/distanciation. Ce travail favorise l'accordage tonico-affectif des parents, car eux-mêmes sont contenus et sécurisés. En effet, notre rôle est de pouvoir contenir les angoisses parentales face aux difficultés de leur enfant, de montrer aux parents les capacités réelles de leur enfant, et non celles fantasmées ou imaginées qu'engendre la pathologie de leur enfant. Plus spécifiquement, de notre côté, nous tentons de prévenir ou «détoxifier» les différentes projections, d'aider les parents à transformer et redonner du sens à ces projections et (re)dynamiser ainsi la relation parent-enfant. Cette contenance permet également d'étayer et de favoriser les interactions affectives et de *nursing* qui parfois sont amenées à s'appauvrir du fait de la peur des parents d'être confrontés à l'agitation, au mutisme ou au vide que renvoie leur enfant. En effet, lors de nos interventions directes auprès des enfants, dans les jeux, les mobilisations, nous avons moins d'appréhension que les parents et les enfants peuvent parfois montrer des choses que les parents n'avaient pas imaginées.

La contenance sociale : elle est représentée par la présence des autres parents et enfants dans le groupe de «bébé dans l'eau». Les parents «lambda» permettent aux parents que nous accompagnons, souvent démunis et carencés, d'avoir une autre vision et d'autres modèles d'identification de la parentalité. Par ailleurs, des liens se tissent, des discussions s'organisent entre les parents. Les parents que nous amenons, qui ont du mal à être en lien avec leur propre enfant peuvent s'occuper et interagir avec les autres enfants. Ils peuvent «exercer» ainsi leur parentalité et, de la sorte, se renarcissiser dans leurs compétences parentales. Ceci permet aussi de poser un regard plus objectif et distancié sur leur enfant, qui va lui-même parfois aller avec d'autres adultes. Les parents peuvent le voir se comporter différemment, percevoir les progrès dont il est capable, puisque d'autres personnes en sont témoins et les leur renvoient.

2.5 La co-thérapie

Au vu de ces différentes considérations théorico-cliniques, le travail en co-thérapie semble aller de soi. En effet dans ce genre de pratique plusieurs domaines sont impliqués voire intriqués. Un regard et une approche multiples sont donc nécessaires.

a) Pourquoi une dyade psychomotricienne/éducatrice spécialisée ?

Ces deux fonctions ont une pertinence dans ce groupe.

D'une part, le rôle de la psychomotricienne est évident du fait de la médiation même : cette médiation corporelle, ludique, aquatique est courante en psychomotricité, exercée en pédopsychiatrie de surcroît. En outre, les jeunes enfants accueillis avec leurs parents présentent la plupart du temps des difficultés psychomotrices, corporelles ou sensorielles, ainsi que des troubles du développement psychomoteur : retard, dysharmonies, *etc.* Ces troubles peuvent être concomitants ou «secondaires» à une pathologie plus large : trouble envahissant du développement, psychose, carences importantes. Mais la psychomotricienne effectue surtout, un travail intensif de restauration du lien, de soutien de la relation entre enfants et parents lorsque le lien est défaillant pour quelque raison que ce soit.

D'autre part, le rôle de l'éducatrice spécialisée se justifie pleinement. En effet, traditionnellement en pédopsychiatrie, et particulièrement dans ce service, les éducateurs sont fréquemment associés aux prises en charge des enfants suivis en consultation dans le but d'effectuer un travail de guidance auprès des familles : guidance qui peut relever d'objectifs éducatifs (toujours en lien avec l'objectif thérapeutique). Cela peut porter sur les limites, le cadre, les compétences parentales concernant le quotidien. On voit bien tout l'intérêt que revêt cette fonction d'éducatrice dans ce groupe car, à la piscine, nous sommes aux prises avec des contingences matérielles éducatives concrètes : l'habillage et le déshabillage de l'enfant dans le vestiaire, le temps de la douche, les limites tangibles et les mises en danger potentielles liées au milieu aquatique. Il peut s'agir aussi de la gestion des émotions du côté des enfants et des parents : craintes, angoisses, excitation, frustration de sortir de l'eau.

Pourtant les rôles des professionnelles dans l'eau se ressemblent. En revanche, chacune est nourrie de sa formation de base, de son parcours et des spécificités qui apparaissent lors de la reprise sur les observations : c'est précisément là que réside l'intérêt de la co-thérapie. L'une va voir des difficultés plus spécifiques d'ordre psychomoteur : comment se déplace l'enfant dans l'eau, comment est sa posture dans l'accordage tonico-émotionnel, comment il organise sa motricité. L'autre va plus pointer les difficultés du lien avec la problématique émanant d'une

identification parentale compliquée, de la difficulté des parents à mettre des limites, à être empathiques avec leur enfant et les troubles qu'il présente.

C'est ce va-et-vient permanent dans la verbalisation des ressentis et observations de chacune qui va permettre l'élaboration de la direction thérapeutique à suivre.

Par ailleurs, le fait d'être deux et de ressentir les choses différemment permet l'atténuation des tensions transférentielles et contre-transférentielles ; c'est là aussi l'une des fonctions essentielles de la co-thérapie. Le contre-transfert «représente l'ensemble des mouvements inconscients de l'analyste dans la situation analytique»⁶⁷. D'après S. FREUD (1910) il résulte «de l'influence du patient sur la sensibilité inconsciente du médecin »⁶⁸. Il s'agit donc de ce que renvoie le patient inconsciemment au thérapeute. Il intervient en réaction au transfert, qui est lui-même un processus inconscient permettant au patient de projeter un certain nombre de ses affects sur le thérapeute. En groupe piscine, la manière dont le parent s'occupe du corps propre de l'enfant, les modes éducatifs et interactionnels, qui sont non familiaux et qui peuvent être pathologiques, peuvent déranger. Il peut alors y avoir des positions contre-transférentielles différentes face à une dyade. Certains comportements ne sont pas vécus comme «dérangeants» par l'une ou l'autre ; l'accueil et la tolérance des distorsions de lien observées sera variable en fonction des identifications et projections de chacune.

b) La place du stagiaire psychomotricien

Chaque année scolaire un stagiaire psychomotricien est accueilli dans ce groupe. Sa fonction est très importante car la plupart du temps le stagiaire va être davantage du côté de l'enfant : jouer avec lui, lui proposer des situations ludiques ou de détente variées. Cela permet, lorsque c'est une indication, une séparation effective, physique de la dyade. Les professionnelles pouvant ainsi rester avec le parent à discuter, observer «de loin» l'enfant et ce qu'il fait dans son interaction avec le stagiaire.

Pour l'étudiant en psychomotricité, ce groupe est riche et complet car il permet de se former à l'observation directe du développement psychomoteur, ainsi qu'aux pratiques liées à la prévention et aux traitements des troubles relationnels du jeune enfant. Il permet également de communiquer et interagir avec des parents dont les enfants ont des difficultés psychiques et comportementales. Enfin il permet de découvrir le travail avec d'autres professionnels.

⁶⁷ KASWIN-BONNEFOND D., 2006, p.446.

⁶⁸ FREUD S., 1910, p. 67

c) Les professionnels de la piscine

Les éducateurs sportifs et maîtres-nageurs présents dans le groupe ont également une fonction essentielle dans ce que nous pouvons appeler la «co-thérapie élargie». Leurs interventions auprès des familles reçues ne sont pas empreintes ni influencées par l'histoire clinique et/ou la connaissance de la gravité des troubles des enfants et/ou des parents. De ce fait, leur regard et leur approche sont plus distancés, plus neutres que les nôtres, plus spontanés aussi. Ils vont parfois avoir moins d'appréhension pour aborder une dyade et proposer des jeux ou des situations qui les mobilisent différemment.

Ceci implique en retour que les professionnelles du soin, lâchent en partie leurs postures et leur savoir pour les partager, voire les laisser à d'autres.

d) Les autres dyades du groupe

Les professionnelles ont constaté à plusieurs reprises l'apparition d'une fonction thérapeutique des parents les uns envers les autres. Il est fréquent de voir des parents qui sont dans une grande détresse, dans une pauvreté relationnelle et affective, épauler et soutenir les autres parents. Ceci est dû aux mouvements d'identification ou de réparation. Cependant quel que soit ce qui les anime, ces échanges ont pour fonction de pouvoir libérer et partager la parole autour des angoisses, des inquiétudes concernant leurs enfants.

e) Les parents et les jeunes enfants «tout-venant» du groupe «bébés dans l'eau»

Les parents et les autres enfants venant au groupe sont des supports importants⁶⁹ et c'est pourquoi il est important de faire ce groupe sur un créneau horaire où il y a du public. Certains parents accompagnés sont meurtris dans leur parentalité : le fait de côtoyer d'autres parents, qui ne vont pas forcément voir la pathologie, qui vont les laisser interagir de façon naturelle avec leurs propres enfants «sans difficultés», va permettre de les renforcer dans leur conviction qu'ils peuvent être des parents. Il est arrivé que certains parents que nous emmenons soient en difficulté pour regarder ou porter leur enfant. En revanche, ils s'aperçoivent qu'ils peuvent s'occuper d'autres enfants. La psychomotricienne et l'éducatrice spécialisée se sont interrogées au début sur cette distance et étaient dubitatives au sujet de ce comportement mais elles ont constaté que cela favorisait dans un second temps le lien avec leur propre enfant.

Les autres bébés et enfants constituent de formidables modèles et «miroirs» pour les enfants du groupe. Certains enfants sortent peu de chez eux et n'ont pas de lieux de socialisation. Dans

⁶⁹ Cf *supra* p.55 : la contenance sociale

la piscine ils peuvent exercer leur sociabilité. Ils font l'expérience de l'observation puis de l'imitation des autres enfants.

2.6 Les indications par les autres professionnels

Bien entendu, l'intérêt thérapeutique du groupe doit faire partie du projet global de soin de l'enfant et de sa famille porté par l'équipe pluridisciplinaire. Les indications de familles pour ce groupe sont posées par les pédopsychiatres ou psychologues référents mais peuvent être pensées et évoquées par d'autres professionnels impliqués dans le suivi de l'enfant (infirmière, éducateurs, orthophoniste).

Ces indications doivent être suffisamment travaillées en amont car cette prise en charge peut susciter des interrogations, des confusions (s'agit-il d'une activité de loisirs ou d'animation ?) voire de la méfiance de la part des parents.

Après plusieurs séances, les observations sont régulièrement partagées et discutées avec l'ensemble des intervenants. Enfin, est réinterrogée régulièrement la pertinence de continuer cette médiation en fonction de l'évolution de la relation et des difficultés de lien parents-enfants pour chacune des familles.

2.7 La supervision

Un psychologue-psychanalyste du service nous reçoit régulièrement en supervision. Celui-ci nous permet de nous départir de certaines projections ou d'éléments contre-transférentiels négatifs ou angoissants. Même si nous tentons d'accueillir toutes les situations avec bienveillance et dégageant, la neutralité émotionnelle est parfois difficile à tenir au regard de certaines situations. L'analyse de ces différents mouvements permet alors de les réintroduire dans le processus thérapeutique. La supervision permet également de nous remobiliser, de nous dynamiser lorsque l'on est sidéré ou empêché de penser et d'agir dans certains cas particulièrement éprouvants.

2.8 Le déroulement du groupe

a) Le cadre du groupe

Les dyades se répartissent sur deux temps de quarante-cinq minutes, le mercredi matin. Au total le groupe accueille cette année huit dyades dont les enfants sont âgés de deux à cinq ans et qui sont accompagnés pour certains, par leur maman et pour d'autres, par leur papa.

b) Le cadre de la piscine

Cette piscine n'est pas ouverte à tout public. Elle accueille les personnes, les familles, qui s'inscrivent aux activités qu'elle propose. On retrouve l'aquagym ou encore le groupe «bébés

dans l'eau». Comme expliqué plus haut, les parents et les enfants du CMP sont présents à ce dernier.

La piscine d'une longueur de vingt mètres, augmente en profondeur d'environ quatre-vingt centimètres à un mètre quarante, apportant une évolution progressive pour les enfants, en fonction de leur âge, de leur taille, de leurs capacités et de leurs envies.

La température de l'eau de la piscine est comprise entre trente-et-un et trente-deux degrés. Celle-ci favorise l'entrée des enfants dans l'eau, par le faible écart de température entre la température extérieure et celle de l'eau. Cela permet aussi aux enfants d'avoir froid moins rapidement. L'effet de contenance est renforcé car la température chaude de l'eau aide à la détente musculaire.

c) Le premier accueil

Les familles qui intègrent ce groupe sont dirigées vers la psychomotricienne et l'éducatrice spécialisée par leur consultant référent.

Un entretien est alors organisé. Pendant celui-ci les thérapeutes expliquent aux parents et à l'enfant le projet, les objectifs et l'intérêt de ce groupe. C'est souvent à ce moment-là que les parents abordent leur ressenti et leur vécu par rapport à l'eau. Ils précisent aussi le vécu de leur enfant jusqu'ici : lors des temps de bain, pendant les vacances ou encore à la piscine si les parents l'y ont déjà emmené. Sont également abordées toutes les questions concernant l'aspect pratique : la tenue à apporter, les règles au sein de la piscine, la nécessité d'avoir une collation pour les enfants à la sortie de la piscine, le trajet à suivre pour accéder à la piscine, *etc.* En règle générale, lors de la première venue au groupe, nous donnons rendez-vous au parent et à l'enfant à la sortie de métro la plus proche afin de faire le trajet avec eux. Cet accompagnement est voulu pour poser dès le départ un cadre contenant, tel une enveloppe pour rassurer le parent du soutien accordé dans cette prise en charge.

d) Déroulement type d'une séance

Elle commence tout d'abord par le passage au vestiaire, lieu de transition entre l'extérieur et la piscine. Ce temps préalable au vestiaire est essentiel et matérialise une modification qu'implique l'eau : le déshabillage pour se mettre en maillot de bain. «Dans l'eau, le corps n'a plus la même présence. La tenue (le maillot de bain) transforme la forme des échanges sociaux. Ce n'est plus le vêtement qui enveloppe et protège, c'est l'eau»⁷⁰. En effet ce changement vestimentaire n'est pas anodin, il implique un autre rapport au corps et aux échanges avec l'autre. L'eau se substitue alors aux fonctions d'enveloppe du vêtement.

⁷⁰ POTEL.C, *ères*, 1999a, p.32

C'est une première confrontation au groupe, les vestiaires étant communs, où le corps est dénudé et placé sous le regard d'autrui. Le regard porté par les thérapeutes et les parents est bienveillant. Cela peut être parfois un temps d'agitation pour certains enfants : le corps étant libéré de ses vêtements, cela peut susciter chez eux l'envie de déambuler nus dans la pièce et de jouir de cet état où le corporel est au premier plan. La vue du corps nu peut ainsi être stimulante et excitante pour l'enfant. La question de la limite se pose alors. Ce temps nous offre une première observation et la possibilité de découvrir comment se passent les moments de transition en général (déshabillage, habillage, douche) ainsi que l'autonomie de l'enfant.

Le temps de rentrer dans l'eau arrive, il est très différent selon les enfants et leur parent. Pour certains il est massif et explosif. Pour d'autres l'entrée dans l'eau se fait plus timidement et sur la réserve, voire de façon réticente (particulièrement les premières fois).

Puis se déroule le temps dans l'eau. La rencontre se fait plus officiellement entre les dyades, les professionnelles et moi-même. Nous les accueillons ensemble avec une prise de contact : une conversation peut s'engager à propos de la semaine écoulée. Nous sommes à l'écoute des angoisses et des préoccupations parentales.

Les dyades sont libres dans leurs jeux et interactions. Il y a du matériel à disposition : bateaux, animaux, arrosoirs, tapis, frites, flotteurs, bassines, toboggan, structures (maison, rocher, cage). Les professionnelles peuvent intervenir avec des propositions. Celles-ci peuvent être corporelles comme du portage, de la détente, du déplacement, du saut, ou de l'ordre de la relation avec un jeu qui permet le partage avec l'enfant et le parent. Selon le jeu qui survient, la professionnelle se place au sein de la dyade ou prend du recul afin de leur laisser leur espace. L'accompagnement est libre et adapté selon chaque dyade. L'enfant peut jouer de façon duelle avec une des professionnelles, permettant ainsi en parallèle l'échange de l'autre professionnelle avec le parent. Cet échange porte sur la relation et les interactions, ce qui se joue dans l'eau avec leur enfant à partir de l'observation. Ont lieu également des temps d'échanges entre professionnelles lorsque les dyades sont autonomes ou en relation privilégiée. Ces échanges portent sur les capacités relationnelles et motrices des enfants, l'évolution de chaque enfant et de leur parent.

Enfin vient le temps de la douche et du rhabillage. Temps plus ou moins compliqué pour les parents et les enfants : certains enfants ont de grandes difficultés à sortir de l'eau, il faut annoncer et préparer la sortie. Ce second passage au vestiaire marque la fin du groupe, où la dyade quitte le milieu aquatique. Elle se douche, se lave, se rhabille pour retrouver le milieu extérieur.

II. Présentation du cas clinique : Issan et sa maman

1. Anamnèse

Madame est née en 1980 en France. Ses parents sont Algériens et elle est issue d'une famille nombreuse : elle est la dernière d'une fratrie de onze.

Madame a une histoire familiale très douloureuse. Elle a grandi dans un contexte de violence, et a vécu plusieurs traumatismes. Ses parents la maltrahaient, elle recevait des gifles, sans lien avec un bon ou un mauvais comportement de sa part. Madame a donc grandi dans «un environnement relationnel caractérisé par le chaos et l'imprévisibilité des interactions»⁷¹. Ainsi elle a été placée pendant une année à l'âge de trois ans. La maltraitance regroupe effectivement des conduites qui, par leur violence et leur répétition, sont susceptibles de retentir sur l'état général de l'enfant et de nuire gravement à son développement physique et psychologique. L'interaction maltraitante est un processus circulaire et auto-entretenu entre l'enfant et ses parents. L'enfant prend alors cette place de «bouc émissaire».

Lorsque Madame avait six ans, un de ses frères dont elle était très proche, est décédé en Algérie à l'âge de sept ans, écrasé par une voiture. Madame n'a pas appris sa mort immédiatement, elle dit avoir compris seulement à l'âge de douze ans. Un autre de ses frères qui présentait une schizophrénie est mort par suicide. Par ailleurs, certains de ses frères et sœurs ont été incarcérés pour trafic de drogue. Elle est actuellement toujours en contact avec ses frères et sœurs et a de bonnes relations.

Concernant sa relation avec sa propre mère, elle était très fusionnelle (Madame avait une place d'égale, de copine) et était marquée par la violence ; la mère de Madame ayant été elle-même maltraitée, tant dans son enfance que dans sa vie conjugale. Madame a conscience que ce lien était néfaste mais garde un grand respect pour sa mère.

Petite, Madame se décrit comme très agitée. Puis elle a eu une adolescence difficile sur le plan corporel : elle a rapidement présenté une obésité. Cela a entraîné chez elle, une dépression. Puis elle a été boulimique. Ainsi face aux traumatismes concernant la mort de ses frères, elle compensait par la nourriture. Elle parle bien de cette notion de plaisir de se «remplir» puis de se «vider» par culpabilité. Elle a alors été prise en charge dans un hôpital parisien à l'âge de dix ans, début de son surpoids, jusqu'à ses seize ans.

Ses parents sont décédés brutalement dans un accident de voiture en Algérie, lorsque Madame était âgée de vingt-sept ans. Elle a été très marquée par ce décès : aujourd'hui, dix ans plus tard, elle n'a pas fait le deuil de ses parents. Elle vit actuellement dans leur appartement et

⁷¹ BONNEVILLE-BARUCHEL E., 2015, p.53

la chambre de ses parents est restée intacte. A la suite de ce tragique évènement, elle est alors tombée dans l'alcool et est vite devenue dépendante. Ses conduites d'alcoolisation ont parfois été massives, jusqu'à se mettre en danger : elle a notamment fait un arrêt cardiaque et a été dans le coma trois jours. Elle faisait régulièrement des comas éthyliques, cela pendant deux années consécutives. Sa famille s'est disloquée au décès de ses parents, deux de ses frères et sœurs ont notamment été hospitalisés en psychiatrie.

2. Arrivée d'Issan

Madame a rencontré le père de ses enfants en 2010, en situation de grande alcoolisation. Lui aussi buvait de façon excessive. Ils ont aménagé ensemble une semaine après leur rencontre. Madame décrit Monsieur comme impulsif avec ses propres lois. Il y avait une grande violence dans leur relation, Monsieur frappait Madame, même enceinte. En effet, rapidement Madame tombe enceinte et elle met au monde un garçon que nous appellerons Issan. Il est né le 31 mai 2011. Puis un an plus tard Issan a une petite sœur. Madame décrit Issan comme un bébé calme et sage, qui dormait beaucoup. Des troubles de sommeil sont néanmoins apparus à la naissance de sa petite sœur.

3. Placement judiciaire

Les parents d'Issan buvaient et étaient violents physiquement, mais seulement entre eux. Le dispositif de la protection de l'enfance a été mis en place, après que les voisins aient signalé la situation, témoins des cris. En effet suite à ces signalements, une mesure d'Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO) a été mise en place. Madame a également déposé plainte, ce qui a accéléré la procédure de placement. Issan et sa sœur sont alors placés chez une assistante maternelle en juin 2014. Ce placement sous contrainte judiciaire est coordonné en lien avec l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Puis ils ont été placés en foyer, où Madame pouvait leur rendre visite une fois par semaine, une heure. Puis la mesure s'est assouplie, elle les a alors eu les week-ends, tous les quinze jours ; Madame s'étant aussi séparée de Monsieur en octobre 2014. Il est arrivé qu'à leur retour au foyer après le weekend chez leur maman, les enfants soient agités. Le foyer a alors suspendu les week-ends pendant quelques temps, ce qui fait replonger Madame dans l'alcoolisme.

Au départ cette situation de placement a été un soulagement pour Madame car elle savait qu'elle ne pouvait pas les prendre en charge en raison des violences. Mais malgré cela, Madame a vécu la séparation d'avec ses enfants comme une déchirure insupportable, et constatait, impuissante, que ses enfants n'étaient pas heureux.

Etant donné que Madame a été placée petite, au même âge qu'Issan, à trois ans, en raison de carences éducatives et de violences physiques de la part de ses parents, on peut supposer que

cela a résonné en elle d'une manière toute particulière. Madame projette en effet beaucoup tout ce qu'elle a été enfant, et associe son histoire à celle de ses propres enfants. Issan quant à lui, dira qu'il préfère être au foyer. C'est en effet le seul endroit sûr qu'il connaît.

4. Prise en charge d'Issan

En 2013, Madame emmène d'elle-même Issan en consultation au CMP car elle est inquiète. Issan, âgé d'à peine deux ans, se tape la tête contre les murs, se projette en arrière, hurle, projette des objets. Il est impossible de le prendre dans les bras. Outre cette agitation et désorganisation corporelle, c'est un enfant qui ne parle pas. Il se fait comprendre mais ne répète aucun mot. Les symptômes semblent liés aux violences conjugales dont Issan a été témoin. Il doit en effet, avoir les images en tête, de sa mère battue et violentée. «Or, le fait d'avoir subi directement la violence ou de n'en avoir été que spectateur n'induit pas de différence significative dans l'ampleur et la gravité des troubles du développement produits chez l'enfant qui y est confronté de façon précoce et répétée»⁷². Ainsi le fait qu'Issan ait été spectateur des violences conjugales a eu un impact sur son développement psycho-affectif.

Issan est alors pris en charge au CMP en mai 2013, pour trouble de la relation et retard global du développement dans un contexte de carences éducatives et de violences physiques dans le couple parental. Il présente une agitation et une instabilité psychomotrice. Il y a un retard global concernant la motricité fine, le graphisme et les préapprentissage scolaires. En revanche concernant la motricité globale, il n'y a pas de retard ; la marche par exemple, a été acquise à douze mois. Au niveau de la communication il y a très peu de langage. Dans ses conduites relationnelles et émotionnelles, il manifeste une difficulté dans la relation avec les pairs et une intolérance à la frustration. Il fait en effet des crises d'agressivité en situation de frustration. Cela a un retentissement sur sa sécurité : une surveillance constante est nécessaire en raison de mise en danger. Il y a également un retentissement sur la scolarité, en effet lorsqu'il est en âge d'entrer à l'école, apparaît la nécessité d'une Aide à la Vie Scolaire (AVS) pour le contenir.

Une prise en charge régulière est alors mise en place avec un suivi en pédopsychiatrie, l'intégration d'un petit groupe thérapeutique autour de la socialisation avec une infirmière et un psychiatre, et plus tard un suivi en psychomotricité (un bilan psychomoteur est alors réalisé⁷³). Ces dispositifs ont lieu une fois par semaine. La famille bénéficie alors d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour l'accompagnement aux soins.

⁷² *Ibid*, p.54

⁷³ Cf annexe 2

Au début de la prise en charge, avant le placement, le suivi était très discontinu. Les soins d'Issan étaient en effet peu réguliers, en fonction de l'état de la mère. Pour justifier son irrégularité, elle prétextait des problèmes de dos, mais en réalité elle était violentée. Les soins au CMP étaient alors interrompus.

Lors des premières rencontres, Issan était extrêmement agité, instable, peu dans la relation, sans langage, se tapant la tête contre les murs. Madame était incapable de s'accorder avec son fils, de lui poser de limites ou de le contenir.

Depuis le placement, Madame est très assidue et régulière pour les soins de son fils. Avec les différents suivis, Issan commence à faire des progrès. En effet, après le placement en foyer et «la mise en route» du suivi, Issan est un enfant beaucoup plus posé, ouvert à la relation, curieux, avec un accès aux jeux symbolique. Le langage commence alors à s'installer. Madame, elle, est plus apaisée, et a pu exprimer ses difficultés à s'occuper de ses enfants.

En Août 2014, le projet thérapeutique pour Issan, est d'intégrer par la suite un Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et une famille d'accueil thérapeutique (Issan étant placé depuis juin 2014). Le suivi en pédopsychiatrie se poursuit, et à partir de septembre 2014, à l'âge de trois ans, Issan intègre le groupe piscine parents-enfants. Madame participe alors consciencieusement aux soins, à savoir le groupe piscine parents-enfants - pendant lequel elle partage un moment privilégié avec son fils - et les entretiens avec la pédopsychiatre une fois toutes les trois semaines.

Le suivi en psychomotricité cesse en 2015. Issan est désormais suivi au Jardin d'Enfant Thérapeutique (JET) depuis septembre 2015, trois fois par semaine. Ainsi il entame, cette année, sa deuxième année au JET. Le père commence alors à être plus présent et s'intéresse aux soins de son fils.

Issan est actuellement scolarisé en grande section. Mais malgré la reconnaissance de besoin de soins par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), il n'a pas eu d'AVS dès la petite section. Ce qui limitait le temps de scolarisation à une heure par jour car en grand groupe Issan était rapidement désorganisé. Puis l'école a accepté d'augmenter un peu le temps de scolarisation, le trouvant progressivement plus apaisé et une AVS, présente constamment, a été mise en place.

Depuis le début de la prise en charge, Issan a en effet fait beaucoup de progrès : il a désormais un accès au langage (depuis le placement). Il présente moins d'instabilité et d'agressivité envers les pairs, ainsi que moins d'intolérance à la frustration. Mais malgré tout, un retard global (surtout au niveau du langage et de certaines fonctions psychomotrices comme la canalisation de la motricité et la régulation tonique) persiste, auquel s'ajoute un trouble de

l'attention. Il présente en effet des difficultés de concentration qui nécessitent l'étayage de l'adulte. En revanche les progrès dans la relation mère-enfant sont visibles et évidents⁷⁴. Après notamment deux ans dans le groupe piscine parents-enfants, Issan commence à être plus posé et à créer un vrai lien : il interpelle l'adulte et pose beaucoup de questions. Ainsi il s'apaise et s'humanise.

Malgré les progrès, Issan a encore besoin de soins, surtout que le rapport au groupe reste difficile. Une prise en charge plus institutionnalisée paraît indiquée. Le retour à domicile a progressivement été envisagé et s'est petit à petit préparé. Madame était alors plutôt angoissée de savoir ce qu'elle allait faire avec ses enfants, comment les occuper. A partir de décembre 2016, (Issan est alors âgé de cinq ans) Madame a eu la garde continue. Bien qu'il s'agisse d'une étape importante et favorable à la relation mère-enfant, Madame reste fragile et a besoin d'être soutenue et accompagnée dans son rôle de mère.

5. Portrait d'Issan

Lorsqu'Issan est confronté aux autres enfants, comme au JET, l'autre est insupportable pour lui. Il s'enferme souvent dans des jeux de trains. Lâcher le train pour faire confiance à l'autre et jouer avec cet autre, n'est pas possible. Il a toutefois des phases : il peut être en lien et être dans un processus d'élaboration, ou s'enfermer dans ses jeux. Nous pouvons supposer que cela est en lien avec l'état psychique de la maman. Issan est ainsi dans un rapport à l'autre compliqué.

Auparavant, il y avait une excitation importante à la vue du corps nu : par exemple, Issan à la vue des pieds nus des autres enfants, se jetait et collait sa tête sur cette partie du corps. Il présente notamment une pleine jouissance quant au toucher et au massage. Outre le fait qu'il y prenne beaucoup de plaisir, le contact corporel l'apaise et il peut alors se détendre.

Son rapport au corps de sa mère est très fusionnel. En effet il «rentre» dans le corps de celle-ci (il la cogne, l'embrasse sur la bouche). La question de l'enveloppe est donc intéressante, notamment du côté de la pare-excitation, qui est une des fonctions du «Moi-peau»⁷⁵ de D. ANZIEU (1985). Le système de pare-excitation est un système de filtrage et de tamisage des stimulations externes. Une partie de ce système se trouve placé sous le contrôle de l'adulte qui s'efforce de placer l'enfant dans un environnement sensoriel de type ni trop, ni trop peu afin d'éviter à l'enfant le risque de carences, de surstimulations. Ici, Madame est en difficulté pour induire cet environnement. Une autre partie est prise en charge par le bébé lui-même à travers la régulation de ses états de vigilance et aux processus d'habituation⁷⁶. Dans la petite enfance,

⁷⁴ Cf *infra* p.79, 80

⁷⁵ ANZIEU D., 1985

⁷⁶ GOLSE B., 2006

la mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé, en protégeant son nourrisson des stimulations trop fortes. Puis, l'enfant intériorise cette fonction maternelle à son propre fonctionnement. Pour D. ANZIEU, cette fonction de pare-excitation se développe en s'appuyant sur une fonction corporelle, la peau, dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental qui aboutit à l'élaboration du «Moi-peau». En filtrant les informations, le «Moi-peau» permet un sentiment de constance et de permanence rassurantes permettant la régulation des affects. Cette fonction de pare-excitation qui paraît indispensable, manque à Issan pour contenir son agitation.

6. Portrait de Madame

Madame est peu paisible, à la mesure de son état psychique. Elle est instable dans son discours : elle parle beaucoup et passe d'une chose à l'autre. Elle semble phobique du lien : elle remplit l'espace, envahit l'autre de discours, d'enthousiasme, pour ne justement pas être confrontée à autrui (c'est d'ailleurs une mère qui a une problématique avec le remplissage : boulimie, addiction à l'alcool). Ainsi c'est une mère qui a besoin de parler, et qui accapare l'autre en racontant ses «malheurs». Elle envahit donc l'espace par la parole mais sa parole n'a pas d'impact : elle parle mais sans que la parole soit vécue, ce qui se retrouve beaucoup chez les personnes souffrant d'addiction. Elle a un débit de mots important mais parler ne l'apaise pas. Elle est ainsi plutôt envahissante, n'ayant pas suffisamment d'enveloppe. Elle dit qu'elle ne boit pas mais est très angoissée. Elle dit aussi ne pas vouloir faire de mal à ses enfants, que ce ne sont pas ses «médicaments».

Son état psychique peut relever de l'ordre de la manie : agitation, excitation, logorrhée, fuite des idées... En effet il est parfois difficile de la suivre, elle nous parle d'un grand nombre de projets, qui ne sont pas forcément adaptés à la réalité. Cet état d'agitation cache le vide. Dans ces moments de vides, elle boit. Elle est alors indisponible, prise par son histoire. Toutefois, elle est dans l'attente de quelque chose, qu'on lui apprenne comment être avec ses enfants, comment les élever... Elle est en effet beaucoup dans la demande. Bien qu'au début elle se déresponsabilisait avec le foyer où étaient placés ses enfants. Elle apparaît très démunie.

Madame semble ne pas posséder d'objets internes qui fait fonction de contenance pour l'apaiser. Lorsque le bébé est désorganisé, la mère prête sa fonction contenant au bébé. Cette capacité maternelle contenant a pu alors être faite sienne, afin de s'apaiser seul plus tard. Dans le cas de Madame, «Il n'est plus suffisant dès lors d'offrir la fonction contenant jusque-là défaillante, il faut un long et difficile travail d'élaboration, s'il est encore possible, pour redonner au sujet la capacité de recourir aux objets contenant extérieurs dont il a besoin»⁷⁷. Madame présente clairement un déficit de portage, un trouble qui relève du *holding*, qui a fait

⁷⁷ HOUZEL D., 2008, p.51

défaut dans sa petite enfance. Elle n'a elle-même pas reçu un toucher contenant et enveloppant, il est alors difficile de le transmettre. Madame n'a en effet connu que la violence. Il est complexe de trouver un autre schéma de fonctionnement, ce qui fait qu'elle n'arrive pas à poser une limite.

7. Lien d'Issan avec sa maman

La relation de la dyade est complexe. Issan est parfois très agressif et Madame réagit en miroir, en n'étant ni enveloppante, ni contenante. Au fil du temps, Issan est de moins en moins dans cette agressivité, bien que la maman soit assez excitante et non apaisante. Il y a en effet dans cette relation beaucoup d'excitation. A certains moments, Issan est très «collé» à sa mère ; Ce n'est jamais la bonne distance. Issan absorbe notamment l'angoisse de sa maman, telle une éponge et devient alors très agité. Il est en effet, très perméable au niveau de ses enveloppes émotionnelles.

Madame est incapable de poser une limite à son fils, car cela n'a pas de sens pour elle. En effet, elle-même était frappée, que les raisons soient justifiées ou non. Elle s'est alors dit avant d'être mère que jamais elle ne frapperait ses enfants. Mais les transgressions d'Issan sont un appel à la limite adressée aux adultes. Il en a besoin comme tous les enfants. Il faut donc aider Madame à trouver la juste façon de poser les limites et ainsi l'aider à occuper cette place de mère qu'elle ne prend pas.

Quand Issan est agressif et tape sa maman, Madame ne peut rien en dire, et se laisse faire. Elle subit alors ces moments de persécution qui induisent un retrait de sa part. Mais quand elle se replace en tant que mère, Issan se calme et il est même rassuré. En effet,

«il est très angoissant pour un enfant de vivre sans repères, d'être en quelque sorte prisonnier de sa toute-puissance. Au contraire, il est rassurant pour lui d'être confronté à des limites qui vont être des appuis solides pour appréhender le monde dans sa réalité. Les limites posées à l'enfant engagent fortement les adultes dans l'idée qu'ils se font d'être parents»⁷⁸.

Au cours de la prise en charge, il y a eu des périodes plus apaisées au niveau du lien. Mais de temps à autre, à nouveau Issan devenait terrifiant pour Madame, elle ne savait pas comment répondre à sa violence. Elle vivait les choses comme s'il s'agissait d'un adulte violent face à elle et non d'un enfant. Puis, soutenue et accompagnée, notamment au groupe piscine parents-enfants, elle a pu progressivement reprendre sa place de mère. Elle n'est plus apeurée par Issan, désormais elle pose son autorité. Bien qu'elle ait encore besoin de soutien comme nous le verrons ci-après. Elle se disait que ses enfants seraient libres, qu'elle ne poserait jamais de limites. Progressivement elle comprend qu'il est nécessaire d'en poser.

⁷⁸ POTEL.C, 1999a, p.114

Enfin, Madame projette beaucoup sa propre histoire sur ses enfants, notamment concernant son jeune frère décédé à l'âge de sept ans : elle avait le même écart d'âge avec lui, qu'il existe entre ses deux enfants. Elle identifie ainsi Issan à son frère : elle le nomme souvent «Bilou», surnom de ce frère. Il y a derrière cela, la question de la mort, qui n'est ni représentée, ni mise en mots chez Madame. Nous lui avons rappelé que ses enfants n'ont pas la même histoire qu'elle, et qu'il est nécessaire qu'elle prenne de la distance.

III. Les séances du groupe piscine parents-enfants

Dans cette partie, je décris douze séances vécues dans le groupe piscine parents-enfants. J'apporte à la suite de chacune une analyse et des éclairages théoriques. Les séances décrites se déroulent de septembre 2016 à février 2017. Issan âgé de cinq ans, débute sa troisième année dans le groupe.

Je vous présente rapidement un autre enfant du groupe, avec lequel Issan est parfois en interaction. Nous l'appellerons Elie. Il présente un retard global. Il a un lien tyrannique avec sa maman qui présente une immaturité. Celle-ci se laisse déborder, en ne posant pas de limites, en verbalisant beaucoup mais cela à l'infini. Elie cherche à toujours maîtriser la situation et à être au centre. Le groupe piscine parents-enfants a été indiqué pour travailler le lien et la relation mère-enfant au vu des difficultés d'interactions, et notamment soutenir cette maman dans le maintien de sa posture maternelle.

1ere séance

C'est la première fois que je rencontre Issan. La psychomotricienne me présente (chaque année un stagiaire est accueilli dans ce groupe, les enfants ont donc l'habitude). Elle rappelle que je serai présente tous les mercredis, pour pouvoir jouer ensemble. Issan entend mais est absorbé par ses jeux encore solitaires.

Aujourd'hui pour cette séance de reprise, Issan est «bien», d'après la psychomotricienne qui le connaît depuis plusieurs années. En effet il joue beaucoup et est aussi capable de se poser avec un objet, c'est-à-dire de jouer tranquillement sans être en permanence dans un lien d'excitation, ce qui n'était pas possible auparavant en début de prise en charge. En revanche la sortie de l'eau est difficile, Issan proteste et n'accepte pas la fin de la séance.

Pour ma part, j'ai trouvé que ce garçon était excité : il s'agitait dans tous les sens, faisait beaucoup de sauts sous l'eau de manière démonstrative. Je remarque aussi qu'il est plongé dans ses jeux, comme dans une bulle. Il fait alors abstraction de l'environnement qui l'entoure.

Le premier contact dans la relation et de surcroît dans l'eau est un moment primordial dans la rencontre. «L'eau, par ses propriétés spécifiques, entraîne des modifications sur la façon d'être dans son corps et médiatise autrement la relation à l'autre, aux autres »⁷⁹. Cette façon d'être dans l'eau, de mon côté comme du côté de l'enfant, nous engage dans un processus d'adaptation, et d'appropriation de l'autre. «Le plus important est peut-être, lors de cette première séance, la création d'un lien»⁸⁰. Mais ici l'interaction ne se fait pas, il n'y a notamment pas de regards, Issan étant «immergé» dans ses jeux dans l'eau. Il est en effet absorbé par son

⁷⁹ POTELE, C, 1999a, p.32

⁸⁰ *Ibid*, p.72

jeu et ignore la présence de l'autre. Il est intéressant d'étudier comment cette relation dans l'eau va évoluer.

2^e séance

Je prends le temps de me représenter, je lui précise à nouveau que je suis là tous les mercredis et que je peux jouer avec lui. Issan est beaucoup dans l'agir : il saute, il se jette sous l'eau. Il développe un jeu avec les bateaux : il les accroche en file indienne. Pour lui ce sont des trains. Il les fait avancer puis joue à «faire des accidents». Il m'implique dans son jeu en m'interpellant et en me racontant le scénario qu'il s'est construit. J'apprends par la psychomotricienne que les trains relèvent de l'ordre de l'obsession chez lui. Mais le fait qu'il soit dans l'interaction est un grand changement par rapport à l'année passée. Il est ainsi dans l'échange avec moi : il m'explique ce qu'il imagine et nous jouons ensemble à travers l'imaginaire qu'il s'est créé. Quand je le quitte il joue avec sa maman qui comme moi rentre dans son jeu : «un accident ! il faut appeler les pompiers ! est ce qu'il y a des blessés ?». Cette aptitude de la maman à construire un imaginaire avec son fils, ainsi qu'être actrice et partenaire du jeu de son enfant est prometteur pour le travail de soutien à la relation mère-enfant.

La relation entre Issan et moi est engagée. Issan n'identifie les adultes que depuis cette année, maintenant nous existons en tant que sujets. Son rapport à l'autre est clivé, soit il ignore l'autre (comme dans la première séance) soit il réalise qu'il doit faire avec les autres comme dans les soins en collectif (au JET notamment).

Dans cette séance il est dans l'interaction et l'échange. Ainsi Issan est beaucoup dans le jeu. L'eau en effet, «c'est également une matière à jouer, qui va permettre des expériences ludiques, constructives, qui vont engager le corps dans des jeux moteurs et psychomoteurs»⁸¹. Il est dans le jeu avec l'autre, notamment avec sa maman. Cette mère est capable d'être dans le jeu de faire-semblant avec son fils, de partager du symbolique, et ainsi de créer du lien et de la complicité.

3^e séance

Après une longue interruption en raison des vacances et d'une absence, Issan ne se souvenait plus de moi (lors de cette séance, c'est un peu difficile pour lui d'intégrer mon prénom, mais par la suite il m'appelle correctement quand il me sollicite).

Il joue à se jeter et à aller sous l'eau. En immersion il passe sous le «rocher». Sa maman est impressionnée et fière. La maman, un peu en retrait, évoque un mal de dos et justifie ainsi qu'elle s'accorde une pause. Mais quand Issan monte en excitation, en criant et en s'agitant, elle ne prend pas sa place de mère. C'est l'éducatrice spécialisée qui pose les limites en haussant la voix. Après cela, Issan reste sous l'eau pour ne pas entendre, il est fâché. La maman dit qu'il

⁸¹ *Ibid*, p.45

ne supporte pas d'être repris et grondé, ce qui limite chez elle l'utilisation du «non». Puis il joue avec la bassine (qui sera un objet récurrent dans ses jeux) qu'il imagine être un bateau. Il se met dedans, coule, recommence... Issan me sollicite beaucoup dans son jeu : il m'ordonne de remplir la bassine, de mettre la grande bassine dans l'eau, *etc.* Il a son idée mais tout n'est pas possible pour des raisons de sécurité par rapport aux bébés dans l'eau. Il me questionne et me demande alors pourquoi. Malgré cela, Issan ne fait pas attention aux plus petits dans le bassin : il lance violemment la bassine dans la piscine. A ce moment-là, l'éducatrice spécialisée dit «stop» et pose la limite, cette limite que sa maman ne met pas.

Puis il joue dans la structure «maison», il m'explique qu'il est prisonnier dedans et qu'il doit en sortir. Il est alors encore beaucoup sous l'eau. Le jeu s'ouvre avec sa maman qui s'y associe. Elle vient le «sauver» et en joue : elle accourt, l'appelle par des noms affectueux ou s'écrie avec beaucoup de démesure «mon fils ! je viens te sauver». Il y a une certaine complicité qui se joue, cela fait rire Issan.

Puis la séance touche à son terme et ils sont les derniers à rester dans la piscine. Issan prolonge ce temps puis accepte de sortir à la demande calme mais ferme de l'éducateur sportif responsable du groupe «bébé dans l'eau». À la sortie dans le hall d'entrée Madame appelle Issan, «Bilou», le surnom de son frère décédé.

Issan est dans des jeux assez brutaux : jeux de se jeter dans l'eau, de sauter du «rocher». Il reste en relation, malgré ses nombreuses immersions qui coupent le lien. Il communique mais seulement avec l'adulte, pas avec les autres enfants.

Il y a beaucoup d'excitation que la mère ne contient pas, ni ne canalise. Auparavant, au début de la prise en charge dans le groupe piscine parents-enfants, ensemble ils n'étaient pas dans le ludique mais dans la «bagarre».

Madame ne pose pas de limites à Issan. Mais «Les limites posées, frein à la toute-puissance de l'enfant, l'aident à grandir et à acquérir une vraie autonomie»⁸². Madame interagit avec son fils seulement dans les bons moments : ceux de jeux. Ceux-ci sont d'ailleurs excessifs. Ils sont en effet dans la démesure physique ou dans l'exagération symbolique. Le débordement et la disproportion caractérisent leur relation.

La maman fait sans cesse des projections, elle ne donne jamais à Issan la place qui lui revient. En effet quand il est violent, elle voit le père de ses enfants. Quand ils sont en fusion, elle voit son propre frère. D'où cette situation en fin de séance où madame appelle Issan «Bilou». Il est nécessaire qu'elle se décentre de son histoire.

⁸² *Ibid*, p. 116

4^e séance

Issan est dans le jeu avec un autre enfant du groupe, Elie, car ils voulaient tous deux le même jeu : la panière. Elie est dedans (avec des flotteurs) et Issan le pousse. Ce dernier joue au capitaine, cela est verbalisé par la psychomotricienne. Mais Issan devient soudain agressif et fait couler la panière. Elie est sous l'eau et s'agrippe à Issan, il lui griffe le cou. Une fois l'incident terminé, Issan ne comprend pas ce qui s'est passé et pourquoi Elie l'a griffé : il ne fait pas de liens. Il n'élabore pas que dans la panique Elie a eu peur et qu'il ne maîtrisait pas ses gestes. Ce manque de lien peut traduire un clivage. C'est-à-dire une dissociation entre l'action et la pensée.

Madame encourage peu Issan à aller vers les autres enfants. En effet, elle ne l'incite pas à jouer avec ses pairs. Ils jouent plutôt ensemble, mère et fils.

Soudain Issan dit un gros mot en arabe puis se jette dans la piscine. Ce mot choque sa maman, elle a le visage ébahi. Mais elle n'intervient pas. En revanche, elle s'adresse et se tourne vers nous, en disant «vous avez vu ?». Mais elle n'en dit rien d'autre, et surtout elle n'en signifie rien à son fils. Avec notre soutien, elle s'adresse à lui fermement, pour le reprendre. Cette situation montre combien elle est en difficulté pour mettre une limite qui s'impose. Il semble assez confortable pour elle que quelqu'un d'autre prenne cette place d'autorité. Elle se déresponsabilise car elle ne veut pas endosser le mauvais rôle.

Issan peut jouer avec un adulte, il peut construire un jeu même si le scénario est rudimentaire. Mais il présente un manque de lien évident avec les autres enfants. Le jeu avec Elie notamment n'était pas intentionnel.

Concernant le toucher, Issan est soit dans le rien soit dans le trop. Son contact est brusque, excitant, désorganisé. Il est alors très agité, sans contenance corporelle. Il est difficile pour la maman de lui apporter cette contenance, n'ayant elle-même pas vécu cela enfant.

La question de la limite est compliquée pour Madame, celle-ci étant fragilisé sur ce point. «Cette intégration des limites va passer essentiellement par les mots et par les actes. C'est-à-dire tout ce qui soutient le processus de symbolisation»⁸³. Avec notre étayage, c'est par les mots que Madame reprend Issan. Les difficultés de Madame à ce sujet s'expriment notamment par des conduites qui testent les limites (alcoolisme). Malgré ces lacunes, elle doit faire contenance pour son fils dans cette capacité maternelle.

5^e séance

Issan est aujourd'hui particulièrement calme. L'éducatrice spécialisée a repris la veille avec la maman sur le fait de poser des limites à Issan. Ce qu'elle ne parvenait pas à faire seule. Madame a entendu et cela a été suivi d'acte : quand elle est allée chercher Issan au Jardin

⁸³ *Ibid*

d'Enfant Thérapeutique (JET), celui-ci était excité et agressif. Elle a alors pu poser un cadre. Elle a intégré que c'était bon que son fils soit contenu par des limites. Elle dira «Même si je culpabilise de le gronder je sais que c'est pour son bien». Elle a ainsi réussi à prendre sur elle et a recadré les choses.

Pendant cette séance à la piscine, Issan joue tranquillement et s'adresse calmement à sa maman. Madame discute beaucoup avec l'éducatrice et Issan joue à côté, parfois il l'interpelle.

Madame se remet beaucoup en question, nous la valorisons : Issan par son comportement à la piscine montre qu'il s'est rappelé et a été marqué par la limite imposée par sa mère la veille. La psychomotricienne souligne à Madame qu'Issan est capable de comprendre que sa maman peut le gronder et par la suite passer un bon moment avec lui.

Issan fait preuve d'une capacité à jouer seul⁸⁴ en présence de l'adulte telle que l'a décrite D.W. WINNICOTT (1958). «Le fondement de la capacité d'être seul est l'expérience vécue d'être seul en présence de quelqu'un»⁸⁵. D.W. WINNICOTT montre comment le petit enfant, pour mûrir affectivement fait l'expérience de la solitude bien que sa mère soit à ses côtés.

«Etre seul en présence de quelqu'un est un fait qui peut intervenir à un stade très primitif, au moment où l'imaturité du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère. Puis vient le temps où l'individu intériorise cette mère-support du moi et devient ainsi capable d'être seul sans recourir à tout moment à la mère ou au symbole maternel»⁸⁶.

La capacité à jouer seul en présence de l'adulte, révèle un attachement sécure. Ainsi bien qu'Issan et sa maman aient créé un lien d'attachement complexe, lorsque le cadre est posé, il est rassurant pour Issan d'évoluer dans celui-ci.

Madame n'était ni loghorrique, ni angoissée. Elle était au contraire tranquille et apaisée. Par influence réciproque Issan l'était donc aussi. «Les points majeurs caractérisant la notion de réciprocité concernent les questions suivantes : Chaque partenaire perçoit-il les messages de l'autre ? En tient-il compte ? Comment les prend-il en compte et comment affectent-ils son propre comportement et ses propres attitudes ? »⁸⁷. Ces questionnements amènent à réfléchir sur l'influence des comportements des deux partenaires de la dyade sur l'un et sur l'autre. Je constate que lorsque la maman va bien - ou mal - l'enfant le ressent et cela a des répercussions sur son état propre. De même si c'est l'enfant qui est apaisé ou en difficulté, cela aura des conséquences sur les affects de la mère qui sera soit sereine et rassurée, soit inquiète, angoissée, voire alarmée. Ces états émotionnels ont un impact réciproque sur l'un et l'autre, en raison du lien d'attachement et de l'histoire de la relation entre l'enfant et sa mère. En effet, «le cycle de

⁸⁴ WINNICOTT D.W., 1958

⁸⁵ *Ibid*, p.333

⁸⁶ *Ibid*, p.329

⁸⁷ LEOVICI S., STOLERU S., 1983, p.169

la réciprocité caractérise la qualité de l'échange qui a lieu et traduit parfaitement l'histoire d'attachement entre un parent et un enfant particulier»⁸⁸.

6^e séance

Suite à ma proposition, nous sommes dans un jeu à trois, avec Issan, sa mère et moi-même. A l'initiative de Madame, nous sommes à tour de rôle, le requin, le dauphin et la baleine. L'un attrape les deux autres. Issan s'accroche à moi, au niveau du dos pour fuir. Il a un toucher brusque et instable : simultanément, il s'agrippe et glisse. Puis le jeu se termine, Issan n'y trouvant plus d'intérêt. La maman se met alors en retrait, nous laissant dans une relation duelle. Issan me raconte alors une histoire : «on est dans la mer, le bateau est parti». Il se jette dans l'eau et vient s'accrocher à moi. Il va et vient. Il reste toutefois dans l'interaction avec moi.

Issan a un contact fuyant. Il a besoin d'appuis, alors que paradoxalement il présente un faible investissement des appuis plantaires, étant la majorité du temps en immersion. Il marque son territoire relationnel et émotionnel. Cela en sollicitant l'adulte, tout en restant décisionnaire et maître de la relation.

L'eau pour Issan est un espace de liberté, c'est aussi un espace sécurisant. En outre il semble présenter une aisance particulière dans l'eau, allant sous l'eau, sautant, *etc.* mais finalement cette aisance motrice est illusoire, que maîtrise-t-il ? Ces enfants insaisissables n'ont pas peur, or la peur est nécessaire face aux aspects dangereux de l'eau (profondeur, angoisse, noyade). Issan a l'illusion de pouvoir tout faire comme si, par analogie, il était dans le ventre de sa mère. Ainsi il se jette en arrière tel un tout-petit. Cette position régressive est favorisée par l'eau, où la notion de poids est différente. Le corps d'Issan s'exprime ainsi : il se jette mais vient aussi s'accrocher au corps de l'autre.

Enfin l'eau nourrit la relation, et permet notamment des jeux et des interactions avec la maman. Mais à ce moment-là, Madame ne le porte pas assez par le regard et la voix, ce dont il a besoin.

7^e séance

La semaine avant les vacances scolaires, les frères et sœurs des enfants du groupe sont invités à la séance. Ainsi, Issan a tissé un lien avec la sœur d'un autre enfant du groupe. Cette dernière a son âge et ils jouent beaucoup ensemble. Ils vont et viennent à l'intérieur et à l'extérieur de l'eau. Ils font du toboggan. Ce jeu de dedans/dehors est constructif et constitue une étape du développement. En effet, S. FREUD (1905) parle, à propos de la sexualité infantile, du stade anal⁸⁹, où l'enfant entre un an et trois ans, fait l'expérience des frontières du corps, dedans/dehors, par le contrôle de la défécation. Ces enfants prolongent cette

⁸⁸ BELL L. *et al.*, 1996, p.7

⁸⁹ FREUD S., 1905

exploration à travers l'environnement de la piscine. Quand la partenaire de jeu d'Issan part, l'heure de fin étant arrivée pour cette famille, Issan demande à sa maman si eux aussi ils partent. Issan est fâché de se retrouver seul pour jouer.

Je lui propose alors de jouer ensemble, même s'il ne s'agit pas d'une interaction du même ordre qu'avec un enfant de son âge. Puis il joue avec Elie. L'éducatrice fait intermédiaire. Issan se jette comme à son habitude dans l'eau. Puis, dans un accès plutôt agressif, il s'agrippe à moi de façon très forte, il dit avoir peur de couler alors qu'il a l'habitude d'être sous l'eau. Au loin, les mamans d'Elie et d'Issan discutent ensemble.

Il y a une évolution dans les modes de relation d'Issan. En effet celui-ci est en lien avec un enfant de son âge. Ses jeux et ses attitudes sont adaptés. Cela est positif : il arrive à être dans une interaction appropriée avec un de ses pairs. Il est dans le plaisir du jeu avec cette petite fille qui ne présente pas de trouble. En revanche l'interaction est plus compliquée avec un enfant du groupe du CMP, où la médiation de l'éducatrice est nécessaire. Je constate qu'Issan a encore des difficultés à tolérer la frustration.

Il a des postures régressives, il vient se coller au corps de l'autre, l'eau étant un milieu favorisant la régression. Il peut alors resurgir des angoisses archaïques comme l'angoisse de liquéfaction : la peur de s'écouler avec l'eau, qui se traduit par les comportements adhérents d'Issan. Il me semble qu'Issan par son contact insécure, revit ces postures de tout-petit. En effet, «cette matière de l'eau peut favoriser des expériences régressives, dans leurs implications sensorielles»⁹⁰.

8^e séance

Issan joue avec sa maman, elle le coule, cela fait rire Issan qui en redemande. Il y a aussi des moments de câlin entre eux. Depuis les vacances, Issan vit avec sa maman qui a la garde alternée avec le père. Cela contraste avec la période avant le retour chez sa maman où il était très agité. En effet la date avait été repoussée, et Issan en voulait à sa maman, il était en colère. Or,

«L'eau est une bonne surface de projection des émotions (tant pour les adultes que pour les enfants). Les événements qui jalonnent la vie d'un enfant ont une forte implication sur son expression corporelle. Dans l'eau c'est cette expression du corps qui occupe le devant de la scène, et l'enfant va avoir là une occasion formidable d'exprimer ce qu'il vit»⁹¹.

C'est le cas pour Issan à ce moment-là.

Ainsi Madame a eu avec elle, ses deux enfants durant toutes les vacances et cela s'est bien passé. Elle me raconte qu'au cours de ces deux semaines elle les a emmenés au cirque, au

⁹⁰ POTEL.C, 1999a, p.45

⁹¹ *Ibid*, p.54

cinéma, dans un centre culturel. La rentrée implique des changements dans son quotidien. Nous en discutons : c'est un rythme à prendre. En effet elle les emmène à l'école, et fait les suivis au JET et au CMP. Il y a le soutien du Service d'Accueil de Jour (SAJ) qui est un relai où elle peut les déposer pour avoir des temps, seule, avec l'un ou l'autre. Le fait de parler de son quotidien, de ce qui la préoccupe, ne semble pas en lien direct avec la séance en piscine. Mais au contraire, car la verbalisation de ses difficultés est un moyen pour nous de la porter et qu'elle se sente ainsi contenue et soutenue. Cela afin de pouvoir elle-même, porter et contenir son fils.

Ainsi, il semblerait que Madame, se sentant portée par notre disponibilité, est plus contenante dans l'eau pour son fils : dans l'eau, son portage et son toucher sont plus sécurisants qu'avant. Les situations de portage se font après des sauts dans l'eau : Madame rattrape Issan et le porte dans ses bras suite à la réception. C'est une évolution par rapport à l'année passée : Madame le jetait, dans le jeu, elle le faisait sauter mais ne le portait pas. Le contact physique, et par ce biais le dialogue tonique était bref. Il y avait donc peu de portage. Par ailleurs, les enveloppes étaient mises à mal : ils se rentraient dedans, se heurtaient. Je suppose que le toucher était difficile avec la situation de placement. La situation complexe engendrait de l'agressivité dans la relation malgré un attachement visible.

Le lien d'attachement «se réfère aux connexions émotionnelles entre les personnes lorsqu'elles sont en relation d'intimité avec les autres»⁹². Issan est dans un lien intime avec sa maman qu'il a retrouvée dans le quotidien. J'observe ainsi des émotions dans le jeu entre Issan et sa maman (joie, plaisir). Le toucher de la maman, par le biais du portage est plus contenant et adapté. Lors du portage, qui peut constituer un enveloppement, la mère doit en effet être contenante avec un bon ajustement tonique pour que l'enfant soit sécurisé. Ce moment est un moment privilégié où les liens affectifs et relationnels se construisent, favorisant la dynamique de l'attachement et la capacité d'empathie. Par cet enveloppement, le parent peut ainsi répondre au besoin fondamental de l'enfant de se sentir contenu, soutenu, enveloppé et lui apporte alors une sécurité de base.

9^e séance

Issan est «brute» dans son contact à l'autre. Il s'accroche à sa mère. Il veut l'embrasser sur la bouche. Nous discutons avec Madame autour du fait d'embrasser ses parents sur la bouche. Madame évite avec ses enfants mais elle embrassait ainsi ses parents jusqu'à leur décès. Elle est consciente que cela engendre un lien particulier.

A cette séance il y a la présence des frères et sœurs des enfants du groupe. Issan joue un peu avec des enfants plus grands que lui et qui vont bien : deux garçons de huit et neuf ans. Il est

⁹² GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2002, p.15

dans l'interaction. Avec mon soutien, il leur a demandé s'il pouvait jouer avec eux. Mais ses jeux les font fuir : il saute, éclabousse... les grands le délaissent un peu.

Puis Issan retourne jouer avec sa maman. Il va et vient. Puis soudain, il tape, pince, et éclabousse sa maman. J'interviens, il me tape aussi. Je ne l'autorise pas et lui explique pourquoi. Sa maman se fâche également. Mais cela provoque chez Issan des rires. Sa maman arrive à lui imposer une limite : elle le fait sortir de l'eau et affirme son autorité en décidant quand il pourra revenir jouer. Issan rit mais finalement écoute et obéit. Je soutiens la maman dans son positionnement. Une fois la punition finie, il garde rancune et m'éclabousse quand je reviens vers lui. Je lui explique que nous ne sommes pas fâchés, qu'on peut jouer à nouveau ensemble mais qu'il était nécessaire qu'il comprenne qu'il n'est pas autorisé à taper *etc.* Puis à nouveau il joue avec sa maman, et s'accroche beaucoup à elle.

Puis, quand la fin de la séance est imminente, il ne veut pas sortir de l'eau. Sa maman lui impose, elle se place alors à nouveau en tant que mère «limitante».

Madame a mûri et a compris les limites justes et bienveillantes qui se veulent protectrices. «Au début, un enfant, s'il doit se sentir libre et devenir capable de jouer, a besoin d'être conscient d'un cadre, il a besoin d'être un enfant insouciant»⁹³. En effet, un cadre contenant permet à l'enfant de vivre sans préoccupations et de façon insouciance, caractéristiques propres à l'enfance.

Madame se préoccupe du regard des autres par rapport à la question de l'autorité. Elle a peur du jugement d'autrui, de passer pour une mauvaise mère ou une mère fragile lors de ces difficultés de relation. Mais elle a pu ici, dans cette situation, assumer cette place car, même si le cadre n'était au début pas intériorisé (Issan riait), elle a maintenu sa position et est restée ferme. Par ma place de stagiaire, pas encore officiellement thérapeute mais soutenante, elle s'est peut-être ainsi autorisée à prendre sa place de mère «cadrante». En effet, avant elle se reposait sur la figure du thérapeute comme autorité, et en leur absence, elle évoquait la psychomotricienne et l'éducatrice spécialisée, référentes du groupe. Ainsi lorsqu'il y avait beaucoup d'excitation chez Issan, Madame cherchait le tiers pour intervenir.

10^e séance

Cela fait un moment qu'Issan n'a pas été dans l'eau, notamment dans le cadre du groupe : Madame s'étant blessée à la jambe, elle ne pouvait se baigner et donc considérait qu'il n'y avait pas lieu de venir. Madame est toujours convalescente mais, sur la sollicitation de la psychomotricienne, elle est venue pour cette séance pour ne pas priver Issan de ce moment dans l'eau, bien qu'elle reste au bord du bassin. Cette rupture de la continuité des séances se perçoit dans le corps d'Issan. Il est corporellement beaucoup moins à l'aise dans l'eau : dès qu'il a la

⁹³ WINNICOTT D.W., 1994, p.139

tête hors de l'eau, il s'accroche immédiatement à moi, ce qu'il ne faisait pas aussi systématiquement. Il semble avoir besoin de revivre tout ce qu'il connaît mais en accéléré : il saute, se jette, s'agrippe, sort de l'eau, va dans la bassine.

Puis il veut construire un bateau, avec la panière et des flotteurs. Il le construit seul, il va chercher les éléments, les assemble. Puis il me demande de le diriger et en même temps il ne veut pas que je le mène et l'aide à le conduire dans le trajet qu'il s'est fixé. Il est assez directif, voire un peu autoritaire, et s'excite si je ne lui obéis pas immédiatement. Je lui signifie qu'il n'y a pas besoin de s'agiter, je le fais. Il se calme et me dicte ses consignes accompagnées de «s'il te plaît». Il coule plusieurs fois (les éléments constituant le «bateau» se désagrègent). Il sort de la panière, de l'eau, puis il rentre à nouveau à l'intérieur de la panière pour revivre l'expérience. Il interpelle sa maman pour qu'elle le regarde. La psychomotricienne le trouve plutôt calme lorsqu'il joue avec moi. Je partage cet avis.

Issan supporte l'absence maternelle dans l'eau. Mais il ne l'a pas substituée ou omise, il vérifie qu'elle porte son regard contenant et maternant sur lui lors de ses prouesses. On peut l'assimiler à un comportement de réassurance.

Issan ayant été pendant longtemps peu dans l'eau en ressent les effets, et son aisance est moindre. Il se rassure en parcourant rapidement et pleinement les jeux habituels, les petits rituels qu'il a instaurés dans ce groupe.

Son rapport à l'autre est différent dans l'eau qu'en dehors de l'eau : étant dans le même «bain» il se permet alors d'être exigeant et directif, ce que sa place d'enfant ne l'autorise pas en milieu normal. Cela n'est pas un problème tant qu'il y a respect du cadre établi.

11^e séance

Issan joue à nouveau beaucoup sous l'eau, il réussit notamment à faire une longueur en immersion. «S'immerger, c'est accepter de quitter des repères connus et rassurants pour découvrir un autre monde, d'autres perceptions, d'autres rapports à l'autre»⁹⁴. Le sous-l'eau ne fait pas peur à Issan, au contraire il l'explore beaucoup. Sous l'eau il est comme dans une bulle, dans laquelle il se réfugie souvent.

Nous jouons ensemble. Il se met debout sur les tapis où l'équilibre est précaire et saute d'un tapis à l'autre, puis saute dans l'eau. Il fait ainsi différents parcours.

Je lui propose des jeux en immersion : nous allons tous les deux sous l'eau et je commence à chanter, il m'écoute. Puis c'est à son tour de chanter sous l'eau. «L'eau est excellente conductrice des vibrations sonores. [...] La vibration sonore se propage, enveloppe, et touche le corps et l'intérieur du corps»⁹⁵. Ces jeux vibratoires qui permettent l'exploration de sensations nouvelles sous l'eau, dure peu de temps avec Issan. Il s'enferme alors dans ses jeux

⁹⁴ POTEL C., 1999b, p.66

⁹⁵ POTEL C., 1999a, p.44

de trains en mettant les bateaux en file indienne comme il a l'habitude de faire. Il me dit qu'il ne veut pas jouer avec moi. Je lui signifie que je suis disponible s'il a envie de jouer à deux à nouveau. Sans doute a-t-il besoin d'un temps seul pour se retrouver avec lui-même, dans sa bulle.

Puis il me sollicite et retourne vers un jeu avec un tapis. Il réussit après plusieurs tentatives à s'allonger sur le dos sur le tapis. Je le berce alors et l'emmène calmement voyager dans la piscine dans cette posture. Ce moment de détente fut court, tout comme le jeu sous l'eau. Puis il ne veut pas sortir de l'eau, une fois la séance finie. La maman ne s'est pas baignée et est restée au bord du bassin. Issan la retrouve donc dans les vestiaires, ces retrouvailles sont marquées par des rires et de la complicité.

L'eau, «matière purement sensorielle au départ, devient pour l'enfant un partenaire de jeu et d'expériences»⁹⁶. Issan fait, en effet, de nouvelles expériences : il joue sous l'eau à travers l'immersion, et «sur» l'eau à travers la marche sur les tapis. Il expérimente ainsi une nouvelle fois, par le jeu, les frontières entre le dedans et le dehors. Il explore et s'assure de leurs différences. Les sensations, en effet, sont radicalement opposées. En immersion, l'eau porte, le corps flotte. Au-dessus de l'eau, la gravité reprend ses droits, l'air vient envelopper de façon singulière et différente. Dans l'eau,

«la légèreté liée à la pesanteur peut être l'occasion pour certains d'un sentiment de grande liberté. Se mouvoir dans tous les sens, jouer des déséquilibres, esquisser des figures acrobatiques ailleurs impossibles [...], mettre son corps sens dessus dessous, est un grand plaisir pour qui peut en profiter»⁹⁷.

Puis Issan semble avoir besoin d'un temps seul, il s'affirme et signifie clairement ses envies. La disponibilité de l'adulte lui permet de s'en saisir quand il le souhaite. Enfin, le temps de détente sur le tapis ne dure pas. En effet Issan par son agitation et son énergie motrice, son tonus élevé et sa motricité incontrôlée, ne parvient pas à rester posé tranquillement sur le tapis. Il est sans cesse en mouvement et a besoin que son environnement réponde à ses sollicitations. Cela peut faire penser à la carapace tonique⁹⁸ de S. ROBERT-OUVRAY (2007), bouger pour exister.

12^e séance

Issan est très actif et trépidant. Il joue à couler sa maman, il l'éclabousse. Puis s'installe le jeu de faire sauter Issan entre sa maman et moi. Chacune à notre tour nous le soulevons pour le projeter dans l'eau et lui bondit pour accentuer l'effet plaisant de la sensation. Puis dans la

⁹⁶ *Ibid*, p.79

⁹⁷ *Ibid*, p.41

⁹⁸ ROBERT-OUVRAY S., 2007

continuité il se dirige vers le toboggan, il glisse ainsi dans l'eau à plusieurs reprises. Puis il élabore une histoire, en fonction des sensations procurées par le toboggan : il est un avion.

A cette séance Madame est dans l'eau. Spontanément suite à une discussion avec l'éducatrice, cette dernière lui propose de la porter. Se met en place un véritable temps de détente pour Madame jusqu'à la fin de la séance. «L'eau, c'est également des sensations d'enveloppement du corps tout entier»⁹⁹. Madame est ainsi enveloppée, portée et bercée. Cette proposition est soutenue par le moniteur éducateur qui aménage la posture, en plaçant une frite sous les genoux et un tapis sur Madame. Je me saisis de la situation et propose à Issan de faire comme sa maman. Il fuit littéralement. Puis nous voyant veiller sur sa maman pour ce temps à part, qui est un temps spécifiquement pour elle, Issan interpelle sa maman en criant «attrape moi !» et en se jetant dans l'eau depuis le tapis. Il souhaite avoir toute l'attention de sa maman et semble désirer être aussi porté, psychiquement, par la présence, le regard, de celle-ci. La sortie de l'eau reste difficile.

Issan est toujours dans un lien d'excitation, avec des jeux débordants d'agressivité (il coule sa maman). Ses jeux avec sa maman sont éprouvants, brutaux. Cela peut s'expliquer par un manque de sécurité interne.

L'eau comme objet de médiation est un moyen de retravailler la sécurisation. Pour Issan le portage, petit, ne s'est pas fait, la mère étant mal. Issan est alors dans un contact physique agressif. Il s'échappe de l'autre, ce qui conduit à un repli et à un enfermement. Le contact et le portage ne sont pas sécurisants, et non intégrés (la forme que prennent ses câlins, notamment est violente). Le portage contenant n'ayant pas été intégré, il n'y a pas de sécurisation interne assurée par sa maman. Les liens ne sont donc pas sûres, d'où son extrême agitation. Auparavant Madame ne s'autorisait pas des situations de portage avec son fils : Issan était excité, se jetait, se projetait en arrière. Cela l'empêchait d'être touché et porté. Aujourd'hui Issan peut être porté dans les bras, bien qu'il s'agrippe. C'est une évolution dans son rapport au toucher.

Mais avant de porter Issan, il faut porter Madame : un portage physique et psychique. La situation se présente, c'est un temps particulièrement apaisant pour Madame. «La peau reçoit le "toucher" de l'eau et y réagit [...]. Si l'eau est ressentie comme bienveillante, son enveloppement peut procurer une grande détente»¹⁰⁰. Pour Madame il s'agit effectivement d'une sensation de bien-être. D'autant plus que son narcissisme est faible, car elle n'a pas été portée et contenue petite. Le contact passait, en effet, par la violence des gifles et il y a une impossibilité de réparation, ses parents étant décédés. Il y a donc une problématique autour de la relation et du portage.

⁹⁹ POTEL.C, 1999a, p.42

¹⁰⁰ *Ibid*, p.42

DISCUSSION

I. Pourquoi la médiation par le toucher ?

1. Le toucher-massage

Bien plus qu'une technique, c'est une écoute active de la mère à son enfant, une rencontre entre deux partenaires, un échange tonique et relationnel. L'enfant parle avec son corps, il exprime ses désirs et ses réticences. Le bébé est en effet un être doué de communication. J'ai pu le constater auprès de Salim et de sa maman : Salim, au fil des séances, exprime clairement ce qui lui plaît ou non dans le toucher-massage de sa maman. Ainsi, le toucher-massage permet notamment, en référence à la notion de «dialogue tonique», de communiquer. Les variances toniques donnent lieu à un accordage des deux partenaires et donc à un dialogue infra-verbal. Dans la communication infra-verbale, on distingue :

- Le toucher physique (toucher, palper, tâter)
- Le toucher psychique (observer, sentir, percevoir, écouter, parler)

L'interaction se fait notamment par différents canaux sensoriels : au travers de stimulations tactiles, visuelles et verbales. Cette relation sécurisante où tous les sens du bébé participent, est médiatisée par les mots de la mère, en même temps que ses mains, son corps, qui tout entier enveloppe son bébé. La maman de Salim l'a expérimenté plusieurs fois, notamment au cours du groupe *Balasana*, par ses paroles, ses regards.

La relation tonico-émotionnelle entre la mère et son enfant, induite par le toucher, permet ainsi à la maman d'être à l'écoute de son bébé. Ce dernier n'est pas seulement passif et objet de la mère mais acteur et sujet à part entière. A travers son langage corporel et les réponses apportées par la maman, il prend une place en tant qu'individu, avec ses envies, ses émotions, sa personnalité propre. Ainsi le toucher semble essentiel à la construction de l'individu. Les stimulations tactiles jouent en effet, un rôle primordial dans l'épanouissement affectif de l'enfant. Les théories de J. BOWLBY (1969) sur l'attachement et le contact corporel¹⁰¹, et de D.W. WINNICOTT (1967) sur le rôle du *holding* et du *handling*¹⁰² soulignent le caractère fondamental du toucher dans les soins maternels.

Le toucher-massage est donc un médiateur permettant à la maman d'entrer en relation avec son tout-petit dans une approche physique et psychique. Cette approche permet également de valoriser les compétences maternelles : la détente et le bien-être exprimés par le bébé vont

¹⁰¹ BOWLBY J., 1969

¹⁰² WINNICOTT D.W., 1987

gratifier la mère dans le «bon» qu'elle peut procurer à son enfant. Cette médiation permet ainsi de soutenir la parentalité et aide le parent à trouver sa place et la bonne distance relationnelle.

L'enfant dès la naissance est dans le besoin vital d'être enveloppé, contenu, maintenu, pour que soit supportable l'angoissante perte de limites. Le toucher va l'aider à pallier cette dépendance, à se différencier, par l'élaboration d'une enveloppe corporelle. Cette enveloppe continue permet de prendre conscience des limites corporelles. Le toucher apporte ainsi aux bébés «une contenance et la possibilité de sentir leur corps dans sa globalité»¹⁰³. En effet, le toucher atténue le morcellement originel et consolide l'unité corporelle. De ce fait, le bébé peut se sentir exister par lui-même et construire une enveloppe psychique de qualité.

Grâce à la sensibilité des parents, et particulièrement de la mère aux premiers instants de vie de l'enfant, (il s'agit de la préoccupation maternelle primaire¹⁰⁴) ceux-ci apprennent à lire la multitude de petits signes de plaisir, de déplaisir que leur bébé envoie en réponse à leurs gestes. Mais pour de nombreuses raisons, certains parents peuvent être en décalage par rapport à ce qu'ils perçoivent de leur enfant. Dans le groupe *Balasana*, nous accompagnons les parents dans le décodage des signaux de leur enfant pour une compréhension de qualité et s'ajuster au mieux à leur enfant. Généralement, ceux-ci sont déjà en mesure de décoder ce langage corporel, mais pour des mères en difficulté comme la maman de Salim cette lecture peut être compliquée.

Il m'a été nécessaire, à moi aussi, d'apprendre à lire avec finesse les signes des bébés, et ainsi de percevoir le sens de leurs différentes manifestations. Cela pour soutenir le parent en difficulté. J'ai été rapidement en mesure de distinguer les moments de bien-être et de désagrément. Mais il m'a été plus compliqué de les signifier de façon opportune, notamment à la maman de Salim.

Enfin la notion de plaisir, corporel et relationnel, constitue un des principaux objectifs de cette médiation qu'est le toucher-massage. Cette médiation cherche ainsi à soutenir la relation parent-enfant, à favoriser le développement psychomoteur et psycho-affectif du bébé ainsi que son bien-être corporel et psychique.

2. Le contact de l'eau

Chacun vit avec l'eau, une histoire qui lui est personnelle en lien avec son vécu corporel. Pour ma part, j'ai un rapport à l'eau qui est plaisant et spontané. Au cours de cette année j'ai pu pleinement développer mon savoir-être dans ce milieu, à travers mon stage en pédopsychiatrie avec le groupe piscine parents-enfants et à travers l'option «vivre l'eau»,

¹⁰³ MANDARD-ORENGE A.L., 2002, p.22

¹⁰⁴ Cf *supra* p.43

dispensée par la formation. Cette dernière m'a permis d'aller plus loin et d'expérimenter beaucoup de choses au niveau de mes sensations corporelles, de mes émotions et de mon imaginaire. J'en retiens tout le plaisir du travail avec cette médiation, toutes les explorations possibles avec ses effets si variés, et les qualités de bienveillance et d'accueil, si importantes dans ce travail avec l'eau.

Pourquoi le contact de l'eau est-il intéressant, comme médiation du toucher ? Le contact de l'eau est particulier : «l'eau entoure le corps, elle enveloppe, masse, caresse. Le corps est enveloppé par l'eau. La peau est touchée par l'eau»¹⁰⁵. En effet l'eau par ses propriétés, enveloppe et porte le corps tout entier. A travers cet effet de portage, le sujet est maintenu et soutenu. De plus, la peau reçoit des informations sensorielles au contact de l'eau, propices à l'élaboration d'un vécu corporel. En effet, d'après C. POTEL «l'une de ses qualités spécifiques est justement son effet d'enveloppement et de sensations à même la peau»¹⁰⁶.

Ainsi «les sensations de peau sont au premier plan dans cet enveloppement de l'eau. Le corps est contenu dans son entier»¹⁰⁷. Elle peut alors procurer un bien-être, un apaisement, une malléabilité comme une seconde peau. C'est ce qu'a expérimenté la maman d'Issan lors du temps de détente.

Outre cette fonction d'enveloppe qui se veut rassurante et apaisante, dans l'eau «les sensations de peau sont fortes, l'eau trace les contours du corps, en dessine les limites»¹⁰⁸. L'eau a cette capacité de renforcer la perception des limites corporelles, en prolongeant nos mouvements du corps. Issan a pu à travers ses nombreuses immersions, percevoir ses limites corporelles mais parfois aussi, je suppose, être dans la confusion entre le contact de l'eau et sa peau.

Enfin l'eau est un objet intermédiaire dans la relation. En effet, elle a favorisé de nombreuses fois l'interaction entre Issan et sa maman, en représentant notamment une surface de jeu.

Ainsi les effets de l'eau sur le corps sont multiples. Je retiendrai l'enveloppement du corps et l'accompagnement du mouvement, le portage, le massage et la caresse à même la peau, l'allègement du corps et la transmission des sons grâce aux propriétés du milieu liquidien, la sensation de limite du corps.

Quant au vécu autour de l'eau, il peut être angoissant comme apaisant. Je m'interroge donc, en quoi peut-il être à la fois terrifiant et rassurant ? Si l'enfant présente une angoisse par rapport à l'eau, il y a éventuellement eu un traumatisme car il s'agit d'un milieu que le bébé avant la

¹⁰⁵ POTEL C., 1999b, p.52

¹⁰⁶ *Ibid*, p.35

¹⁰⁷ *Ibid*, p.53

¹⁰⁸ *Ibid*

naissance connaît et qui lui est rassurant. Il s'est en effet développé dans le milieu liquidien dans le ventre maternel. Mais alors, la crainte est-elle rédhitoire pour un travail dans ce milieu ? Comment en tant que future psychomotricienne, puis-je aider l'enfant à être au bénéfice d'un travail dans l'eau ?

3. Liens et différences

Ces deux médiations, le massage proposé dans le groupe *Balasana*, et le contact de l'eau proposée dans le groupe piscine parents-enfants, impliquent toutes deux le toucher. J'ai constaté qu'elles présentent des points communs et des différences.

Tout d'abord, le contact de l'eau peut s'apparenter à un toucher-massage. En effet «elle touche le corps, le masse, le caresse»¹⁰⁹. Dans l'eau, le massage et la caresse continue à même la peau stimulent le corps. De plus l'eau, telle la peau qui fait office de frontière entre l'intérieur et l'extérieur du corps, délimite un dedans et un dehors. De même le toucher-massage permet de ressentir corporellement par le tact les limites de son corps. La peau est sensible, et le toucher-massage permet la délimitation de ses contours à travers des stimulations sensorielles. Ainsi toucher-massage et contact de l'eau stimulent les processus d'enveloppes corporelles. De plus, la fonction contenante de ces deux médiations, permet d'élaborer une enveloppe psychique.

Mais ce n'est pas la même façon de toucher : l'un propose un toucher direct à travers la peau à peau. L'autre passe par une matière. En effet «dans l'eau nous ne sommes pas obligés d'être en contact pour toucher»¹¹⁰. C. POTEL souligne justement que «le déplacement de l'eau touche la peau, sur toute la surface du corps immergé. Le contact est présent mais non direct»¹¹¹. Cette différence essentielle, à savoir que le contact soit direct ou indirect, permet une exploration du toucher, propre à chacune de ces médiations.

Il me semble que ces deux types de toucher sont au service de la relation mère-enfant. En effet il s'agit de proposer une rencontre sensorielle entre une mère et son enfant, soutenue par le toucher. Je constate que les situations mettant en jeu le toucher, de façon directe comme lors du massage, ou moins directe comme au contact de l'eau, favorise la rencontre des parents avec leur enfant et conduit à un certain bien-être.

4. Le toucher et son universalité

Le toucher est un vecteur universel qui traverse tous les temps et les espaces. Il est plus ou moins présent selon les cultures et les civilisations. «Dans nos sociétés occidentales, on peut

¹⁰⁹ *Ibid*, p.42

¹¹⁰ *Ibid*, p.54

¹¹¹ *Ibid*, p.65

parler de “véritables civilisations du non-toucher“ tant sont réduites au maximum les relations corporelles entre les individus»¹¹². En effet, concernant le toucher-massage dans notre société, celui-ci fait peu partie des soins maternels. La plupart des bébés sont rapidement habillés et le contact peau à peau se restreint au bain, aux changes, à la tétée. Contrairement aux cultures africaines où le massage est omniprésent et intégral. Le but du massage n’est pas non plus le même ; en Afrique il s’agit de massages rituels qui ont une fonction symbolique ou esthétique. L’objectif n’est pas forcément celui de détendre l’enfant, ou de favoriser la communication mère-bébé. «Il y a en plus des assouplissements et des étirements qui permettent de tester sa vigueur et de consolider son squelette. Tant que le corps du bébé est malléable, on en profite pour le modeler selon les canons de beauté de son peuple »¹¹³.

Ces différences culturelles se sont révélées dans le groupe *Balasana* qui comporte des familles d’origine eurasiennne et africaine. J’ai constaté que même si le toucher est différent selon la culture, un toucher énergique et stimulant opposé à un toucher délicat et doux, cela n’empêche pas les liens de se créer. Arthur et Charlotte reçoivent tous les deux un massage de type eurasiennne où les parents n’osent pas être trop ferme dans leur toucher. Contrairement aux mamans de Salim et Ibrahim d’origine africaine qui ont un toucher franc et direct. Pourtant chacun de ces enfants est en interaction avec son parent, lui manifeste ses envies, exprime son désagrément ou sa satisfaction, et reçoit le massage quel qu’il soit avec plaisir. Un dialogue tonico-émotionnel s’établit entre les parents et les enfants sans distinction. En effet, tant qu’ils sont adaptés, ces massages, malgré leurs caractéristiques différentes, soutiennent les liens qui s’installent entre le parent et son enfant.

Enfin, «être touché est un véritable besoin autant à l’aube de la vie, qu’à la fin de celle-ci»¹¹⁴. En effet, le toucher est intéressant comme médiation de soin en début et en fin de vie car il apporte contenance et globalité et procure un sentiment d’unité corporelle qui est sécurisant. Il a un effet rassurant, de par la proximité et la bienveillance qu’il implique et qui s’en dégage. Enfin il y a un lien spécifique entre les deux partenaires. Selon J. DE AJURIAGUERRA (1989) «le toucher est le plus fondamental des sens ; il unit celui qui touche et celui qui est touché»¹¹⁵. Mais je m’interroge tout de même : comment le toucher peut-il être proposé, sans être vécu comme intrusif ?

¹¹² VAIVRE-DOURET. L., 2003, p.122

¹¹³ NOBECOURT E., HARCOURT C., FONTANEL B., Bébés du monde, DVD, 2005, La Compagnie des Phares et Balises

¹¹⁴ GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., 2007, p.100

¹¹⁵ AJURIAGUERRA J. DE., 1989, p.326

II. Comment cette médiation est-elle mise en place ?

Les expériences que j'ai vécues cette année dans le cadre de mes stages à travers le groupe *Balasana* et le groupe piscine parents-enfants, m'ont permis de réfléchir sur l'emploi de cette médiation qu'est le toucher et les outils psychomoteurs utilisés.

En effet, dans ces groupes, le toucher est mis en exergue à travers deux formes de contact différentes, le massage et le contact par l'eau. Ces deux médiations sont utilisées comme des dispositifs psychomoteurs, à travers la place primordiale donnée au corps.

En effet, le massage apparaît comme un soin corporel, dans la continuité du *holding* et du *handling* qui font partie des premiers soins donnés au nourrisson.

L'eau, quant à elle, permet au corps d'évoluer dans un espace autre.

«L'eau est contenante pour le corps, porteuse, maternelle, vectrice d'illusions et de transitionnel. Elle est par ailleurs propice aux échanges et à la communication entre soi et les autres. Elle détermine un espace de communication où les conflits peuvent se jouer de manière forte, intense, où toute la dimension ambivalente de la relation va pouvoir s'exprimer»¹¹⁶.

Concernant le «comment», à savoir les modalités relatives à la mise en place de cette médiation, je m'interroge sur l'aménagement des groupes auxquels j'ai participé durant cette année.

1. Le groupe piscine parents-enfants

Le groupe piscine parents-enfants est composé de huit dyades, réparties sur deux créneaux mais de façon non équitable selon l'organisation des parents. Il s'agit donc d'un groupe nombreux, qui selon moi ne facilite pas une disponibilité totale pour chacune des dyades au cours de la séance. Cependant cela permet de développer une certaine autonomie de la part des dyades. Ce choix peut être discutable : d'une part, être privé de la présence permanente du psychomotricien peut permettre à la maman d'évoluer avec son enfant en toute liberté, sans la pression d'un regard professionnel. D'autre part, ce regard étayant du psychomotricien peut être un réel soutien, rassurant la maman dans ses capacités, et contenant pour l'enfant.

Il me semble intéressant de proposer un temps commun dans l'eau avec toutes les dyades, un temps ritualisé pour débiter et clôturer le groupe. Cela afin de créer du lien entre les membres du groupe. Il me semble également adapté de permettre la rencontre entre enfants de façon volontaire et spécifique, par exemple à travers un jeu ensemble. Cela est arrivé lors d'une séance, lorsqu'Issan et Elie jouaient ensemble, avec la médiation de l'éducatrice spécialisée. Ce jeu était possible en présence de la professionnelle, les deux garçons présentant des

¹¹⁶ POTE C., 1999b, p.55

problématiques d'agitation et d'excitation. Ce temps de rencontre que je propose est donc à évaluer selon les capacités des enfants et des parents.

Lors d'une séance, les mamans de Salim et d'Elie discutaient ensemble. Ce lien entre les parents ne se fait pas toujours spontanément, ceux-ci étant centrés sur le lien avec leur enfant. Mais il me semble pertinent de favoriser ces échanges, permettant aux parents d'avoir un vis-à-vis mais aussi d'être ce vis-à-vis pour l'autre.

Je trouve en revanche, la pluralité des professionnels dans ce groupe piscine intéressante. Elle permet de faire des allers-retours entre les dyades, avec une approche différente selon la formation initiale des thérapeutes.

2. Le groupe *Balasana*

Le groupe *Balasana* possède également une pluralité des thérapeutes, que je trouve là aussi pertinente. La spécificité de chacune des professionnelles apporte un regard diversifié et renouvelé. Les ressentis et les vécus différents enrichissent l'analyse et les observations lors des temps de reprise.

Les temps partagés avec les dyades sont variés selon l'intervention des thérapeutes, en l'occurrence de la psychomotricienne. En effet à travers un geste, une parole, la psychomotricienne met en œuvre son savoir-faire autour du corps et accompagne ainsi de façon adaptée et spécifique la dyade selon les besoins qu'elle présente. Très souvent la psychomotricienne s'adresse aux bébés. De nombreuses fois elle s'est adressée à Salim, signifiant ses réactions, traduisant ses manifestations corporelles en mots. Il est intéressant de voir que parfois Salim perçoit qu'on parle de lui et adresse alors des regards, des mimiques, des vocalises... Ce dialogue entre Salim et la psychomotricienne permet à la maman de saisir le langage de son enfant, et de lui répondre à son tour et dialoguer avec lui, d'un point de vue langagier mais aussi tonique, sensoriel et plus globalement d'un point de vue relationnel.

Je trouve l'installation des dyades en arc de cercle pertinente car elle favorise un regard circulaire qui permet de faire du lien entre les membres du groupe. La relation entre ces parents passe essentiellement à travers des échanges de regards. En effet, la maman de Salim, promène souvent son regard sur les dyades et la triade qui l'entourent. Au début, elle regarde pour reproduire les propositions de massage et «faire comme». Puis son regard se détache de la technique et se pose sur les enfants avec qui son fils est en interaction ; ce regard est alors bienveillant. Etant notamment installée au centre de l'arc de cercle, elle est contenue et entourée de toute part. Les professionnelles qui accompagnent sont placées en face ayant ainsi un regard dégagé et englobant tous les patients. Il me semble qu'il se crée alors une enveloppe groupale qui se veut contenante et accueillante.

3. Le rapport au groupe

Je trouve ces dispositifs pertinents concernant le rapport au groupe. «Le groupe est l'espace transitionnel entre le singulier et le collectif, entre l'intrapsychique et l'intersubjectif, entre l'imaginaire et la réalité, entre le moi et le non-moi»¹¹⁷. Dans le groupe *Balasana* ou le groupe piscine parents-enfants, il y a une dimension individuelle assez présente. En effet les dyades, à travers le massage ou la médiation eau, sont dans leur fonctionnement propre, l'enfant étant seul ou avec sa maman, de façon plus ou moins autonome. Le lien au groupe est médiatisé par les thérapeutes qui permettent la rencontre avec les autres parents et enfants. Ainsi «Être social, nous nous développons dans notre individualité avec et par le groupe»¹¹⁸. La dyade formée par Salim et sa maman est au cœur du groupe, par sa place physique et psychique, faisant partie des premiers membres de ce nouveau groupe *Balasana*. La dyade formée par Issan et sa maman est également au centre du groupe, à travers la place prépondérante qu'elle occupe par sa présence mouvementée et à travers l'attention qu'elle requière et que les professionnelles lui accordent.

¹¹⁷ FALGUIERE J., ROUCHY J-C., 2006, p.6

¹¹⁸ BILLARD M., COSTANTINO C., 2011, p.56

III. La place du psychomotricien

1. La clinique périnatale et pédopsychiatrique

La clinique que je vous ai présentée relève du champ de la périnatalité et de la pédopsychiatrie. Les patients sont donc les enfants, du tout-petit à l'enfant d'âge scolaire. Or un travail avec l'enfant implique un travail avec les parents et dans notre cas plus spécifiquement avec la mère.

Quelle place peut prendre le thérapeute par rapport à la fonction de mère ? En effet nous ne pouvons pas apprendre à une maman à être mère dans les nuances et le naturel que cela implique. Pourtant nous accompagnons, au travers de ces deux groupes, ces mamans en difficulté pour être mères. Comment faire émerger les compétences de ces mamans pour qu'elles se sentent à même de prendre leur place ? Jusqu'à quelle mesure peut-on les aider sans prendre leur place, ou faire à leur place ? Comment transmettre ce savoir-être en tant que psychomotricien ?

La psychomotricité serait, pour C. BALLOUARD (2008), «l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques et plus particulièrement au niveau du mouvement, des attitudes, des positions, des mimiques»¹¹⁹. Dans cette perspective, corps et pensée, interdépendants, sont unis par les liens de la psychomotricité. En thérapie psychomotrice, il s'agit donc de la rencontre de deux êtres psychomoteurs, un patient et un thérapeute, ayant chacun leur propre perception du monde, leur propre expressivité, et un rapport aux autres et à eux-mêmes singulier.

«La spécificité du psychomotricien réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leur signification, ainsi que dans l'établissement d'un dialogue corporel. L'intervention se situe au niveau de l'unité de la personne et cherche à modifier l'attitude de celle-ci par rapport à son corps pour tenter d'établir, de rétablir, de maintenir et d'enrichir les rapports de l'individu avec lui-même, avec autrui et son environnement. Son domaine est donc celui de la vie psychique, à travers et par la mise en œuvre du corps en mouvement, en expression et en relation»¹²⁰.

Ainsi la psychomotricienne, à travers son attention spécifique aux manifestations corporelles et à leurs significations, peut accompagner la mère dans ce dialogue corporel avec son enfant. Elle est en mesure de traduire ce langage du corps que l'enfant peut exprimer à travers sa tonicité, ses postures, son axe, son équilibre, ses coordinations... C'est le cas pour la maman de Salim lorsque, dans ses débuts au groupe, la psychomotricienne lui pointait les manifestations corporelles de Salim, et l'accompagnait dans le décryptage du langage corporel de son fils. Elle lui posait régulièrement la question, «est-ce que Salim aime ?». Cette question

¹¹⁹ BALLOUARD, 2008, p.5

¹²⁰ *Ibid*, p.6

judicieuse a permis à Madame de réaliser sur l'instant les émotions et sensations vécues de son petit garçon, à travers son expressivité. La psychomotricienne instaure ainsi un dialogue, et favorise la restauration du lien en enrichissant le rapport de Madame à l'autre, en l'occurrence à son garçon.

Le corps s'inscrit comme le premier outil du psychomotricien dans ses qualités expressives et sensorielles. C'est à la fois un corps en conversation avec celui de l'autre, et à la fois à l'écoute de lui-même. Dans ce dialogue qui s'instaure, la psychomotricienne cherche à lire ce qui s'inscrit dans l'expressivité du corps de l'autre. Aider une mère dans cette lecture fine et sensible de l'expressivité corporelle de son enfant est tout à fait psychomoteur. C'était le cœur du travail avec la maman de Salim à *Balaksana* et en séance de psychomotricité. De plus, l'accompagnement dans la fonction de mère en psychomotricité peut se faire à travers du portage psychique et de la contenance, afin de restaurer les capacités maternantes. C'était le cas pour la maman d'Issan qui avait besoin d'être portée et soutenue dans son rôle de mère. Enfin ce travail autour du corps est au service de la vie psychique, afin de construire l'unité du sujet. C'est dans cette perspective que s'inscrit la psychomotricité en périnatalité et pédopsychiatrie. Ainsi un travail autour de la relation mère-enfant se situe dans un processus thérapeutique et a toute sa place en psychomotricité.

2. La fonction contenante

La fonction contenante du psychomotricien est essentielle au processus thérapeutique. Elle est, entre-autre figurée par la notion d'enveloppe, tel que le présente D. ANZIEU (1985) avec le «Moi-peau»¹²¹. Pour W.R BION (1962), la fonction contenante serait une fonction d'accueil et de symbolisation¹²². E. BICK (1968) parle, elle, d'un «objet contenant optimal»¹²³, le bébé en fait l'expérience s'il est bien maintenu par le regard, la voix et les différentes fonctions sensorielles. La fonction contenante est ainsi associée à une idée de repère, de support.

«W.R. BION fait le parallèle avec le thérapeute qui, comme la mère, doit avoir cette capacité d'accueillir et de transformer les éléments violents et primitifs projetés en lui par le patient sans se laisser dévaster. Comme la mère, le thérapeute mettrait son appareil à penser les pensées à la disposition du patient»¹²⁴. Cette analogie entre la mère et le thérapeute est intéressante. Les mamans en difficulté que je vous ai présentées, ont besoin du soutien psychique du thérapeute tel que le ferait une mère «suffisamment bonne». Or dans le cas de ces deux mamans, leurs propres mères n'ont pas assuré cette fonction contenante, en raison de leur capacité maternante défaillante. Celle-ci fait alors défaut chez les mamans de Salim et Issan, qui sont donc en

¹²¹ ANZIEU D., 1985

¹²² BION W.R., 1962

¹²³ MELTZER D., 1980

¹²⁴ KACHA N., 2011, p.88

difficulté pour contenir leur enfant, elles-mêmes n'ayant pas été contenues. Cela se traduit par une difficulté d'accordage dans la relation avec leur enfant.

Enfin, le thérapeute doit véhiculer les notions de confiance, de sécurité, de protection. Il doit faire preuve de disponibilité psychique. En effet, «la première qualité du thérapeute, c'est sa capacité à être présent psychiquement »¹²⁵. Ainsi lorsque la maman d'Issan me parle de ses préoccupations, il m'est alors nécessaire d'être disponible psychiquement et d'accueillir ses pensées, à travers une pleine attention. De même, lorsque la psychomotricienne étaye la maman de Salim lors du massage, cette dernière peut prendre appui sur la fonction contenante de la thérapeute. Elle progresse alors dans ses capacités maternantes et sa relation à son enfant évolue positivement. Ainsi pour porter ces mamans en difficulté, le thérapeute en l'occurrence le psychomotricien doit être un véritable soutien psychique qui prête sa pensée et son psychisme.

3. Les différentes postures du psychomotricien au sein du groupe

Dans la mise en place du groupe *Balasana*, la place que peut prendre la psychomotricienne se décline en trois aspects. Elle peut prendre une place d'observatrice, en retrait ; elle peut être accompagnante par la parole ; enfin elle peut accompagner de manière pratique et physique. Je trouve que ces places sont importantes car chacune présente des avantages.

La posture d'observatrice permet d'avoir un regard global sur chacune des dyades et de la triade. Je l'ai expérimenté à plusieurs reprises, notamment au début du stage, pour appréhender le fonctionnement du groupe. Elle m'a permis d'être attentive aux détails et aux moments parfois furtifs d'échanges spécifiques entre le parent et son bébé. Ainsi j'ai pu être spectatrice de ce qui se jouait dans la relation entre Salim et sa maman, dyade à laquelle je me suis vite intéressée. Cette posture m'a permis aussi d'avoir une vue d'ensemble des interactions entre les dyades et la triade entre elles, l'observatrice étant physiquement en retrait. Enfin elle m'a permis d'avoir une prise de recul des événements vécus dans le groupe.

Les postures d'accompagnante verbale et physique, sont tout autres. Elles engagent la psychomotricienne au cœur du groupe. Elle n'a alors pas la distance et le recul de l'observatrice.

A travers la posture d'accompagnante par la parole, la psychomotricienne soutient verbalement la maman si elle est en difficulté, et apporte une aide par des préconisations et des conseils. Ainsi lors d'une séance, la psychomotricienne intervient pour soutenir la maman de Salim qui ne parvient pas à poser le «non». En effet, lors de cette séance Madame est en difficulté pour masser Salim qui prend plaisir à se mettre en position debout et à sortir des jambes de sa maman pour aller jouer et explorer. A ce moment-là, la psychomotricienne verbalise à Salim que c'est le temps du massage, qu'il pourra aller jouer après, mais que pour

¹²⁵ *Ibid*, p.89

l'instant sa maman est disponible pour le masser. Salim entend et la maman ainsi soutenue et accompagnée par cette approche contenant, poursuit le massage. Cela a permis à Salim d'assimiler le «non» et à Madame d'être confortée dans son rôle maternant, à travers les paroles de la psychomotricienne.

J'ai pu prendre cette place et accompagner notamment Salim et sa maman. Je pointais régulièrement les moments de bien-être de Salim à Madame, pour la soutenir dans la lecture des signes de son fils. Mais, bien que cela était un point à consolider chez cette maman, progressivement elle n'était plus dans ce besoin constant d'être guidée et accompagnée comme au début. Mais je ne me suis pas immédiatement ajustée dans mon accompagnement. Mes suggestions verbales étaient trop insistantes. La psychomotricienne me l'a justement fait remarquer et j'ai essayé par la suite d'adapter mon accompagnement à la dyade formée par Salim et sa maman. Notamment lorsque Madame ne pouvait pas voir le visage de son garçon selon sa posture, je lui indiquais les expressions de Salim (qui étaient souvent de larges sourires).

Plus généralement, j'ai constaté que mes observations étaient justes mais que j'étais en difficulté pour agir en conséquence. Je n'osais pas faire confiance à mes perceptions. En effet, par manque d'expérience, je ne leur accordais pas une totale fiabilité. Or celles-ci étaient justes, la psychomotricienne me l'a confirmé. Concernant la ligne de conduite posée dans ces temps d'accompagnement, je réalise que je m'efforçais de «coller» à la consigne donnée, sans tenir compte de mon analyse de la relation de la dyade. Il me semble que c'était par réassurance. Je m'assurais d'être cohérente avec le projet thérapeutique, tel qu'il était convenu en préalable des séances. Mais il n'y avait alors pas ou peu d'initiatives et de prises de risque de ma part. Cela par crainte, je pense, de ne pas être à ma place. Or ces mises en situation sont justement l'occasion de prendre ma place en tant que future professionnelle. Pour l'avenir il me semble important que je sois, entre autre, à l'écoute de mes ressentis, pour m'ajuster au plus près. Mais la question reste ouverte : comment puis-je m'adapter au mieux, en tant que future professionnelle du soin, dans mon accompagnement, et ma façon d'interagir avec le patient ? Il s'agit d'une réflexion qui s'étayera tout au long de ma pratique.

La posture d'accompagnante pratique, quant à elle, intervient en montrant physiquement, en première intention sur le parent pour que celui-ci perçoive de lui-même et ajuste son toucher. A travers cette démonstration le parent est guidé dans ses gestes. J'ai pu expérimenter l'accompagnement à l'enveloppement. J'ai ainsi aidé la maman de Salim à envelopper son garçon, avec des gestes contenant qui m'ont été montrés par la psychomotricienne. Au début, j'ai vécu ces moments et cette posture de façon précaire, n'étant pas expérimentée dans les gestes. Puis je me suis projetée en tant que future psychomotricienne et j'ai envisagé cet

accompagnement comme une opportunité d'exercer mon savoir-faire. Progressivement, mes gestes étaient plus délicats et assurés.

Ces interventions s'inscrivent dans un accompagnement spécifique à la dyade. Mais la plupart du temps la psychomotricienne laisse faire les mamans tout en restant disponible et à proximité. Cette distance relationnelle me semble judicieuse pour soutenir et accompagner la maman sans faire à sa place. En effet, ne pas faire à sa place permet qu'elle expérimente elle-même afin de s'approprier les choses, que cela devienne sa façon de faire, et d'être ainsi confortée dans son rôle de mère.

Dans le groupe piscine parents-enfants, la posture de la psychomotricienne est moins tranchée. Elle peut être observatrice, dans la mesure du possible car elle est elle-même dans l'eau avec les patients. En effet, en ayant un pied dans l'eau, l'observation est moins distante. Mais elle est possible, les dyades évoluant individuellement, cela permet des temps de retrait pour constater et considérer les évolutions de ces parents avec leurs enfants et réciproquement. L'espace étant différent d'une salle de psychomotricité, il permet un investissement spatial plus conséquent, avec un corps en mouvement la majorité du temps de la séance. Ainsi l'accompagnement par la psychomotricienne se fait au fur et à mesure des rencontres dans l'eau et des conduites des dyades. J'ai beaucoup accompagné Issan et sa maman, par ma présence et mon écoute auprès de Madame, et par le partage de jeux avec Issan. Cet accompagnement plus spécifique, était parfois discontinu, accordant aussi un intérêt et une attention aux autres dyades. Ce va-et-vient entre les dyades est intéressant : la psychomotricienne intervient lorsque l'occasion se présente. Mais elle peut aussi clairement aller accompagner une dyade selon le besoin et l'observation. Cette observation au préalable, permet d'ajuster les interventions. En effet si le parent partage un moment privilégié avec son enfant, le rôle du tiers joué par la psychomotricienne n'est pas nécessaire. Au contraire si le parent est en difficulté ou sollicite la psychomotricienne, il est opportun d'intervenir. Ainsi de nombreuses fois je suis allée de moi-même vers la dyade formée par Issan et sa maman. Mais, j'ai aussi été sollicitée par Issan pour jouer ensemble ou par sa maman pour me saluer et engager la discussion. La psychomotricité a aussi toute sa place dans ces fonctions de jeu et d'échanges.

Les différentes postures de la psychomotricienne au sein de ces groupes correspondent à un choix thérapeutique, afin d'être au plus juste dans la relation aux patients. Je trouve que ces places, avec leurs rôles bien définis, prennent tout leur sens dans un groupe accueillant maman et enfant, car leur intérêt est de soutenir l'accordage mère-enfant. Chacune de ces postures est nécessaire : l'observation permet d'analyser les conduites des patients afin d'ajuster la prise de contact, voire l'anticiper ; Les accompagnements verbaux et pratiques constituent le cœur même du soutien et de l'étayage apportés à la dyade. Ainsi l'accompagnement verbal, physique, et l'observation se justifient dans de tels groupes.

IV. Conclusion de la discussion

La relation mère-enfant dysfonctionnante est complexe. L'intérêt du toucher comme médiation de soin, au vu de cette présentation, semble pertinent pour soutenir la relation et les liens d'attachement mère-enfant. Dans les cas présentés, les mamans sont en difficulté pour être en relation juste et adaptée avec leur enfant. A travers la clinique, nous avons pu voir que cette médiation a un impact sur l'évolution de la relation entre une mère et son jeune enfant qui présentent des difficultés d'accordage. En effet, il renforce les liens à travers un travail de soutien et d'étayage du thérapeute. Les enveloppes et les limites corporelles sont établies et consolidées, ainsi le contact soutient le développement de l'enfant. De ce fait, une relation mère-enfant qui était fragile se voit transformée et fortifiée par un lien sécure et contenant. L'attention, le portage, la disponibilité psychique, les capacités maternantes, la mise en place de limites, sont autant de facteurs favorables à un lien suffisamment bon entre une mère et son enfant.

Une relation de confiance avec la psychomotricienne est nécessaire pour que la maman lâche prise et se laisse accompagner pour déployer ses compétences maternelles. Un rôle maternant de la part du thérapeute peut être opportun pour contenir la maman afin qu'elle-même ait des conduites rassurantes et adaptées envers son enfant. Et plutôt que de montrer ou démontrer une façon de faire, la psychomotricienne les accompagne. Elle les accompagne à travers les différentes postures, d'observatrice, d'accompagnante par la parole et d'accompagnante par la pratique, qui se révèlent essentielles et judicieuses dans ce soutien au lien d'attachement. La continuité des soins participe au soutien des difficultés relationnelles présentes au sein de la dyade.

Enfin le soutien que peut apporter le psychomotricien, de par sa fonction contenante, apporte une réelle plus-value au processus thérapeutique. Ainsi le toucher comme médiation et le savoir-être du psychomotricien jouent un rôle bénéfique dans une relation mère-enfant complexe.

CONCLUSION

Ce travail qui interroge la médiation du toucher en psychomotricité au sein de groupes à médiations corporelles, s'est révélé intéressant auprès de dyades mère-enfant en difficulté. La psychomotricité, à travers le tact, a en effet permis d'étayer et de soutenir ces mères fragiles avec des attitudes maternelles non adaptées, pour faire évoluer favorablement la relation à leur enfant.

La médiation massage et la médiation eau, avec leurs caractéristiques respectives, constituent de véritables outils pour le psychomotricien, afin de travailler la relation mère-enfant et être au cœur de la problématique du lien. En proposant des médiations faisant intervenir le toucher, le psychomotricien a une approche corporelle de la relation mère-enfant et favorise l'accordage entre les deux partenaires, tant sur le plan tonique qu'émotionnel.

Il m'est apparu que la prise en charge groupale, pour la mère et son enfant, est bénéfique pour de multiples raisons. L'appui et le soutien du thérapeute est doublé de la présence enrichissante des autres dyades. La contenance du cadre est également un point majeur dans ces prises en charge.

Dans la clinique du tout-petit, la place du psychomotricien, avec ses spécificités et ses ressources, me paraît essentielle pour accompagner de manière adaptée ces dyades. Le soutien d'une équipe pluridisciplinaire et la vie institutionnelle, sont indispensables pour élaborer un projet autour de la mère et de son enfant. Le psychomotricien a toute sa place dans une équipe pluri-professionnelle pour croiser le regard en équipe sur les problématiques concernant la relation et l'attachement mère-enfant. Ensemble ils considèrent l'enfant, dès sa naissance, comme sujet de soins et véritable partenaire. Ils travaillent dans l'intérêt de l'enfant et partent du principe que tout parent a des compétences, quelle que soit l'histoire familiale.

Suite à ce bilan, en considérant ces projets et expériences thérapeutiques, les perspectives de travail auprès de cette population sont à développer. La médiation du toucher peut être déclinée de diverses façons et ainsi enrichir la clinique et les observations concernant la mère et son enfant. Toutefois des limites sont à prendre en compte : le toucher peut être source de surstimulation, les expériences peuvent être désagréables si les tensions sont transmises.

Je me suis intéressée à la mère et son enfant mais je m'interroge alors sur la place du toucher comme objet de médiation auprès notamment d'une autre population : celle de la personne âgée. L'aube et la fin de vie semblent se rejoindre sur le besoin d'être rassuré, porté, contenu, enveloppé, touché.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995.

BALLOUARD C. (2008), *L'Aide-mémoire en psychomotricité*, Paris, Dunod, 2011.

BICK E. (1967), « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces », dans *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, par HARRIS WILLIAM M., Larmor-Plage, Hublot, 1998.

BION W.R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.

BONNEVILLE-BARUCHEL E. (2015), *Les traumatismes relationnels précoces, Clinique de l'enfant placé*, Toulouse, Erès.

BOWLBY J. (1969), *Attachement et perte*, Paris, PUF, 2002.

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Un parcours de recherche*, Toulouse, Erès, 2007.

DAVID M., APPELL G. (2008), *Loczy ou le maternage insolite*, Toulouse, Erès.

DELION P. (2008), *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick, La formation et les applications préventives et thérapeutiques*, Toulouse, Erès.

DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil, 2014.

FREUD S. (1905), « La sexualité infantile » dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987.

FREUD S. (1910), « Perspective d'avenir sur la thérapie analytique », dans *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1981.

GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M. (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Heures De France.

GOLSE B. (2006), *L'être bébé*, Paris, PUF.

GUEDENEY N., GUEDENEY A. (2002), *L'attachement, Concepts et applications*, Paris, Masson, 2006.

HOUZEL D. (2005), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In Press, 2010.

- KACHA N.** (2011), « la fonction contenantante du thérapeute », dans *Groupe, contenance et créativité* par CHAPELIER J-B, ROFFAT D., Toulouse, Erès.
- LEBOVICI S., STOLERU S.** (1983), *Le nourrisson, la mère le psychanalyste*, Paris, Le Centurion.
- LEFEVRE A.** (2012), *100% Winnicott*, Paris, Eyrolles, 2013.
- MELTZER D., BREMNER J., HOXTER S., WEDDELL D., WITTENBERG I.** (1980), *Exploration dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot.
- POTEL C.** (1999a), *Bébés et parents dans l'eau*, Toulouse, Erès, 2015.
- POTEL C.** (1999b), *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Toulouse, Erès, 2009.
- QUIROT B.** (2008), « lettre d'un embryon II », document interne au service.
- ROBERT-OUVRAY S.** (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer.
- ROUSSILLON R.** (1991), « Un paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise », dans *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- SCHILDER P.** (1968), *L'image du corps, Etude des forces constructives de la psyché*, Paris, Gallimard, 1980.
- VAIVRE-DOURET L.** (2003), *La qualité de vie du nouveau-né, Corps et dynamique développementale*, Paris, Odile Jacob.
- WALLON H.** (1949), *Psychisme et tonus, Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF, 1954.
- WINNICOTT D.W.** (1958), « La capacité d'être seul », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT D.W.** (1958), « l'angoisse associée à l'insécurité », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT D.W.** (1958), « la préoccupation maternelle primaire », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT D.W.** (1975), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT D.W.** (1987), « Importance d'un environnement sain dans la petite enfance », dans *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot, 1992.

WINNICOTT D.W. (1990), *La nature humaine*, Paris, Gallimard.

WINNICOTT D. W. (1994), *Déprivation et délinquance*, Paris, Payot.

Articles

AINSWORTH M. (1983), L'attachement mère enfant, *Revue Enfance*, Vol. 36, n°1-2, p.7-18.

AJURIAGUERRA J. DE., ANGELERGUES R. (1962), « De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre de Henri Wallon », *L'Evolution psychiatrique*, n°27, p.3-25.

AJURIAGUERRA J. DE. (1989), « La peau comme première relation. Du toucher aux caresses », *Psychiatrie de l'enfant*, Vol. 32, n°2, p.325-349.

BELL L., GOULET C., ST-SYR TRIBBLE D., PAUL D., POLOMENO V. (1996), « Une analyse du concept d'attachement parent-enfant », *Recherches en soins infirmiers*, n°46, p.4-13.

BILLARD M., COSTANTINO C. (2011), « Fonction contenante, groupes et institution soignante », *cliniques*, n°1, p.54-76.

DELAGE M. (2003), Réflexions préliminaires à une intervention thérapeutique auprès des familles confrontées au traumatisme psychique, *Thérapie Familiale*, Vol. 24, p.417-433.

FALGUIERE J., ROUCHY J-C. (2006), « Editorial : l'individu et le groupe », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°46, p.5-7.

HAAG G., TORDJMAN S., DUPRAT A., CUKIERMAN A., DRUON C., JARDIN F., MAUFRAS DU CHATELLIER A., TRICAUD J., URWAND S. (1995), « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité », *Psychiatrie de l'enfant*, n°38,2, p.495-527.

HOUZEL D. (2008), « La question de la dépression primaire », *Le Carnet PSY*, n°128, p.49-52.

KASWIN-BONNEFOND D. (2006), « Transfert – contre-transfert : entre associativité et dissociativité », *Revue française de psychanalyse*, Vol. 70, p.445-456.

LECOURT E. (2008), « A propos du groupe », *Santé mentale*, n°130, p.21-70.

MANDARD-ORENGE A-L. (2002), « Le toucher relationnel auprès de prématuré et de ses parents », *Evolutions Psychomotrices*, Vol. 14, n°55, p.18-22.

MILNER M. (1977), « Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole », *Revue de psychanalyse*, n°5-6, p.844-874, 1979.

SUTTER-DALLAY A-L., DEQUAE-MERCHADOU L., GLATIGNY-DALLAY E., BOURGEOIS M-L., VERDOUX H. (2008), « Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans », *Devenir*, Vol. 20, p.47-63.

Mémoires

AMOZEIDI C. (2014), *Balasana*, Paris.

BRUYN B. (2015), *L'eau comme médium du développement psychocorporel*, Paris.

HERY L. (2016), « *Tu seras militaire ma fille !* », Paris.

LE REST K. (2016), *20 000 jeux sous les mers*, Paris.

ANNEXE 1

Bilan psychomoteur de Salim

Le bilan psychomoteur est réalisé au cours du mois de septembre 2016, en voici le compte rendu :

Concernant le tonus et la régulation tonique, il n'y a rien de particulier, Salim s'organise très bien. Sa régulation tonique représente un bon appui pour la mise en place de la motricité volontaire fine et générale.

Concernant la motricité générale : Salim, posé en décubitus, se retourne vers la droite et vers la gauche pour passer en procubitus de manière très fluide. Il ne marque pas d'arrêt et présente une position de confort en positionnement latéral. Il n'y a pas d'exploration et de découverte dans ces positions. En procubitus il fait une rotation complète sur lui-même. La coordination lui permettant de ramper se met en place petit à petit. Salim découvre avec beaucoup de plaisir la quadrupédie aidée par le rouleau. En fin de bilan Salim est en capacité de repousser avec une grande efficacité le sol : il se retrouve parfois en position quadrupédique. C'est une belle expérience pour lui, il est dans le plaisir. Salim est en capacité de se déplacer en rampant vers sa maman en fin de bilan. L'enroulement est en cours mais non accompli.

Concernant la motricité fine : les coordinations bi-manuelles et oculo-manuelles sont bonnes. Les captures main droite et main gauche se déroulent bien et les captures avec deux mains sont de qualité.

Concernant les jeux sensoriels : la poursuite (avec réaction en chaîne : alerte, orientation, évaluation de la distance et capture) est excellente. Elle est en effet fluide, harmonieuse et homogène. Les détections auditives sont bien adaptées aux stimulations.

Salim présente des conduites d'autostimulation par moment : mouvements de tête rapide de droite à gauche, il peut agripper et tapoter son ventre, en procubitus sa main droite frappe le sol toujours de la même façon. Par moment les sourires que Salim nous adresse peuvent être dans le « trop » : trop importants, trop nombreux, trop longs. Cette façon de monopoliser l'attention peut être alertante et reste à surveiller.

Madame dit clairement ses difficultés à décrypter le comportement et les signes que son fils lui montre : mimique, geste, mouvement corporel, regard, pleurs différents... Signes et comportements qui nous semblent relativement explicites : faim, fatigue, mal-être, besoin de contenance. Ses propres ressentis corporels ne sont pas évidents pour Madame : le dialogue

tonique avec Salim n'est pas une source exploitable pour comprendre son garçon. Par exemple elle nous dit ne pas percevoir la détente de Salim lorsqu'elle le porte.

Quelques préconisations d'installation et de portage sont données à Madame :

- Installer Salim au sol (dur)
- Proposer à Salim un appui dos lors du portage dans les bras et la contenance du « petit paquet » dans les moments difficiles de désorganisation
- Ne pas asseoir Salim tant que lui-même ne parvient pas à s'asseoir seul
- Parler à Salim, lui raconter la suite, anticiper ce qui va arriver dans la journée, ce qui se passe pour lui

L'hypervigilance, les autostimulations et l'accordage mère-enfant sont à surveiller.

La possibilité de soutenir Madame dans ses perceptions corporelles, ses ressentis et ses interprétations des signes que Salim montre est envisagée. Cela notamment à travers un travail en psychomotricité autour de la prise de conscience corporelle et de la lecture des signes de Salim.

ANNEXE 2

Bilan psychomoteur d'Issan

Le psychomotricien rencontre pour la première fois Issan en avril 2014, en compagnie de sa maman. Issan a alors deux ans et onze mois. La dispersion d'Issan et son retard de développement facilement observable ont poussé le psychomotricien à ne pas réaliser de bilan psychomoteur type mais davantage une observation qui a permis à Issan de s'exprimer à travers ses jeux spontanés.

Dès la première séance, la séparation avec sa maman n'est pas envisageable. A ce moment-là le psychomotricien doit faire la séance en sa présence. Durant cette séance, Issan ne s'occupe pourtant pas vraiment d'elle et sort de nombreux jeux de façon désordonnée. Il peut les lancer, les disperser à travers la pièce dans une agitation motrice. Issan est davantage dans l'exploration de l'espace et des différents objets que dans un réel jeu. Il communique énormément avec son regard et est sensible à la prosodie.

Dès la séance suivante, il accepte de venir tout seul dans la salle en laissant sa maman dans la salle d'attente. Par la suite, la séparation avec sa mère ne posera aucun problème, Issan montrant une réelle envie de retrouver le psychomotricien et de retourner dans son bureau.

Il continue de sortir les jouets pour les découvrir sans se saisir des jeux qui lui sont proposés par le psychomotricien. Il fouille les caisses et observe les jouets un par un. Le moment du départ du CMP est difficile, Issan a du mal à arrêter d'aller chercher de nouveaux objets, même dans la salle d'attente.

Il commence à pouvoir jouer certains jeux plus ou moins symboliques comme la dinette, les voitures, les animaux, le repas. Il recherche encore plus qu'avant la communication par le regard et interpelle le psychomotricien constamment de cette façon-là. Issan est moins enfermé dans ses désirs de jeux et plus éveillé aux différentes propositions et demandes. Le départ est également plus facile.

Quelques semaines plus tard, Issan dit « bonjou », dit oui avec la tête, les premiers mots apparaissent. Issan s'empresse de venir dans le bureau et de vider rapidement les caisses. Il est comme happé par la présence de tous ces objets. Si le psychomotricien hausse le ton, il l'écoute et peut ranger. A travers plusieurs jeux, le psychomotricien observe qu'il découvre l'espace de sa bouche (il met des objets à l'intérieur, souffle sur des objets, inspire fort pour faire du bruit). Issan ne fait pas très attention à lui-même, il se cogne et chute plusieurs fois, il semble particulièrement agité aujourd'hui. Il s'inquiète à plusieurs moments où est sa mère, il s'agite

dans ces moments-là jusqu'à ce que le psychomotricien le rassure et porte son attention sur autre chose.

Plus le temps passe, plus Issan montre qu'il veut grandir. Il entend bien mieux les choses que le psychomotricien peut lui dire. Il se montre très éveillé et fait très attention aux expressions émotionnelles. Il s'agite beaucoup moins et il accepte bien mieux qu'on lui dise non. La parole, seule, semble suffire à le rassurer. Le psychomotricien et Issan peuvent construire bien plus de jeux ensemble. Il a du mal à encastrier des légos l'un sur l'autre. Il joue à la poupée et cherche à nourrir le bébé. Il joue au skate-board sur une petite planche et parvient même à tenir l'équilibre sur un pied quelques secondes. Il accompagne ces différents jeux de plus de mots-phrases. Il a encore du mal à ranger et le départ reste difficile.

Avant l'été, Issan introduit un nouveau jeu de cache-cache. Il rejoue de plus en plus l'absence et la présence avec des jeux où il faut fermer-ouvrir, disparaître-apparaître. Il remarque bien l'absence de sa maman mais peut entendre qu'elle est dans un autre lieu. Il y a également plus de faire semblant (boire, manger). Il dit plus de choses « là », « cassé » « perdu ». Il lance un ballon mais ne le rattrape pas. Il peut se débrouiller tout seul pour remettre ces chaussures par exemple. Le psychomotricien et Issan parviennent à faire quelques jeux de rythme dans lesquels Issan montre un tempo plutôt élevé, à l'image de son activité motrice.

Depuis le début du bilan, Issan montre chaque semaine des choses nouvelles qui montre son désir de changement et de grandir. Depuis, le psychomotricien a revu Issan à deux reprises et a eu peine à reconnaître l'enfant qu'il a rencontré il y a cinq mois : sa marche et son équilibre sont plus assurés, ses gestes plus précis. Issan utilise de façon plus habile son corps, le dialogue corporel est moins perturbé et le dialogue verbal s'est ouvert, ses intérêts se sont diversifiés. Il y a un réel élan à soutenir chez lui, le psychomotricien reste cependant curieux de savoir comment il peut évoluer auprès d'un groupe de pairs.

RESUME

Dès les premiers temps de la vie, le développement de l'enfant nécessite un environnement suffisamment bon et sûr. Sa principale figure d'attachement, la mère, assure cette fonction de prendre soin, de par ses capacités maternantes. Mais lorsque la maman est en difficulté, et présente une indisponibilité psychique ou un comportement dystimulant, l'enfant est face à un vide ou à une défaillance et met en place des comportements déviants. Le lien mère-enfant est alors mis à mal. Comment la psychomotricité peut-elle intervenir auprès de ces dyades mères-enfants qui présentent des difficultés d'accordage ? Quel intérêt peut notamment avoir le toucher comme médiation de soin ? C'est l'objet de ce mémoire. C'est à travers deux groupes thérapeutiques différents - un groupe massage et un groupe piscine - dans lesquels évoluent des parents et leurs enfants, que sera interrogée cette médiation. En effet, Comment peut-elle soutenir et étayer la relation mère-enfant, en considérant la dimension groupale ? L'objet de la discussion de ce mémoire sera tout d'abord de montrer l'intérêt du toucher dans le soutien à la relation, puis de réfléchir sur les modalités d'un tel groupe, et enfin d'interroger ma place de future psychomotricienne au sein de ces dispositifs thérapeutiques.

Mots-clés : relation mère-enfant / attachement / toucher / massage / médiation eau / groupe / accompagnement / enveloppe

SUMMARY

Since the very beginning of life, a child needs a good and secure enough environment in order to develop. Its main emotional attachment figure, the mother, plays this caring role, thanks to her maternal capacities. But when the mother is in difficulty and shows a psychological deficiency or an unstimulating behavior, the child faces emptiness or failure, and puts in place dysfunctional behaviors. The bond mother-child is put at risk. How can psychomotricity take action with these mother-child dyads presenting tuning difficulties? How can touch be used in a therapy mediation? This is the topic of this dissertation. This mediation will be questioned through two different therapy groups – a massage group and a water group with children and their parents. How can it support and hold the mother-child relationship, taking into account the group dimension? The purpose of this dissertation is first to show the importance of touch as an interacting support, then to think about the terms of such a group; last, to question my role as a future psychomotor therapist within these therapy devices.

Key words: mother-child relationship / attachment / touch / massage / water mediation / group / support / wrapping.

