

Être psychomotricien en centre maternel : accompagnement d'une parentalité en construction

Philippine Barré-Minard

► **To cite this version:**

Philippine Barré-Minard. Être psychomotricien en centre maternel : accompagnement d'une parentalité en construction. Psychologie. 2018. dumas-01835600

HAL Id: dumas-01835600

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835600>

Submitted on 11 Jul 2018

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

ÊTRE PSYCHOMOTRICIEN EN
CENTRE MATERNEL

Accompagnement d'une parentalité en construction

Philippine BARRÉ-MINARD

Née le 12 novembre 1994 à Athis-Mons (91)

Sous la direction de Natacha MICHEAU

Juin 2018

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui tant au niveau professionnel que personnel :

Natacha Micheau pour m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce mémoire. Tes conseils ont été précieux et m'ont permis d'affiner ma réflexion ;

Céline Robert et Andréa Torre qui m'ont supervisée pour ce stage expérimental en centre maternel. Merci pour votre soutien et votre contenance qui m'ont permis de faire des choix pertinents et d'accompagner avec bienveillance les familles accueillies dans ce lieu ;

Cédric Faucher qui m'a supervisée au sein du centre maternel ainsi que toute l'équipe pour ce qu'elle m'a transmis et pour m'avoir fait confiance durant ce stage ;

Mes maîtres de stage au cours de ces trois années pour leur regard bienveillant, leur accompagnement, leurs réponses à mes questions, leur patience et leur soutien ;

Toute l'équipe de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux pour cette formation riche qui a contribué à façonner mon identité de psychomotricienne ;

Louanne, ma binôme, pour la concrétisation de ce stage et pour nos nombreuses réflexions ;

Benoît pour m'avoir écoutée, permis de me ressourcer et pour ses précieuses relectures.

Mes ami(e)s pour tous les moments de partage durant ces trois années ;

Ma famille pour leurs encouragements et leur estime ;

Merci chaleureusement à tous.

« Elle m'a poussée dans mes retranchements, m'a fait dépasser toutes mes limites, m'a confrontée à l'absolu : de l'amour, du sacrifice, de la tendresse, de l'abandon. Elle m'a disloquée, transformée. Pourquoi personne ne m'a rien dit ? Pourquoi on n'en parle pas ? »

Un heureux évènement, 2011

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	3
Introduction	4
1 LE CENTRE MATERNEL	6
1.1 Qu'est-ce qu'un centre maternel ?	6
1.2 Population accueillie et problématiques rencontrées	13
2 RE-NAISSANCE, CO-NAISSANCE ET RECONNAISSANCE	17
2.1 Devenir parent : un processus dynamique	17
2.2 Désirs et fantasmes autour de la grossesse	19
2.3 Réaménagement autour de la grossesse	24
2.4 Des liens indispensables pour se construire	27
2.5 Quand le processus de parentalité est entravé	39
2.6 Pour conclure	44
3 LE PSYCHOMOTRICIEN ET L'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITÉ	46
3.1 Place et rôle du psychomotricien en centre maternel	46
3.2 Quand le projet imaginé rencontre la réalité...	58
3.3 En résumé	78
Conclusion	79

Introduction

Aujourd'hui, nous considérons la place importante des parents dans le développement de l'enfant mais aussi de l'enfant en tant qu'acteur dans le processus de parentalité. Les interactions entre ces partenaires modèlent qualitativement leurs liens d'attachement et supportent donc la construction et le remaniement identitaire de chacun.

Le temps de la naissance est un grand chambardement corporel, affectif, émotionnel et psychique pour chaque sujet y ayant trait. Par définition, tous ces bouleversements occasionnent une période de vulnérabilité. Celle-ci peut être envisagée comme fragilisante ou comme créatrice selon l'étayage apporté aux nouveaux parents et au nouveau-né.

C'est pour cela que la prévention est indispensable en périnatalité. La femme enceinte nécessite une attention précoce. Elle et le futur père ont besoin d'être accompagnés et soutenus dans ces premiers temps de genèse. C. Potel déclare que "l'instinct maternel n'existe pas en soi, il se construit et s'intègre dans l'image du corps de la femme enceinte pendant sa grossesse, puis se découvre dans la relation au bébé" [24]. Cela est valable pour la mère comme pour le père.

Cependant, lorsque les parents sont déjà fragilisés par des vécus traumatiques, la vulnérabilité induite par la grossesse se rajoute aux facteurs de risque déjà présents. Pour ces familles en particulier, la mise en place d'un soutien cohérent et continu entre l'anté et le post natal est essentielle.

C'est dans cette volonté que s'inscrivent les centres maternels. Par leurs actions auprès des mères, des pères et de leur enfant, ils étayent le processus de parentalité et préviennent donc de l'apparition de troubles dans le développement de l'enfant.

C'est ici que la psychomotricité me paraît avoir une place. Le psychomotricien, par sa façon d'être, son regard et sa formation semble compétent dans l'accompagnement de la parentalité et du développement psychomoteur de l'enfant. C'est cette

réflexion qui fut le point de départ de mon mémoire : Quel peut être l'apport d'un psychomotricien au sein d'un centre maternel ?

Je définirai tout d'abord le centre maternel, sa place et ses rôles, auprès de ces familles fragilisées. Ensuite, je mettrai en avant les processus engagés dans le devenir parent et leurs retentissements sur l'enfant et sa construction. Enfin, grâce à des exemples d'accompagnement, je déterminerai les rôles et la place que peut prendre un psychomotricien au sein d'un centre maternel.

1 LE CENTRE MATERNEL

1.1 Qu'est-ce qu'un centre maternel ?

1.1.1 Historique

Au cours du XIX^{ème} siècle sont apparus des établissements d'accueil mères-enfants. Ces maisons permettaient aux "filles-mères" exclues de la société d'accoucher dans de bonnes conditions. Elles cherchaient aussi à remettre dans le droit chemin ces femmes en marge. Après la première guerre mondiale, ces structures ont commencé à être reconnues par le secteur médico-social mais il faut attendre 1939 pour qu'une reconnaissance légale soit posée. En effet, le Décret-loi du 29 juillet 1939, dit Code de la Famille, précise qu'une maison maternelle doit exister dans chaque département et qu'elle sera intégrée aux moyens du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Selon l'article 98, les maisons maternelles peuvent accueillir les personnes enceintes d'au moins sept mois et les mères avec leur nouveau-né. Aujourd'hui, c'est le Code de l'Action Sociale et des Familles qui régit les modalités du cadre des centres maternels en France.

1.1.2 Protection de l'enfance et prévention

Étant un dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance, le domaine d'intervention principal du centre maternel est la prévention et la protection de l'enfance. Par définition, cela ne peut être séparé du soin apporté à la mère, et plus généralement aux parents, dans leur dynamique interactive avec l'enfant. C'est pour intervenir au plus tôt dans la prévention que le centre maternel accueille les femmes dès leur grossesse. "La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance fait de la prévention un axe majeur de la protection de l'enfance. Elle vise à prévenir le plus en amont possible les risques de mise en danger de l'enfant en évitant qu'ils ne surviennent ou en limitant leurs effets" [20].

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la prévention consiste à "éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités." Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il s'agit de "l'ensemble des mesures

visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps". Trois types se distinguent : la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

La prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie. Elle réunit l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population soit à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas. Les mesures mises en place sont de l'ordre de l'individuelle mais aussi du collectif afin de lutter contre les conduites à risque.

La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle agit au tout début de l'apparition des troubles afin de s'opposer à son évolution et de faire disparaître les facteurs de risque. Elle repose donc sur le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement des premières atteintes.

La prévention tertiaire cherche, une fois la maladie installée, à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population. C'est à dire de réduire les complications, les invalidités ou les rechutes. Elle vise aussi la réadaptation du malade dans le domaine médico-psycho-social.

L'intervention de l'équipe du centre maternel se situerait plutôt dans la prévention secondaire autour de la relation mère-enfant.

1.1.3 Présentation générale : missions et objectifs

Le centre maternel, présenté ici, est un établissement social public géré par un organisme rattaché au Centre Communal d'Action Sociale de la ville. C'est un dispositif départemental d'accueil mère enfant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). En effet, parmi les missions du service de l'ASE, se trouve celle de prendre en charge « les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin de soutien matériel et psychologiques » [6]. Le centre maternel est donc un lieu de vie et d'accompagnement de familles ayant des difficultés sociales et financières et nécessitant un accompagnement psychologique et éducatif.

Ses missions principales sont donc orientées dans des domaines de prévention et de protection de l'enfance. Les actions mises en place favorisent :

- la prévention autour de la grossesse et l'accompagnement de la petite enfance ;
- la prévention de la maltraitance et de la rupture du lien parental ;
- l'évaluation de la relation mère - enfant.

Les objectifs qui découlent de ces missions sont :

- Proposer un hébergement et un accueil sécurisant, apaisant et adapté à chaque famille ;
- Rompre leur isolement en favorisant le maintien ou la restauration du lien social ;
- Encourager la prise de conscience des difficultés et mobiliser les compétences de chacun ;
- Favoriser le bien être et l'épanouissement des familles ainsi que l'éveil des enfants ;
- Soutenir les mères (et les pères lorsqu'ils sont présents) dans leurs fonctions parentales ;
- Accompagner les familles vers l'autonomie en favorisant la réalisation de leurs projets.

1.1.4 Présentation de l'équipe

Sur place, une équipe est présente pour accompagner les familles au quotidien.

1.1.4.a Pôle administratif

Un directeur assure la responsabilité générale du fonctionnement de l'établissement ainsi que sa gestion administrative et financière. Il est accompagné par une assistante médico-socio-administrative.

1.1.4.b Pôle éducatif

Un cadre socio-éducatif assure la coordination des actions socio-éducatives et le suivi personnalisé des familles. De plus, sept éducatrices spécialisées sont présentes au quotidien auprès des familles. Ce sont elles qui sont au plus proche des femmes et de leurs enfants. Elles suivent et aident les familles dans leurs démarches administratives, accompagnent l'insertion sociale des femmes et ont un rôle d'écoute et de réorientation vers d'autres professionnels si besoin. Enfin, une éducatrice de jeunes enfants est présente afin de soutenir la relation mère-enfant et conseiller les mères quant au développement et aux soins quotidiens de leur enfant. C'est aussi elle qui fait le lien avec les partenaires extérieurs dans le domaine de la petite enfance.

1.1.4.c Pôle médico-psycho-social

Une équipe médico-psycho-sociale intervient à temps partiel. Elle est composée d'un pédiatre, d'une infirmière, d'une psychologue et d'une conseillère en économie sociale et familiale. Le pédiatre est présent deux matinées toutes les trois semaines. Il reçoit des femmes ayant des questions sur l'évolution de leur enfant et prodigue des conseils mais ne prend pas le rôle de médecin traitant. L'infirmière est plus accessible pour les familles qu'elle accompagne dans les soins médicaux, dans la prise des traitements et dans leurs questionnements autour des soins. La psychologue assure l'évaluation et le suivi clinique des femmes et des enfants dans le besoin. Elle peut aussi être un soutien pour l'équipe. Enfin, la conseillère en économie sociale et familiale est présente afin d'aider les familles dans la gestion de leur logement et de leur budget au quotidien.

1.1.4.d Pôle service-hygiène-sécurité

Des agents d'accueil sont chargés de l'accueil téléphonique et physique du public. Ils participent aussi au secrétariat de l'établissement. Des veilleurs de nuit garantissent la sécurité des résidents et des biens durant la nuit. Enfin, une équipe technique et d'entretien assure la maintenance des locaux sous la responsabilité d'une maîtresse de maison.

1.1.5 Organisation générale

L'établissement est composé de 32 appartements pouvant accueillir une mère et un enfant et de 2 logements destinés à accueillir une mère et plusieurs enfants. Les appartements sont individuels et sont composés d'une salle principale, faisant office de salon et de chambre, d'une cuisine séparée, d'une salle de bain et de toilettes. Dans les appartements pouvant accueillir plusieurs enfants, une chambre est présente en plus de la salle. Ces logements indépendants confèrent donc aux familles une certaine autonomie pour la vie quotidienne. Seule la laverie est commune et fonctionne avec un système d'inscription.

Le centre possède aussi une salle de jeux et un salon en libre accès pour les familles. Plusieurs bureaux et salles sont disponibles pour les professionnels. Les bureaux permettent au personnel d'avoir un lieu repéré dans l'établissement. Les bureaux des éducatrices sont situés dans des locaux partagés. Les entretiens familiaux peuvent s'y mener mais, lorsque la situation demande plus de pudeur, d'autres salles sont à disposition. Celles-ci servent aussi à médiatiser les rencontres dans un lieu plus neutre et intime. Enfin, une salle de réunion permet à l'équipe de se rassembler.

Les entrées et les sorties du centre sont contrôlées. En effet, pour des questions de sécurité, un visiophone est présent à l'entrée de la structure. Certaines femmes ou certains enfants ont des interdictions de visites (posées de leur propre gré, par le centre maternel ou par le juge). Le système de contrôle des entrées et sorties est donc nécessaire pour garantir la sûreté des familles et leur proposer un lieu de vie où elles se sentent en sécurité. De plus, cela permet à l'équipe de garder un œil protecteur sur les familles et de s'inquiéter d'une sortie sans retour ou d'une absence de sortie pendant quelques jours.

Les visites sont permises entre 8h à 22h mais seuls la mère et l'enfant peuvent dormir sur place. Les visites peuvent s'effectuer à domicile ou dans des bureaux et être médiatisées si besoin.

Chaque famille vit donc en indépendance mais dans un lieu de collectivité. Des

aspects positifs et négatifs ressortent de ce double fonctionnement. En effet, comme dans tout lieu collectif, des conflits peuvent émerger. Cependant, cette proximité permet aussi aux familles de se rencontrer et de retrouver des échanges sociaux. Une certaine entraide et solidarité peut naître entre les femmes. Tout cela est étayé par l'équipe. Des liens cordiaux ou amicaux se tissent, des regroupements de familles chez les unes ou les autres autour d'un repas par exemple peuvent se mettre en place. Les femmes peuvent retrouver là un soutien, une vie sociale et sortir de l'isolement dans lequel elles pouvaient être avant de rentrer dans le centre maternel.

1.1.6 Un suivi personnalisé

Chaque famille est suivie par deux éducatrices spécialisées de référence qui sont désignées dès l'admission. Tout au long du séjour de la famille, ce sont les interlocutrices privilégiées. Elles sont donc au plus proche de la mère et de son enfant pour les accompagner au quotidien dans toutes les démarches socio-éducatives. Elles ont aussi un rôle d'écoute, d'accueil, de soutien et de réorientation vers d'autres professionnels si besoin.

Dès l'admission au centre, un projet de séjour personnalisé est contractualisé avec la famille à partir de ses besoins, des capacités et des moyens qu'elle est en mesure de mobiliser. Ce projet prend en compte l'ensemble des difficultés, des droits et des attentes de la famille et participe à la restauration physique et psychique de chacun. Il s'organise autour d'entretiens et de démarches concernant, pour la mère et son enfant, l'administration, la santé, l'éducation, le budget, l'insertion sociale ou professionnelle ou encore l'accès à un logement à la sortie du centre maternel.

En parallèle, une permanence éducative est tenue tous les jours de 7h45 à 22h ainsi que le week-end et les jours fériés. Une éducatrice est donc présente en continu dans un bureau dédié à cela. Elle permet de veiller à la sécurité, au respect des règles du centre et de répondre aux sollicitations des femmes. Celles-ci peuvent donc à tout moment demander de l'aide, être reçues, écoutées et accompagnées dans leurs événements de vie.

1.1.7 Conditions d'admission

Peuvent être admises au centre maternel, les femmes enceintes (à partir du 7ème mois) et les mères isolées majeures avec un ou plusieurs enfants à charge dont au moins un de moins de trois ans. Les critères d'exclusion sont les femmes atteintes de pathologies psychiatriques lourdes et/ou non stabilisées, les femmes atteintes de toxicomanies et les conduites addictives avérées.

Les admissions se font selon deux modalités. Soit c'est une décision de justice relevant de la protection de l'enfance, c'est donc l'enfant qui est placé « en centre maternel ». La mère de cet enfant est donc présente et la famille entre dans l'établissement. Soit c'est une entrée dite « administrative » auquel cas ce centre est proposé aux familles en difficulté repérées par des acteurs sociaux ou médicaux.

1.1.8 Conditions de sortie

Les familles peuvent rester au sein du centre maternel jusqu'à ce qu'elles soient « prêtes » à en sortir. Le séjour moyen est de 18 mois mais certaines familles restent plusieurs années.

Trois types de sortie sont possibles :

1. Si la résidente souhaite sortir et trouve un logement par ses propres moyens, elle est en droit de quitter le centre quand elle le souhaite. Si l'équipe estime que la relation mère-enfant présente un danger alors une information préoccupante est rédigée.
2. Le second type concerne les sorties préparées en équipe. Quand celle-ci estime que la relation mère-enfant est sécurisée, que la mère se trouve dans un mieux-être, dans une dynamique qui favorise son autonomie alors la question du logement est posée. Les éducatrices référentes et la famille en question commencent des démarches de demandes de logements sociaux en interpellant le contingent prioritaire qui permet d'obtenir des logements dans un délai plus restreint qu'en temps normal. Lors de l'attribution du nouveau lieu de vie de la famille, celle-ci déménage. L'équipe apporte à cette famille, un soutien dans

les démarches administratives, dans l'organisation et l'aménagement du nouveau logement et dans le repérage du nouvel environnement. Si la situation demande d'être accompagnée encore quelques temps, des suivis externalisés peuvent continuer durant les trois mois après la sortie. L'équipe peut donc se rendre à domicile et les familles peuvent aussi revenir dans les locaux du centre maternel pour des entretiens si besoin. Le suivi externalisé doit être approuvé par l'Aide Sociale à l'Enfance pour des questions financières.

3. Enfin, le troisième type de sortie se fait à la suite d'un placement de l'enfant en famille d'accueil. Dans ce cas, la mère et l'enfant sont séparés. La mère ne peut plus rester dans le centre car elle ne répond plus aux conditions d'admission. Cette situation peut être complexe car la mère, en plus de vivre la séparation, perd son logement. Des réorientations peuvent être faites en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ou en centre d'hébergement d'urgence.

Après leur départ, certaines familles reviennent régulièrement dans les locaux. Le centre semble donc repéré comme un lieu sécurisant et la possibilité d'y revenir la journée participe à la transition entre la vie au centre et la vie extérieure.

1.2 Population accueillie et problématiques rencontrées

1.2.1 Généralités

Les familles orientées en centre maternel proviennent de l'ensemble des secteurs médico-sociaux du département. Le plus souvent, la demande d'admission est motivée par une séparation de couple, des conflits et des violences conjugales mais également à la suite d'un isolement social, familial, d'une situation de précarité sociale et économique. Cette demande traduit le plus souvent un besoin de protection de la mère et de l'enfant. Des femmes d'origine étrangère, dans une démarche de régularisation administrative de leur séjour en France, sont également accueillies au centre maternel. Des difficultés d'accès au logement peuvent conduire les acteurs médico-sociaux à orienter en centre maternel des femmes qui ne peuvent accéder au dispositif de droit commun.

De par leur vécu, ce sont pour la majorité des personnes particulièrement vulnérables. De nombreuses femmes ont déjà vécu un placement ou bénéficié d'un suivi antérieur et certaines sont inscrites dans un système de dépendance institutionnel. En effet, certaines femmes ont grandi en institution et n'ont jamais vécu en dehors du soutien et du cadre institutionnel. Ce sont généralement des familles pour lesquelles le séjour au centre est plus long que la moyenne et la préparation vers la sortie demande du temps.

Bien souvent, ce sont aussi des femmes confrontées à des problématiques individuelles comme des vécus traumatiques, des carences ou ruptures familiales, des problèmes de santé physique et/ou psychique, des conduites addictives passées.

1.2.2 La place du père

Historiquement, le centre maternel était un lieu d'accueil des femmes et de leurs enfants. A sa construction, des sœurs tenaient ce lieu pour les « filles mères ». Progressivement, des professionnels ont pris place mais le centre n'a jamais été réhabilité. La taille des logements ne permet pas d'accueillir un couple avec un ou plusieurs enfants. Pour ce type de situation familiale, il existe des centres parentaux dont les locaux sont adaptés. Lorsque l'admission en centre parental n'est pas possible, pour des raisons de places par exemple, le centre maternel peut sous-louer un logement extérieur afin que la famille vive ensemble. Ce sont cependant des situations d'exceptions où un projet de couple est réel, où l'homme est présent dans ses rôles de conjoint et de père.

La place du père, même si sa présence est irrégulière et parfois potentiellement néfaste, est quand même prise en considération. Dans le respect de l'autorité parentale, le père est informé de ses droits et est consulté dans les prises de décisions pour l'enfant. Le père peut aussi trouver un accueil et une écoute auprès de l'équipe qui médiatise au besoin les rencontres avec la mère et/ou l'enfant.

Par ailleurs, une réflexion est menée quant à l'accueil des pères seuls avec un ou plusieurs enfants mais ces situations sont rares et la question de la mixité du lieu de vie se pose. En effet, les femmes présentes au centre maternel ont pu subir des

violences importantes de la part d'hommes (conjoints ou autres) et le rapport à la masculinité est parfois teinté de domination, de craintes, de rejet ou de peur.

1.2.3 Observations cliniques et hypothèses

Durant les deux premiers mois du stage, je me suis placée en tant qu'observatrice. Cette période m'a permis de rencontrer l'équipe, les femmes et les enfants. J'ai pu noter au jour le jour ce que j'observais, ce que j'entendais et ce dont on me parlait. Je résume donc, dans cette partie, mes observations, mes questionnements et mes hypothèses. C'est donc sur cette matière que se base le développement théorico-clinique de ce mémoire.

Les femmes rencontrées au centre maternel proviennent souvent d'horizons différents mais leur vécu est systématiquement marqué d'insécurité. Certaines ont fui un pays persécuteur avec l'espoir d'un avenir meilleur, d'autres ont grandi en institution et ne sont jamais sorties de ce cadre, parfois elles sont jeunes et sans soutien familial ou elles sont plus âgées et déjà connues des services sociaux, elles ont souvent fui des violences... Ce sont des femmes carencées, traumatisées, en rupture ou déracinées. Elles ont connu, pour la grande majorité, une enfance marquée de ruptures familiales, de placements multiples, de violences physiques et psychologiques. Ce sont des femmes d'une vulnérabilité particulière ayant besoin d'un soutien matériel, social et psychologique.

Tout ce vécu engendre une faible estime d'elle-même. L'image de soi est dégradée laissant apparaître des carences affectives. Ce manque affectif semble parfois se refléter dans une recherche d'affection extérieure, une recherche de valeur dans les yeux de l'autre. Mais cet extérieur n'a pas toujours le rôle inconsciemment attendu, surtout lorsqu'il replace les femmes dans des situations douloureuses déjà vécues dans l'enfance. Les relations d'attachement peuvent donc être inconstantes, participant à la vulnérabilité des femmes.

C'est dans ce contexte, et parfois à cause de celui-ci, qu'apparaît la grossesse. Rares sont les situations qui étaient stables avant que la grossesse ne se déclare. Celle-ci amène des enjeux particuliers autour du couple, ou du moins du binôme

parental, de l'identité et de la place de chacun dans la dynamique familiale mais aussi autour du narcissisme de la mère en devenir. Le désir d'enfant semble relié à l'accomplissement de la femme en tant que mère, venir combler un manque ou inscrire la femme dans un rôle sociétal.

L'équipe rapporte que beaucoup d'enfants vivant au centre sont agités, bougent beaucoup, sont dispersés. C'est un symptôme manifeste surtout dans ce contexte de vie où les appartements sont petits et les espaces de jeux communs demandent une attention et une prise en considération de l'autre. Pour certains enfants, la question d'un retard de développement psychomoteur ou d'un retard de langage se pose. Pour d'autres, des difficultés de comportement, des difficultés de sommeil ou encore des énurésies nocturnes traduisent des angoisses qui ne peuvent pas toujours être mises en mot et qui passent donc par le corps.

Ce stage m'amène donc à me questionner sur le devenir et l'être mère de ces femmes. Quels processus psychiques sont à l'oeuvre dans le devenir mère ? Quel est l'impact de la vulnérabilité sur le devenir mère, sur la relation mère-enfant et sur le développement de l'enfant ? Comment le psychomotricien peut-il accompagner la parentalité chez ces femmes et dans ce lieu en particulier ?

2 RE-NAISSANCE, CO-NAISSANCE ET RECONNAISSANCE

2.1 Devenir parent : un processus dynamique

2.1.1 La maternalité

La maternalité est un terme introduit par P.C. Racamier en 1961 qui définit "l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de sa maternité" et qu'il qualifie de phénomène dynamique normal. C'est une crise d'identité, "une phase de l'existence au cours de laquelle le sujet est confronté à des remaniements identificatoires profonds, qui sont dictés par la reviviscence de conflits anciens à l'occasion d'une nouvelle phase évolutive de la personnalité." [14] Cette maternalité serait à l'œuvre du désir d'enfant jusqu'à la séparation psychique entre l'enfant et sa mère, qui survient théoriquement à la fin de la 1^{ère} année du nouveau-né.

2.1.2 La paternalité

A l'instar de la maternalité, la paternalité serait l'ensemble des processus psycho-affectifs qui conduit l'homme à devenir parent. Pendant la grossesse et à l'accouchement, le futur père développe des remaniements psychiques tels que "la couvade, certaines régressions, voire une certaine identification à la mère par féminisation". [18]

2.1.3 La parentalité

Il s'agit d'un processus de reconnaissance de l'enfant par le parent mais aussi de reconnaissance du parent par l'enfant. La parentalisation induit des remaniements psycho-affectivo-corporels. L'idée forte de la parentalité est qu'être parent ne s'impose pas tel quel du jour au lendemain. Être parent, ça s'apprend. Pour D. Houzel "ce que veut souligner le concept de parentalité c'est qu'il ne suffit ni d'être géniteur ni d'être désigné comme parent pour en remplir toutes les conditions, encore faut-il

devenir parent" [14]. La parentalité est donc en devenir et nécessite une "parole fondatrice de revendication" [5]. Le bébé joue aussi un rôle central dans le devenir parent. D'après S. Lebovici, « l'enfant fait ses parents ». Grâce aux compétences qu'il possède, le bébé, en interaction avec ses parents, leur permet de se sentir parent de cet enfant.

D'après D. Houzel [14], la parentalisation se construit en trois axes autour desquels semble "pouvoir s'articuler l'ensemble des fonctions dévolues aux parents" :

- L'exercice de la parentalité : c'est la reconnaissance d'une filiation de droit. "Ce sont les aspects juridiques de la parenté et de la filiation qui définissent l'exercice de la parentalité". Ce sont les droits et les devoirs de la fonction parentale dans notre société et la responsabilité de tout adulte ayant la charge d'un enfant. La filiation pose un cadre dans lequel l'enfant va pouvoir se développer en un sujet organisé notamment par l'interdit de l'inceste. D'après JC. Chanseau [5], si le parent se dit parent, il déclare sa volonté de l'être. S'en suit donc une reconnaissance juridique, irréversible dans son principe qui construit la parenté.
- L'expérience de la parentalité : c'est "l'expérience subjective consciente et inconsciente du fait de devenir parent et de remplir des rôles parentaux". Elle allie un désir d'enfant et un "processus de transition vers la parentalité" appelé parentification décrivant toutes les modifications psychiques qui se produisent chez les parents au cours de la grossesse.
- La pratique de la parentalité correspond aux "tâches quotidiennes que les parents ont à remplir auprès de l'enfant. C'est le domaine des soins [...] non seulement les soins physiques mais également les soins psychiques".

Le devenir parent est donc un processus complexe impliquant des remaniements conscients et inconscients chez l'adulte mais demandant aussi au bébé des compétences supportant l'interaction parent-enfant.

2.2 Désirs et fantasmes autour de la grossesse

Mme E. est la maman de trois enfants. Les deux aînés sont placés et le troisième vit avec elle au centre maternel. Je l'entends au téléphone dans un couloir, la conversation est mouvementée. Elle s'exclame : "Ma vie elle est faite à moi, j'ai des enfants!"

Je m'interroge alors quant à la signification de cette dernière phrase. Avoir des enfants est-il un marqueur de l'entrée dans l'âge adulte, d'une indépendance ou d'un sentiment de contrôle de sa vie? Constitue-t-il un but, une norme à atteindre pour réussir?

Par ailleurs, je ne connais pas toujours le contexte de grossesse du/des premier(s) enfant(s) qui survient généralement avant l'entrée au centre maternel mais je vois certaines femmes qui décident d'avoir un autre enfant pendant leur séjour. Je me pose la question de la venue de cet enfant, dans un contexte de précarité économique et sociale, chez ces femmes qui peuvent être en difficulté avec l'enfant déjà présent et avec le père qui semble parfois être aussi le père de l'enfant à venir. Pourquoi cette nouvelle grossesse? Que signifie ce désir? Ce nouvel enfant vient-il réparer quelque chose du narcissisme de la mère? Représente-t-il un nouveau départ lorsque la relation avec l'aîné est compliquée?

2.2.1 Enfanter d'un désir ou désirer un enfant?

Le désir d'enfant s'inscrit dans un processus qui s'enracine dans l'enfance et traverse l'adolescence jusqu'à l'âge adulte. Il s'articule avec l'enfant imaginaire.

Le désir de grossesse est défini par M. Soulé en 1983. Il s'agit d'un "désir où l'enfant, en tant qu'être figuré et distinct, ne tient pas de place." C'est un désir de vérification de l'intégrité du corps de la femme. C'est aussi un désir de plénitude, de ne pas être seule, d'avoir quelque chose de plus. Pour D. Cupa c'est "le désir d'être grosse, d'obtenir quelque chose d'un partenaire oedipien, préoedipien" [25]. C'est donc moins un désir de l'enfant qu'un désir de l'enfance, un désir de satisfaction intense.

S. Lebovici distingue le désir de maternité du désir de grossesse. Il correspondrait au désir présent depuis l'enfance qui s'articule autour de l'enfant fantasmatisé. Ce que M. Bydlowski illustre "comme lieu de passage d'un désir absolu. Ce qui est désiré, ce n'est pas l'enfant, c'est le désir d'enfant, c'est un désir d'enfance, la réalisation d'un souhait infantile". Pour D. Cupa, le désir de maternité est le désir d'être mère. Il renvoie à la reconnaissance de la fonction maternelle (et paternelle).

Pour M. Bydlowski, le désir d'enfant est la combinaison de trois composantes : le lien à la mère d'origine, le désir incestueux oedipien d'un enfant donné par le père et l'amour sexuel pour un homme présent.

2.2.2 La particularité du lien originel à la mère

Le désir d'enfant prend sa source dans le mouvement identificatoire de la petite fille à sa mère sans laquelle elle ne pourrait survivre. Quand, devenue femme, elle désire un enfant, s'instaure alors des "retrouvailles avec cette mère perdue de la petite enfance et le re-souvenir d'un passé nostalgique" [4]. Ces retrouvailles restaurent la relation primaire, préoedipienne, de la fille à la mère.

Cette relation mère-fille est aussi teintée d'une dette. Ce que M. Bydlowski appelle "la dette de vie". Le don de la vie renvoie l'enfant en situation de devoir la vie et de transmettre ce qui lui a été donné. Lorsqu'il y a un don, il y a obligation du retour de don. M. Bydlowski affirme que par l'enfantement, "une femme accomplit son devoir de gratitude à l'égard de sa propre mère" [25], elle règle ainsi sa dette : c'est le retour du don. Cet enfant crée la grand mère et la renvoie à la fois à la mort mais aussi à la promesse d'une immortalité à travers cette transmission. Pour M. Mauss "le don est à la fois cadeau et poison".

Pour sa deuxième grossesse, Mme D. est enceinte d'une fille. Suite à l'accouchement et quelques jours compliqués chez sa mère, elle revient au centre maternel. C'est sa propre mère qui a choisit le prénom de sa fille, sans qu'elle ne parvienne à lui dire non. Le prénom ne lui plaît pas tellement, elle souhaite donc que nous appelions sa fille par un diminutif. L'impossibilité de s'opposer à sa propre mère peut refléter cette dette qui laisse à la grand mère le rôle important, et pourtant éminemment personnel, du choix du prénom.

Il existe donc un lien étroit entre la femme, future mère, et sa propre mère. D'après M. Bydlowski, "en enfantant, une femme rencontre et touche sa propre mère, elle la devient, la prolonge en se différenciant d'elle" [25]. Cependant, qu'en est-il des femmes qui ne se sont pas construites auprès de leur mère ? Quelle figure maternelle ont-elles pu trouver dans leur placement ou dans leur entourage malgré l'instabilité et l'inconstance des relations ? "L'identification à une image maternelle positive est une nécessité pour la jeune femme qui attend un enfant" [4]. D'après D.W. Winnicott, la mère a été un bébé et s'en rappelle, elle "se souvient également des soins qu'on lui a donnés et ces souvenirs constituent soit une aide, soit un obstacle dans sa propre expérience de mère". [30]

2.2.3 Les représentations parentales de l'enfant

Si l'élaboration de la parentalité s'appuie sur le lien originel avec ses propres parents, elle se construit aussi dans les projections de l'enfant à venir.

M. Soulé, en 1983, introduit la notion de l'enfant imaginaire. Celle-ci désigne les représentations conscientes que la mère a de son enfant. Il peut être mis en mots avec une certaine aisance. D'après L. Alvarez et B. Golse, l'irreprésentation du fœtus parallèlement à la source de représentation que constitue l'enfant imaginaire peut amener à un "sentiment d'inquiétante étrangeté". [1]

S. Lebovici, en 1983, ajoutera la notion d'enfant fantasmatique, qui désigne les représentations inconscientes que la mère a de son enfant. C'est le bébé des rêves, des fantasmes, des désirs.

Puis, en 1994, il reprendra le terme de bébé mythique de D. Cupa, pour l'expliquer comme renvoyant "au transgénérationnel fantasmé par la mère, à une généalogie mythique qui constitue la préhistoire du bébé". Le bébé mythique est porteur du récit des origines, des aléas biographiques.

S. Lebovici, parle aussi de l'enfant narcissique en reprenant l'idée de "His Majesty the Baby" de Freud. L'enfant narcissique est celui qui réalisera les rêves des parents, tout ce qu'ils n'ont pu faire. C'est aussi celui qui ne connaîtra pas toutes les difficultés passées des parents : sa vie sera meilleure.

Mme J. parle de son fils en disant : "Il est très intéressé par les chaussures en ce moment, je dis à son père qu'il deviendra vendeur de chaussures mais lui me répond que non, qu'il est costaud, qu'il sera menuisier ou quelque chose comme ça. Il travaillera et il gagnera bien sa vie lui !"

Cependant, si la fonction première de l'enfant est de combler le narcissisme défaillant de la mère, l'insatisfaction de chacun s'installe au centre de la relation. "L'enfant devient persécuteur pour sa mère et cette dernière n'est plus un bon objet maternel rassurant sur lequel l'enfant va s'étayer pour progresser et désirer grandir" [27].

Mme S. me raconte qu'un après midi, elle se baladait dehors avec son fils qui jouait sur une moto électrique d'enfant. En voulant jouer avec lui, elle fit mine de lui voler sa moto. Son fils se mit en colère et somma sa mère de lui rendre sa moto rapidement. Mme S. fut marquée par cet événement et elle me décrit en premier lieu les regards extérieurs qui la gêna. Dans son récit, elle raconte la honte que son fils lui a donné traduisant vraisemblablement une attaque narcissique. Elle me dit aussi que depuis elle ne sort plus en extérieur avec lui car, dit-elle, "quand je lui fais plaisir, il me remercie méchamment".

Enfin, toutes ces notions sont à distinguer de l'enfant réel. C'est l'enfant qui est là, dans la réalité commune, dans les bras du parent à la naissance. Mais le face à face avec cette réalité peut amener à un sentiment de déception car l'enfant ne remplira

pas les attentes du parent. Chez une mère fragilisée narcissiquement, la relation face à un enfant "décevant" peut être affectée quantitativement et qualitativement.

D'après L. Alvarez et B. Golse [1], après l'accouchement, les parents devront concilier ces multiples représentations de l'enfant avec le bébé réel dans un certain équilibre. En effet, lorsque l'investissement du bébé se fait avec une prépondérance de l'enfant représenté, cela peut entraîner un décalage important dans la réalité. Inversement, un investissement du bébé dans un collage important à la réalité peut entraîner une relation manquant d'affects et de rêveries caractérisée par un mode opératoire des interactions.

2.2.4 La fratrie ou la non satisfaction du désir d'enfant par l'enfant

D'après O. Bourguignon, le premier enfant est surtout celui "de l'affirmation de soi face aux parents, la preuve de l'activité sexuelle du couple et l'enfant de l'apprentissage". Le premier enfant a une inscription forte dans le couple, il "fait les parents", "il est à la source des espoirs à réaliser ou des revanches à prendre". Mais il existe une différence entre le désir d'avoir un enfant et le désir d'en avoir un de plus. Pour A. Aubert-Godard, à la naissance d'un enfant, "chacun des parents fait une place psychique à des frères potentiels de cet enfant dans le jeu entre désir et satisfaction." En effet, l'enfant attendu est celui imaginé, rêvé de manière consciente et inconsciente par les parents. L'enfant né est réel, par définition différent et décevant par rapport à l'attente narcissique du parent. Ainsi, lorsque le nouveau-né est là, le parent est dans le rêve d'un autre enfant, celui imaginé. Ce souhait sera réalisé ou non.

Mme M. vit au centre maternel avec son huitième enfant. Tous les aînés sont placés. Ce huitième enfant vient donc peut-être réparer un narcissisme sûrement mis à mal, s'il ne l'était pas déjà, par les placements successifs des autres enfants ?

2.3 Réaménagement autour de la grossesse

Après la découverte de la grossesse, qu'elle soit désirée ou non, la femme ne perçoit pas encore l'enfant mais elle ressent des modifications psychocorporelles. Au fil des mois, des processus dynamiques s'organisent afin de préparer la femme et plus généralement les parents, à l'arrivée de ce bébé. Après la naissance, ces processus continuent d'être à l'oeuvre afin de favoriser la relation entre le bébé et ses parents.

2.3.1 La constellation maternelle

Cette notion développée par D. Stern est un organisateur psychique de la grossesse. Elle peut durer entre quelques mois et plusieurs années. La constellation maternelle n'est ni universelle, ni innée. Elle est apprise et prise dans une transmission.

L'idée est qu'une nouvelle organisation psychique, qui se met en place lors de la grossesse et qui continue quelques temps après la naissance de l'enfant, « prend le centre de la scène » [29]. L'organisation psychique originale de la mère, celle d'avant la grossesse, reste là mais en arrière plan. Cependant, chez certaines femmes, la nouvelle organisation maternelle ne peut pas écarter l'originale. Cela est en lien avec ce que développe D.W. Winnicott à propos des mères qui ne peuvent pas atteindre l'état de préoccupation maternelle primaire.

Cette nouvelle organisation de la mère lui permet d'aborder quatre types de questionnement qui vont structurer son devenir mère.

1. Tout d'abord, la question du don de la vie se retrouve dans les préoccupations autour des soins et du nourrissage de l'enfant. "La crainte d'un échec renvoie à des peurs au sujet de la mort du nourrisson" [25]. La mère s'interroge sur ses capacités à faire vivre et grandir ce nouveau-né.
2. Ensuite, la mère va se questionner sur les relations primaires de l'engagement avec cet enfant. Ce sont des interrogations conscientes sur sa capacité à être mère, à aimer son enfant et à être aimée de lui. Parfois, celles-ci prennent beaucoup de place dans le psychisme maternel et peuvent être alimentées par les attentes familiales ou sociétales ou par ce que la mère imagine que les autres attendent d'elle.

3. En outre, la femme devenant mère vit un véritable remaniement identitaire. Ses statuts changent, passant de fille à mère et de femme à parent. La mère doit ainsi s'inscrire dans une relation d'objet en faisant preuve de décentration.

Mme B. vit au centre maternel avec sa fille de 3 ans. Elle est ici car elle encourt une peine judiciaire. Lors d'une discussion avec l'agent d'accueil, elle dit : "Dès que mes règles reviennent je vais faire un enfant c'est sûr!". L'agent d'accueil lui suggère l'idée de trouver une formation, un travail, de se reprendre en main avant de faire un second enfant. Mme B. répond : "Mais c'est le bébé qui va me remettre sur le droit chemin, il va me remettre droite, dans les rails!". Ici se pose la question de la capacité de décentration de Mme B. pour penser le bébé autrement que comblant son ambition narcissique.

4. Enfin, la mère a besoin d'un système d'étayage féminin et maternel appelé "matrice de soutien". Celle-ci a pour fonction, en premier lieu, de soutenir la mère physiquement. C'est à dire de répondre à ses besoins vitaux et de la préserver des exigences de la réalité quotidienne afin qu'elle puisse se laisser aller à la rencontre avec son bébé. Elle permet aussi à la mère d'être accompagnée et instruite dans les activités de soins à son enfant. La matrice de soutien apporte une aide psychologique et éducative.

M. Bydlowski évoque aussi l'indispensable entourage en affirmant que "bien qu'éminemment individuelle, cette expérience [du devenir mère] nécessite le concours et la chaleur d'autres femmes, mères, soeurs ou cousines, voire collègues, d'autres femmes qui s'incarnent dans la réalité actuelle et représentent les références au passé" [4].

Cependant, qu'en est-il pour les femmes isolées? Il y a là un rôle important des professionnels accompagnant. Tous ceux qui gravitent autour de la dyade mère-enfant peuvent contribuer à cette matrice de soutien.

Tous les aspects de la constellation maternelle, s'ils sont de qualité, favorisent une entrée plus sereine dans ce que D.W. Winnicott a nommé la "préoccupation

maternelle primaire". La matrice de soutien, particulièrement, permet à la mère de penser, rêver et prendre soin de son enfant.

2.3.2 La préoccupation maternelle primaire

D'après D.W. Winnicott, dès le début de la grossesse, la mère est emprise à une condition psychologique particulière appelée "préoccupation maternelle primaire" [30]. Cet état se caractérise par son développement graduel qui atteint son paroxysme à la fin de la grossesse. Il dure encore plusieurs semaines après la naissance de l'enfant et lorsque les mères en sont remises, elles ne s'en souviennent que difficilement. Cette hypersensibilité de la mère l'aide à s'adapter aux tous premiers besoins du bébé et de s'identifier à lui. Cette identification projective permet à la mère de contenir et mettre en sens les expériences psychocorporelles du bébé. Cela est en lien avec la capacité de rêverie maternelle que décrit W. Bion : "La rêverie décrit l'état d'esprit réceptif à toutes les projections de l'objet aimé, et capable d'accueillir ses «identifications projectives» bonnes ou mauvaises" [28].

D.W. Winnicott précise que, pour atteindre cet état de maladie normale et en guérir, une femme doit être en bonne santé. Pour lui, les femmes qui ne parviennent pas à cet état sont "incapables d'être uniquement préoccupées par leur enfant, à l'exclusion de tout autre intérêt, de la façon qui est temporairement normale". Qu'en est-il pour les mères dont les besoins physiologiques et de sécurité de base ne sont pas garantis ? Comment parvenir à la préoccupation maternelle primaire quand la préoccupation principale relève de l'assouvissement de besoins vitaux ? Il y a là une distorsion possible dans les premiers liens. La difficulté d'ajustement et le sentiment d'incompétence maternelle peuvent entraîner une désorganisation qui entrave le développement et l'évolution de la mère et de son enfant.

Au fil des mois, les fantasmes de toute puissance de l'enfant vont diminuer et il va s'éloigner progressivement du sentiment d'omnipotence. La mère soutient et permet à l'enfant de prendre de l'autonomie afin de se construire comme un sujet différencié. Cette distanciation est aussi bien physique que psychique. A ce moment, la préoccupation maternelle primaire disparaît donc peu à peu et l'enfant fait l'expé-

rience de la frustration. Pour D.W. Winnicott "Tout cela est contenu dans le terme dévoué que j'emploie quand je parle d'une mère ordinaire normalement dévouée". [30]

Cette préoccupation maternelle primaire se déroule temporellement au cours de la grossesse mais aussi dans les premières semaines de vie de l'enfant. Elle rend déjà possible l'établissement des liens et les réponses aux besoins du bébé.

En conclusion, toute cette réorganisation autour de la grossesse permet à la mère et au père de tisser de premiers liens avec leur enfant. Le bébé, bien qu'invisible, se fait déjà sentir et agit dans la relation par ses mouvements. Les représentations de l'enfant à venir s'ancrent donc dans les sensations corporelles. C'est aussi à travers son corps que le bébé va pouvoir communiquer avec ses parents et favoriser la relation.

2.4 Des liens indispensables pour se construire

Les réaménagements psycho-affectivo-corporels anté et post natal permettent, en théorie, une rencontre du parent avec son enfant. De cette rencontre naît une relation et s'établissent des liens qui supportent le devenir parent. Ces liens constituent aussi la base de la construction de l'enfant et apparaissent donc essentiels à son développement.

Plusieurs expériences tentent de décrire les effets de l'isolement sur le développement de l'enfant.

Au XIII^{ème} siècle, l'empereur Frédéric II de Hohenstaufen, avait pour ambition de découvrir la langue originelle. Il choisit des nourrissons auxquels des nourrices prodiguaient des soins matériels mais sans jamais leur parler. Il empêcha ainsi les nourrissons d'entendre toute parole. La légende veut que tous les bébés soient morts sans avoir dit un mot. Cela met en évidence l'importance de la charge affective portée par les interactions, la voix et ses sonorités. L'enveloppe sonore instaure un sentiment de sécurité, de continuité et de contenance.

En janvier 1800, en Aveyron, des chasseurs découvrent un enfant d'une dizaine d'années, vivant à l'état sauvage. Il ne parle pas, fait des gestes désordonnés et est inadapté socialement. P. Pinel examine l'enfant et pose le diagnostic d'idiotisme intractable. J.M.G. Itard quant à lui, propose un véritable programme psychopédagogique pour pallier l'absence d'éducation. Il stimule le "développement sensoriel qui doit servir de tremplin au développement du langage, de la pensée et de la conscience morale" [24]. Un environnement relationnel stimulant et sécurisant est donc indispensable au développement harmonieux de l'enfant. Sans cela, la triade motricité-sensations-représentations ne se met pas en place et des troubles peuvent apparaître.

En 1945, R. Spitz et K. Wolf parlent d'hospitalisme concernant un syndrome qu'ils décrivent. Ils constatent que "des troubles graves surviennent lorsque les enfants sont élevés en l'absence complète de leur mère dans une institution où les soins sont données de façon anonyme et sans qu'un lien affectif puisse s'établir" [7]. Pour R. Spitz, l'absence de soins maternels est l'équivalent d'une "inanition émotionnelle". Ce syndrome, même s'il n'est pas irréversible, a des conséquences durables sur le psychisme de l'enfant.

Ces trois recherches amènent un éclairage sur le fait que l'établissement de premiers liens relationnels est vital pour l'enfant. Ces liens, s'ils sont de qualités suffisantes, vont être le support de la construction tant au niveau psychique, affectif que corporel.

2.4.1 Les interactions

D'après le dictionnaire Larousse, l'interaction est la "réaction réciproque de deux phénomènes l'un sur l'autre". L'interaction est donc dynamique, engageant l'une et l'autre des parties y participant. Des processus interactifs se développent entre le parent et son enfant. Ils sont décrits par S. Lebovici selon trois grands types : comportementaux, affectifs et fantasmatiques.

2.4.1.a Les interactions comportementales

Les interactions comportementales sont des échanges observables entre le parent et son enfant. Elles représentent la manière dont le comportement de chacun s'ajuste en fonction de celui de l'autre. Elles sont sensorimotrices, passent par les canaux sensoriels mais aussi par des modifications toniques et rythmiques. Les interactions comportementales sont observées en particulier au niveau corporel, visuel et vocal.

Au niveau corporel, elles sont en lien avec ce que J. De Ajuriaguerra appelle le "dialogue tonico-émotionnel". Véritable communication entre le parent et son enfant, il est le reflet des ajustements entre les deux partenaires. Le tonus étant la toile de fond des émotions, ce dialogue traduit l'état émotionnel de chacun et permet une transmission de l'un à l'autre.

Au niveau visuel, "la rencontre des regards est un des modes de communication privilégiés" entre le parent et son enfant [28]. D.W. Winnicott parle de la fonction miroir du regard. En regardant son enfant, la mère participe à la construction de l'image de soi du bébé, support du narcissisme. A l'inverse, la mère se voit aussi dans le regard du bébé. Cela participe à la valorisation et à la reconnaissance par la mère de sa place. Par les échanges de regard, se crée donc un lien considérable entre les deux partenaires.

Enfin, au niveau vocal, les vocalises, les cris et les pleurs du bébé lui permettent d'exprimer ses affects et ses besoins. C'est un système d'appel qui pousse le parent à identifier le besoin de son enfant et à y répondre. De plus, quand le parent parle à son enfant, celui-ci perçoit l'intention et l'émotion qu'il y a dans ses paroles. Cela est d'autant plus marqué dans le "parler bébé" qui, en modifiant la prosodie de la voix, rend les paroles plus expressives. La mise en mot des ressentis de son enfant par le parent, permet donc à l'enfant de s'apaiser, de s'appuyer sur le lien relationnel pour reconnaître ses émotions. Aussi, le langage apporte une enveloppe sonore qui contient le bébé et lui permet généralement de s'apaiser. C'est le cas par exemple lorsque le parent chante.

2.4.1.b Les interactions affectives

Les interactions affectives traduisent l'influence réciproque de l'état émotionnel de chacun des partenaires. D.N. Stern parle d'harmonisation des affects pour traduire le bain affectif dans lequel sont baignés l'enfant et ses parents. Les signaux émis par l'un permettent à l'autre d'être informé de l'état émotionnel dans lequel il se trouve. Il en va de même pour les réponses émises. Il s'agit d'une phase de "résonance émotionnelle" [12]. Les réponses peuvent différer des signaux par un changement de temporalité, d'intensité ou de canal utilisé mais elles sont les signes du partage de l'expérience affective. Cette harmonisation est un repère dans la construction de l'enfant d'un point de vue expérientiel, psychique et narcissique.

2.4.1.c Les interactions fantasmatiques

Les interactions fantasmatiques se fondent sur l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et du bébé dans leurs aspects imaginaires, conscients et inconscients. Du côté des parents, les interactions fantasmatiques sont très liées à leurs représentations et à l'influence de leur histoire infantile et familiale. "La vie fantasmatique du bébé, rudimentaire à ses débuts, va se développer rapidement et interagir avec celle des parents" [12].

Mme S. est mère d'un garçon de 5 ans et est enceinte d'un second enfant. Elle évoque son passé en disant que ses parents ne se sont jamais occupés d'elle, qu'elle n'a jamais rien partagé avec eux. Aujourd'hui, elle ne veut pas que ses enfants vivent ce qu'elle a vécu, elle raconte : "je veux leur apporter tout l'inverse de ce que j'ai eu." Quand nous parlons de son désir d'enfant, elle ne peut y mettre des mots, elle rapporte seulement qu'elle voudrait que ses enfants "aient tout ce qu'il faut pour bien grandir".

Ces trois types d'interactions sont intimement liés. Ils s'étendent d'un niveau comportemental conscient et observable dans le réel à un niveau fantasmatique plus lié au pré-conscient et à l'inconscient. Chaque niveau influe sur les autres et les comportements visibles du parents en interaction avec son enfant sont finalement le reflet de toute la dynamique interactive.

2.4.1.d Les compétences interactives du bébé

Le bébé a longtemps été considéré comme un être sans compétence, passif, à remplir et à nourrir, dénué de sentiment et de sensation. Cependant, nous pouvons affirmer aujourd'hui, notamment grâce aux travaux de T.B. Brazelton, que le bébé, même s'il n'existe pas seul comme l'assure D.W. Winnicott, est un être actif de par ses compétences sociales, sensorielles et réflexes.

Les réflexes archaïques du bébé apparaissent dès la vie in-utéro. Observables à la naissance, ils disparaissent dans les mois suivant en laissant place généralement à des mouvements volontaires et coordonnées. Le cerveau du bébé est pré-câblé pour le développement des compétences psychomotrices. Ces réflexes sont la marque d'une maturation du système nerveux. Certains parmi eux favorisent le lien interactif avec le parent. Par exemple, le grasping, grâce auquel l'enfant s'agrippe aux doigts de son parent, ou le sourire réflexe des premiers mois de vie engendrent souvent pour le parent un sentiment de reconnaissance et de valorisation. Les autres réflexes, lorsqu'ils sont observés par les parents, donnent à ceux-ci un nouveau regard sur leur bébé et ses capacités. Cela favorise des premiers liens de qualités.

En plus des conduites réflexes, le bébé possède des compétences sensorielles. A la naissance, il naît avec un système sensoriel construit qui s'enrichira et s'affinera au fil de la maturation neuronale et des expériences qu'il fera. Le toucher est un des premiers sens à se développer in-utéro. A vingt semaines, le corps du fœtus est recouvert de récepteurs tactiles. Le liquide amniotique, en contact permanent avec la peau du fœtus, lui procure un sentiment d'enveloppe, de contenance qu'il est nécessaire d'apporter au bébé même après sa naissance. A travers ce portage physique mais aussi psychique, ce holding comme le nomme D.W. Winnicott, l'enfant vit un sentiment de sécurité et d'existence en relation avec l'autre. La vue, quant à elle, n'est pas mature à la naissance. Cependant, la myélinisation entraîne une maturation rapide de ce sens. Dès ses premiers jours de vie, le bébé peut reconnaître le visage de son parent parmi d'autres visages.

Concernant les compétences sociales, le bébé communique dès ses premiers jours

de vie. La communication non verbale est principale. Durant les premiers mois de vie et à travers son tonus, son regard et ses sourires, le bébé agit et réagit en relation. Les pleurs et les vocalises traduisent ses sentiments et ses besoins. Enfin, l'imitation prend une grande place dans le développement psychomoteur de l'enfant. Celui-ci perçoit, reproduit puis perfectionne son répertoire sensori-moteur et cela lui permet de passer d'un vécu brut à la pensée et aux représentations.

Ces compétences mettent en avant le caractère actif du bébé. Celui-ci peut être à l'initiative de l'échange et le réguler en grande partie. A travers cela, il participe à la construction de la parentalité. Le bébé est un être de relation, c'est cela qui supporte la qualité de sa construction.

2.4.1.e Des interactions adaptées

Pour être favorable à chacun des partenaires, les interactions doivent répondre à un équilibre au niveau quantitatif et qualitatif.

En effet, un excès de stimulation est défavorable au développement de l'enfant, qui n'est pas prêt d'un point de vue psycho-corporel à recevoir autant. Cela peut être vécu comme intrusif, agressif et désorganisateur pour l'enfant et entraîner à terme des comportements de repli.

Mme K. caressait les cheveux de sa fille. Après un moment, celle-ci l'a repoussé et s'est agitée. Mme K., n'ayant sûrement pas vu que cela était trop pour sa fille, a continué jusqu'à ce que je mette en mot les ressentis que je percevais de sa fille.

Un manque de stimulation est aussi délétère pour l'enfant. Des privations d'expériences ou des carences affectives ont un effet retardateur et qualitativement néfaste sur son développement.

Mme J. est une mère réticente à poser son fils sur le sol. Au quotidien, elle le porte, le pose sur le canapé ou dans la poussette. Lorsque je rencontre son fils âgé d'un an, je m'aperçois qu'il ne se déplace pas. Il montre manifestement un retard de développement qui peut être mis en lien avec la pauvreté de ses expériences sensori-motrices et le manque de stimulation apporté par son entourage.

Le repérage et la reconnaissance des signaux du bébé sont donc nécessaires pour que les interactions se trouvent dans un juste milieu quantitatif mais aussi pour qu'elles soient de qualités. La réciprocité, la synchronie et la diachronie des échanges doivent être adaptées. Le bébé a besoin d'être écouté et respecté dans ses disponibilités pour se développer harmonieusement.

Les échanges entre l'enfant et son parent conditionnent et participent à la construction de liens d'attachement vitaux pour l'enfant.

2.4.2 L'attachement

L'attachement est une notion développée à la suite des travaux de J. Bowlby, qui cherchait à comprendre pourquoi la séparation d'un jeune enfant de ceux qui l'élevaient entraînait des effets désastreux sur sa construction.

Tout être humain est pourvu d'un système d'attachement. En situation de détresse, le système d'attachement s'active et des comportements sont mis en place pour retrouver une proximité avec la figure d'attachement. Les réponses apportées par celle-ci et la proximité retrouvée permettent l'extinction de ce système d'alerte.

Les figures d'attachement se construisent et évoluent tout au long de la vie. Les personnes qui s'occupent du bébé durant les premiers mois de sa vie deviennent progressivement des figures d'attachement. Ces dernières sont hiérarchisées en une figure principale et des figures secondaires. D'après N. Guedeney [13], "la construction d'une figure d'attachement prend neuf mois". Généralement, la figure d'attachement principale est la personne qui s'occupe le plus souvent et le plus adéquatement du bébé, celle qui lui apporte davantage un sentiment de sécurité. A partir de la

deuxième année de vie de l'enfant, savoir sa figure d'attachement disponible suffit à son sentiment de sécurité. A partir de trois/quatre ans, l'enfant peut mentaliser sa figure d'attachement et a seulement besoin de la savoir accessible pour se sentir sécurisée.

Il existe un couplage dynamique entre le système d'attachement et le système d'exploration. Lorsqu'un des systèmes est activé, l'autre est désactivé. C'est à dire que, lorsque que l'enfant se trouve en situation de détresse, il ne peut explorer, jouer, découvrir et faire les expériences qui lui permettent de grandir. L'exploration demande un éloignement de la figure d'attachement et pour ce faire, l'enfant doit pouvoir compter sur celle-ci en cas de problème. Lorsque la figure d'attachement ne répond pas correctement aux besoins de l'enfant, n'y répond pas du tout, voire même est absente, l'enfant ne peut se sentir assez sécurisée pour explorer.

La figure d'attachement qui prend soin de l'enfant est appelé "caregiver". Un système de caregiving, lorsqu'il s'active, amène le parent à protéger son enfant en se rapprochant de lui puis à le reconforter. Il existe, là aussi, un couplage dynamique entre les systèmes de caregiving et d'attachement. Lorsque la détresse de l'enfant active le système d'attachement du parent, celui-ci ne peut pas jouer son rôle de caregiver. C'est ce qu'il est possible de retrouver chez des parents fragilisés dans leur construction, pour lesquels les pleurs du bébé réactivent des angoisses infantiles.

M. Ainsworth a mis en évidence différentes qualités d'attachement. Tout d'abord, l'attachement sécurisée, le plus souvent retrouvé dans la population générale, signe du développement de la meilleure qualité. "C'est un facteur de protection contre le développement d'une psychopathologie ultérieure" [13]. L'attachement insécurisée, quant à lui, peut se traduire soit par une minimisation des comportements d'attachement, c'est le type d'attachement évitant, soit par une maximisation des besoins d'attachement, c'est le type d'attachement ambivalent/résistant. Ces deux types là sont retrouvés lorsque le caregiver ne répond pas de manière adéquate aux besoins de l'enfant mais continue à être présent et à le protéger. L'enfant trouve une adaptation selon ses besoins et les capacités de réponse de sa figure d'attachement. L'attachement insécurisée n'est pas pathologique mais il "limite les potentialités de

développement optimal [...] et en présence d'autres facteurs de risque, il potentialise les risques de dysfonctionnement de l'enfant" [13].

Lorsque, Amir, le fils de Mme L. ne fait pas ce qu'elle veut, celle-ci le menace en lui disant : "Bon alors tant pis, je te laisse là tout seul et je m'en vais... au revoir!... je m'en vais!" puis commence réellement à partir. Lorsqu'elle s'en va dans cette situation, Amir se fige sur place et pleure. Par ailleurs, il arrive aussi que, lorsque cette mère est interpellée, par quelqu'un, elle quitte la pièce sans prévenir son fils. Amir pleure donc à son départ et est difficilement consolable. Lors du retour de sa mère, il pleure aussi. Son système d'attachement paraît sur-activé en réponse à l'ambivalence des comportements de sa mère.

Plus récemment, M. Main, a développé un quatrième type d'attachement appelé "attachement désorganisé". Il est marqué par des comportements d'attachement contradictoires et ambivalents signant une absence de stratégie. Cela se retrouve lorsque la figure d'attachement ne peut pas répondre aux besoins de l'enfant, le protéger voire se trouve être la source de sa détresse. "Cet attachement désorganisé représente une vulnérabilité en soi prédictive de troubles cognitifs, émotionnels et du comportement" [13].

La qualité de l'attachement, sans être forcément pathologique, est prédictive de la qualité du développement de l'enfant. Les interactions précoces sont au coeur de ce processus. Par sa présence, sa régularité, sa prévision et ses réponses adaptées aux besoins de l'enfant, le parent favorise la construction de celui-ci dans un niveau de sécurité favorable et un niveau de stress diminué.

2.4.3 Le père et sa place

A l'évocation du centre maternel, une question se pose rapidement : où sont les pères? Malgré l'engagement du centre à les inclure dans l'accompagnement proposé, l'alliance avec ces derniers est souvent compliquée. Absent, violent ou lui même en difficulté dans le devenir parent, le père paraît se situer plutôt dans l'évitement ou

dans la fuite. Est-ce les modalités d'accueil au centre qui favorisent cette distance ? Est-ce les difficultés propres du père à trouver sa place ? Est-ce les responsabilités attendues aujourd'hui qui sont craintes ? Autrefois éloigné de la petite enfance, le père a vu sa place évoluer. Dans notre société actuelle, le rôle du père dans la dynamique familiale se remodèle progressivement. L'intérêt qui lui est porté est grandissant.

2.4.3.a Qui est-il ?

D'après J. Lacan, le père peut se définir selon trois représentations [18] :

- Le père imaginaire : c'est "le père idéal". Ce père est construit à partir des représentations du père lui-même, de la mère et de l'enfant. C'est le père idéalisé selon les fantasmes conscients et inconscients.
- Le père réel : c'est le père inscrit dans le biologique et dans la réalité des besoins familiaux. Mais aujourd'hui le père réel est-il géniteur, celui qui reconnaît l'enfant, le compagnon de la mère ?

Lors d'une rencontre avec Mathéo, 6 ans, nous parlons de son père, qu'il va retrouver après. Il me dit : "Oui c'est mon papa, mais tu sais j'ai un père biologique aussi". Un "papa" présent au quotidien mais qui n'est pas le père biologique, un "père" qu'il n'a jamais rencontré mais qui est le géniteur : dans la réalité de cet enfant, comment se place le père réel ?

- Le père symbolique : c'est "le gardien de la loi, son représentant". Cette loi concerne en grande partie l'interdit de l'inceste. Par son discours ou par sa présence dans le discours de la mère, le père prend une place de triangulation des relations familiales. "Le père symbolique serait, à cet égard, le père tel que la mère le porte dans son discours".

Ces trois représentations sont à considérer sous l'angle du père lui-même, de la mère et de l'enfant et vont influencer la dynamique familiale et les places de chacun.

B. Gosse décrit, lui, le père pré-oedipien et le père oedipien [11] :

- Le père pré-oedipien se situe plutôt dans le registre "différenciateur". Par son rôle de soutien et "d'approvisionnement nourricier" de la dyade mère-enfant, il enveloppe et protège la relation. Par cela, il favorise l'attachement mais aussi la différenciation en prenant la place de tiers.
- Le père oedipien est plutôt décrit comme "séparateur". Il correspond en partie au père symbolique décrit par J. Lacan. En tant que porteur de la loi, il pose une distance entre l'enfant et sa mère en médiatisant les relations.

2.4.3.b La fonction de tiers

Malgré les transformations de la fonction paternelle, celle-ci est toujours très liée au "tiers séparateur de la dyade du point de vue symbolique, il reste celui qui donne accès au fonctionnement triadique" [11]. Cette fonction de tiers permet l'individuation de l'enfant. Cet espace, qui n'est ni de l'enfant ni de la mère, créé par la tierciété apporte la distance et la différence nécessaires à la construction du bébé et à l'évolution favorable de la relation. Il empêche l'enfant de grandir dans une toute-puissance qui pourrait lui donner une place conjointe à celle de la mère.

Nathan vit avec sa mère au centre. La nouvelle grossesse de celle-ci l'amène à se questionner sur sa place. Il peut dire que c'est lui qui décidera quand le petit frère sera né et qu'il commandera. Son père est présent de manière très irrégulière et n'assure pas cette fonction de tiers. Nathan semble se placer dans une toute-puissance, dans un rôle conjoint à celui de la mère vis-à-vis du bébé à naître.

Au centre maternel, les femmes sont ici car elles sont mères, ce qui les entoure est lié à cette fonction et parfois elles ne semblent exister qu'à travers cela. Elles se définissent généralement elle-même en tant que "maman de", comme si leur seule identité était d'être mère.

Lors d'une réunion des résidentes du centre, à laquelle j'assiste pour la première fois, les femmes se présentent en donnant leur nom puis le prénom de leur enfant. A son tour, Mme D. se présente en disant : "Madame maman de..." avant de se rendre compte du lapsus et de se reprendre.

Dans ces cas là, le père ne pourrait-il pas aussi jouer un rôle de tiers pour la mère ? En combinant sa place de père et de compagnon, ne permettrait-il pas l'existence de la femme ?

2.4.3.c L'apport du père

Au cours de la grossesse, le père est parfois le premier soutien au quotidien pour la mère : il la "matérne". Il contient et protège la dyade mère-enfant. Aujourd'hui, il est considéré qu'à la naissance, le rôle du père est de favoriser le développement de l'enfant au même titre que la mère. Il s'inscrit aussi dans le maternage.

Le père apporte des dimensions complémentaires à celles de la mère dans l'éveil de l'enfant. D'après les observations de la psychologie développementale, le père propose des jeux moteurs et d'opposition différents de ceux de la mère. Il s'engage plus amplement dans le corps à corps. Il est aussi un partenaire actif de la communication en demandant à l'enfant d'explicitier davantage son discours. Le père offre un regard différent sur les apprentissages et l'investissement du monde.

Un père suffisamment présent, et "suffisamment bon", contribue donc à l'individuation de l'enfant et à sa construction. "Un support paternel de qualité, incluant le temps passé ensemble, l'apport d'un support émotionnel, l'aide quotidienne, la surveillance du comportement de l'enfant, l'éducation non coercitive aide au bon développement de l'enfant" [11].

2.5 Quand le processus de parentalité est entravé

Habituellement, à l'arrivée de leur enfant, les parents mettent en place des fondements nécessaires au développement corporo-psycho-affectif du bébé. La rencontre permet alors l'instauration d'une relation stable et favorable tant à l'enfant qu'aux parents. Seulement, dans certains contextes, cette rencontre n'est pas possible. La présence du bébé dans sa réalité propre réveille des fragilités chez les parents.

2.5.1 Le mal de mère

L'arrivée d'un enfant peut faire (re)surgir des difficultés maternelles. Elle entraîne une désorganisation maternelle où peuvent se mêler des affects dépressifs, anxieux ou haineux. La souffrance de la mère peut ainsi l'empêcher de créer du lien avec l'enfant ou de s'ajuster de manière assez adaptée pour le développement psychomoteur de l'enfant. "La souffrance maternelle empêche le déploiement d'une disponibilité psychique permettant de penser le bébé et de lui procurer un berceau de mots" [3]. Que cette souffrance soit issue de blessures infantiles ou plus récentes, elle impacte le développement relationnel entre la mère et son enfant. "Lorsque les projections et représentations déversées sur le bébé sont infiltrées d'éléments pathogènes, celles-ci porteront atteinte au développement du bébé si elles restent en l'état, non détoxifiées par un tiers". [3]

2.5.2 La vulnérabilité

D'après F. Molénat, la vulnérabilité est définie comme un état particulier de la personne qui pour différentes raisons, "devient plus sensible aux mouvements intérieurs ou extérieurs à elle-même et risque de se fragiliser". [21] Comme nous l'avons vu précédemment, la grossesse est une période de vulnérabilité particulière du fait des modifications physiologiques et psychologiques. Cependant, en dehors de cet état, la vulnérabilité peut aussi être sociale et psychique. De par leur histoire de vie, les familles accueillies au centre maternel sont en situation de vulnérabilité. "Un élément de vulnérabilité à n'importe quel niveau du système interactif peut en bout de course influencer sur les modalités d'échanges entre l'enfant et ses parents" [21].

En sortant de l'audience de renouvellement du placement de son fils, Mme S. me dit : "Quand ça va pas dans sa tête, c'est dur de s'occuper d'un autre".

En effet, il est déjà difficile pour ces femmes de s'occuper d'elles, de se sentir exister ou d'avoir de l'estime pour elles-mêmes. Il peut donc s'avérer complexe pour elles de s'occuper d'un autre, le penser, l'écouter, se décentrer et lui transmettre des valeurs. En général, "ces mères ne sont pas activement maltraitantes mais elles négligent leur bébé comme elles se négligent elles-mêmes ainsi que toutes les affaires de leur foyer et comme elles ont été elles-mêmes négligées lorsqu'elles étaient bébé. Elles ne regardent pas leur bébé, ne perçoivent pas ses besoins, ne lui parlent guère sauf pour se plaindre de leur misère. Pourtant, elles tiennent à lui, sont tolérantes de ses allées et venues, le prennent dans les bras et aiment l'avoir contre elles quand elles en ont envie et non en fonction de ses manifestations et demandes" [7].

Avant d'arriver au centre maternel, les familles sont dites "à risque". Ces risques sont aussi bien médicaux, psychosociaux que psychoaffectifs.

La précarité et le contexte socio-économique de leur milieu de vie amènent les familles à vivre dans des logements qui sont parfois insalubres voire dans la rue. Les soins peuvent être empêchés par l'isolement et la méconnaissance des dispositifs, par un manque économique ou l'impossibilité d'accès aux dispositifs de droit commun. Les suivis de santé de la femme, de l'enfant ainsi que les suivis de grossesse peuvent donc être discontinus voire inexistantes.

Aussi, l'isolement dû à l'éloignement familial ou à la séparation conjugale est une source de risques psychosociaux. Les femmes manquent de soutien affectif, psychologique et matériel. De plus, leur niveau scolaire ne rend pas possible l'accès à des diplômes qui pourraient favoriser leur insertion professionnelle et accentue donc leur isolement et leur manque de ressources.

Enfin, ces femmes sont généralement en recherche de sécurité physique mais aussi psychique, cela allant de pair. Les carences infantiles qu'elles ont pu vivre en font des adultes en recherche d'affection, d'identité, de valorisation signant une immaturité affective. Le contexte socio-économique de leur vie est souvent défavorable à

l'épanouissement des femmes et de leurs enfants.

Le plan périnatalité 2005-2007 constate l'impact de ces risques sur le développement de l'enfant : "Des suivis médiocres ou inexistantes des grossesses, sont particulièrement associés à la précarité et la pauvreté, et responsables d'une plus grande fréquence des pathologies périnatales. Un certain nombre de femmes en situation de précarité, seules, avec un faible niveau scolaire, sans revenu autre que celui des aides publiques, n'ont pas accès à un suivi de leur grossesse conforme aux normes prévues par la législation. [...] Outre les enjeux médicaux, l'insécurité, ainsi que la non-reconnaissance des qualités et du rôle propre à la mère et au père peuvent non seulement compromettre les relations avec l'enfant, mais encore les relations mêmes au sein du couple. Pour l'enfant comme pour la fratrie, une grande part de leur avenir se joue dans cette période cruciale." [19]

A leur arrivée au centre maternel, les familles peuvent trouver un réseau de soutien et d'accompagnement dans leurs démarches afin de limiter les effets de cette vulnérabilité sur la dynamique de chacun.

2.5.3 Le devenir du père dans la séparation conjugale

Les familles accueillies au centre maternel le sont généralement à la suite d'une séparation conjugale. Elle est actée quand un des partenaires le décide mais aussi lorsque la justice détermine qu'il y a danger. Cette séparation et la vie au centre se répercutent sur la présence du père auprès des enfants.

Selon G. Neyrand et P. Rossi [22], quatre positions paternelles peuvent être relevées lors de la séparation des parents :

1. La présence régulière et continue implique que le père puisse prendre sa place, se reconnaître en tant que parent et que le processus de paternalité puisse être mis en oeuvre. Lors d'une séparation conjugale, cette présence n'implique pas forcément la résolution du conflit mais que les parents arrivent à le dissocier du rapport à l'enfant. Cela suppose, pour les deux parents, une remise en question personnelle afin que l'intérêt et la place de l'enfant puissent être préservés.

2. La présence effective mais irrégulière implique que le père ait investi l'enfant mais que le conflit conjugal entraîne des perturbations dans leur relation. Le père est devenu parent, il s'est reconnu parent, l'investissement de l'enfant est là mais la temporalité du conflit engendre l'éloignement progressif du père.
3. L'inconstance paternelle évoque une fréquence irrégulière et aléatoire des contacts avec l'enfant. Cela se retrouvait déjà avant le conflit conjugal. Le père est reconnu dans l'exercice de la parentalité mais il n'investit pas l'enfant, ne s'occupe pas de lui. Il prend la place qui lui est attribuée selon la société ou l'entourage mais sans l'occuper réellement.

Le père de Nathan vient le voir de manière très irrégulière, sans prévenir de sa présence ou de son absence. C'était déjà le cas lorsque la mère et l'enfant ne vivaient pas au centre. Quand le couple se reforme, le père est présent plusieurs jours de suite. Mais lorsque le conflit conjugal refait surface, le père disparaît et n'assure plus la continuité de ses visites ni du contact avec son fils. En parallèle, les jeux libres de Nathan amène beaucoup de questions de perte, de retrouvailles et d'inquiétudes quant aux séparations. Lorsque l'équipe fait part au père du besoin de stabilité et de prévisibilité de son fils, il l'entend et paraît y être sensible. Cependant, quand le centre le sollicite pour prendre le relais de la mère ou pour passer du temps avec son fils, il ne vient pas.

4. L'absence paternelle signe une absence totale de rapport entre le père et l'enfant. Cela peut traduire un défaut de parentalisation, un refus de l'enfant ou d'une exclusion paternelle par la mère. C'est une situation qui est souvent retrouvée au centre maternel. Beaucoup de pères reconnaissent leur enfant et l'inscrivent donc dans une filiation symbolique. En revanche, la plupart sont absents assez rapidement après la naissance.

Pour C. Jusselme [11], lors de séparation parentale, il est important que le père continue d'exister, "de manière pas trop négative si possible", dans la tête de la mère. C'est par cette place représentative que pourra s'introduire un tiers séparateur de la relation fusionnelle, en particulier oedipienne. Une relation co-parentale de

qualité est favorable au maintien des liens familiaux avec l'enfant même si la relation conjugale est dissoute. Pour cela, l'implication de chacun des parents est nécessaire avec un respect de l'autre et de sa place auprès de l'enfant.

Parfois, il y a un déséquilibre dans la relation co-parentale. Il arrive que celle-ci ne puisse être différenciée de la relation conjugale.

La grossesse de Mme K. n'était pas désirée. Le père est un homme avec qui elle n'avait pas de projet de couple dans l'avenir. Cependant, tout en disant qu'elle ne le souhaite pas, Mme K. se demande si elle ne devrait pas vivre malgré tout avec cet homme afin que sa fille puisse "avoir un père".

Au centre maternel, certaines mères semblent confrontées à un décalage entre leur représentation du père imaginaire et le père réel. Cela entraîne une distorsion des liens qui rappelle celle entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel.

Mme S. me raconte les premières semaines de vie de son fils : "Je voulais que son père prenne sa place mais lui me disait que vu que j'allaitais [au sein] il ne pouvait pas. Alors j'ai arrêté d'allaiter et je suis allée acheter du lait mais son père ne s'en occupait toujours pas. Aujourd'hui encore je voudrais qu'il partage des choses avec son fils, qu'il s'en occupe, qu'il aille dehors avec lui... Je ne vais quand même pas me jeter dans la Garonne pour l'obliger à prendre sa place!"

La question des pères est importante dans le quotidien de ces familles. Leur vulnérabilité personnelle, leur représentation de la famille ou les mesures de protection des femmes et/ou de leurs enfants influent sur leur présence et leur implication auprès de la mère et de l'enfant. De plus, "la fonction paternelle se décrit différemment selon que l'on se place du point de vue de l'enfant, du point de vue de la mère ou du point de vue du père lui-même, et la conjonction simultanée de ces trois vertex est extrêmement délicate à réaliser" [11].

2.6 Pour conclure

Bien souvent au centre maternel, l'arrivée du bébé ne correspond pas aux attentes de la mère. Celle-ci ne paraît pas avoir projeté cette grossesse dans le temps ni avoir anticipé les besoins et l'exigence que demande l'éducation d'un enfant. La femme ne peut préparer la venue de l'enfant réel tant l'enfant attendu est fantasmé. L'enfant réel ne comble pas les attentes narcissiques et ne colle pas avec les représentations de la mère. Des difficultés relationnelles peuvent donc en découler. Les liens d'attachement sont complexes et peuvent entraîner des situations de maltraitance ou de troubles développementaux de l'enfant. Parfois, la rencontre entre l'enfant et sa mère ne peut se faire.

Les représentations fantasmatiques de la vie avec l'enfant sont rattrapées par la réalité de la vie quotidienne qui renvoie brutalement à la solitude, la précarité et la vulnérabilité auxquelles est confronté la femme. Celle-ci est emprise à des besoins fondamentaux qui ne sont pas assouvis. Parfois, les besoins physiologiques, de santé et de sécurité ne sont pas respectés. Les femmes n'ont parfois pas de logement stable, pas de revenus, pas d'indépendance. Dans certains cas, ces questionnements vitaux semblent entraîner une indisponibilité psycho-corporelle pour la relation avec leur enfant. Aussi, se pose la question de la qualité de l'attachement chez ces femme devenant mères. Lorsque leur passé est composé de rupture, d'instabilité ou de traumatisme, comment ces femmes, insécures, peuvent-elles s'occuper de leur bébé sans que les besoins de l'enfant réactivent les notions d'insécurité en elles. La sécurité est définie par Marie-Paule Martin-Blachais comme un méta-besoin fondamental universel [17].

Ces femmes ont des difficultés à envisager, investir, prendre en considération, comprendre ou s'occuper de leur enfant. Il y a donc un retentissement des difficultés de ces femmes sur le lien qu'elles tissent avec leur enfant. Les réponses aux besoins de l'enfant ne sont pas toujours adaptées car les mères ne les comprennent pas, ne les remarquent pas ou ne savent comment faire. Cela se manifeste par de l'anxiété intense, souvent exacerbée par les pleurs du bébé, par une mise à distance des corps, par une dévalorisation des compétences parentales de la mère, par une rela-

tion fusionnelle quasi pathologique ou au contraire par un délaissement de l'enfant ou encore par un sentiment maternel de persécution par l'enfant. Certaines femmes ne peuvent inscrire l'enfant dans une temporalité qui lui est propre. Les rythmes nécessaires au déploiement des capacités psychomotrices de l'enfant ne sont pas forcément pris en compte. L'ajustement affectif, émotionnel ou tonique, indispensable entre la mère et l'enfant, ne peut pas toujours se faire. Les signaux d'appel du bébé ne semblent pas prendre sens dans le psychisme maternel. Cela retentit donc sur la qualité des interactions, de l'attachement mais aussi sur les possibilités de séparation et d'individuation de chacun. La construction de l'enfant dans la pleine possession de ces capacités en pâti.

Les enfants vivant au centre manifestent leurs problématiques par des symptômes qui leur sont propres. Ils traduisent ainsi corporellement leur mal-être psychique, qui ne peut apparaître à la conscience. C'est un signal d'appel. Il n'y a pas forcément de pathologies avérées mais des soutiens pour ces enfants semblent nécessaires.

En conclusion, il apparaît que le vécu de la femme joue un rôle sur sa façon de devenir mère et donc sur les liens tissés avec l'enfant. La disponibilité et la sensibilité maternelle influencent les réponses apportées aux besoins fondamentaux des enfants qui, elles-mêmes, influent sur leur développement. Le centre maternel accueille donc des femmes en difficulté à être mère et/ou à devenir mère. La question de l'impact du vécu maternel sur la qualité des liens mère-enfant et sur le développement psychomoteur de celui-ci est au coeur des problématiques rencontrées au centre maternel. Je m'interroge donc sur la manière dont le psychomotricien peut accompagner la parentalité chez ses femmes, en prenant en compte leur vécu, leur façon d'être, leur vulnérabilité et leurs ressources ?

3 LE PSYCHOMOTRICIEN ET L'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITÉ

3.1 Place et rôle du psychomotricien en centre maternel

3.1.1 Le projet de stage expérimental : une première entrée en matière

3.1.1.a Pourquoi ce choix ?

J'ai effectué mon stage de deuxième année de formation dans une crèche accueillant des enfants du quartier et des enfants en situation de handicap. Dans ce lieu, j'ai commencé à découvrir les enjeux de l'accompagnement à la parentalité. En répondant aux parents, en leur apportant des éclairages sur les comportements de leur enfant, en leur donnant des idées, des conseils et des astuces, je me suis aperçue que nous pouvions participer à changer le regard du parent sur son enfant. Ce changement contribuait à l'instauration d'une relation plus apaisée et favorable pour chacun. En intervenant au sein de la dynamique familiale, nous prévenions l'apparition de troubles relationnels, psychiques et de développement de chacun des membres de la famille.

L'été suivant, j'ai réalisé un stage court dans un service de néonatalogie et réanimation pédiatrique. Dans ce lieu de stage, la triangulation entre le bébé, ses parents et l'équipe était indispensable. Les accompagnements mis en place auprès de la famille permettaient aux parents de rencontrer leur enfant et de tisser de premiers liens à travers le portage, les soins et les interactions. Ces parents, souvent inquiets face à l'hospitalisation de leur enfant, se saisissaient plutôt pertinemment du soutien de l'équipe. Grâce à la valorisation de leur compétences parentales, l'appui de l'équipe pour la réalisation des soins quotidiens et l'accompagnement dans l'interprétation des signaux du bébé et les réponses à ses besoins, les parents "devenaient parents" de manière plus sereine.

L'idée du centre maternel m'est venue en réfléchissant aux lieux pouvant accueillir, soutenir et accompagner des parents en difficulté. En lisant des témoignages

sur la vie en centre maternel et des articles sur la parentalité, j'ai eu l'envie de réfléchir à la place du psychomotricien dans ce lieu. Après m'être renseignée auprès de psychomotricien(ne)s ayant travaillé plus ou moins longtemps auprès de ces femmes et de leurs enfants, je me suis décidée.

En outre, un stage expérimental me permettait de m'investir autrement, de prendre des responsabilités semblables à celles que j'aurais en tant que professionnelle. Cette structure particulière représentait donc pour moi une grande source d'apprentissages et d'enrichissement.

3.1.1.b Le projet imaginé

Avant de contacter le centre maternel, nous¹ avons écrit un projet de stage, reprenant les grands axes potentiels de notre intervention. Celui-ci a été envoyé au directeur et au cadre de la structure puis discuté lors d'un entretien.

La psychomotricité est une discipline paramédicale. Elle s'appuie sur le postulat suivant : "Le fonctionnement humain comprend trois volets indissociables et en permanente interaction : motricité, sensation, représentation". Elle accorde donc une place primordiale au lien entre le corporel et le psychisme. Le corps est un lieu d'affects, de sensations et d'émotions. Il est aussi un outil de relation. C'est en ce sens que le psychomotricien a un rôle dans l'accompagnement de la parentalité. Il est le traducteur des états toniques et aide à mettre des mots et du sens sur les ressentis corporels. C'est en tant que professionnel de la petite enfance, de la relation et de la prévention qu'il peut intervenir auprès des mères en difficulté. Le psychomotricien est sensibilisé au rôle essentiel des interactions précoces dans l'établissement d'un lien parents-enfant favorable et dans le développement de l'enfant. Il est à l'écoute des difficultés rencontrées et encourage le parent à trouver sa propre réponse, la plus adaptée à sa situation.

Notre intervention dans ce centre maternel pourrait donc enrichir les points de vue en ajoutant un regard psychomoteur sur les situations.

1. Ce stage expérimental a été réfléchi et mis en place en binôme. L'utilisation du pronom "nous" reflète l'implication et les réflexions communes de ma camarade stagiaire et moi-même.

Nous serons amenées à nous questionner sur le lien mère-enfant. Dans nos actions, nous prendrons en compte les besoins de l'enfant et la disponibilité physique, psychique et affective de la mère afin d'encourager un ajustement garantissant une sécurité physique et affective au tout petit.

Selon ce qui existe déjà et sur accord de l'équipe, différents ateliers pourraient être mis en place tels que :

- Ateliers d'échanges, de partage, de questionnements (entre les mères, entre les mères et les professionnels)
- Ateliers d'éveil psychomoteur et de découvertes motrices (ayant pour but une prise de conscience et une valorisation des compétences de l'enfant mais aussi un lieu d'expérimentations sensori-motrices et d'observation du développement de l'enfant)
- Ateliers de portage
- Ateliers conte - comptines - chant
- Relaxation et toucher thérapeutique
- Temps de jeux
- Ateliers femmes enceintes pour une appropriation en douceur de leur corps et du bébé

Concernant les modalités de ces temps, ils pourront être proposés en groupe et/ou en individuel selon les besoins et les disponibilités de chacun. Plusieurs axes de travail seront approfondis comme l'accordage affectif, l'accompagnement des mères dans la reconnaissance des signaux de leur bébé, la prise de conscience de leurs compétences maternelles, la mise en sens de leurs émotions ainsi que de celles de l'enfant, l'écoute...

Par ailleurs, nous pourrions être amenées à mener une réflexion, avec l'équipe, concernant l'aménagement du temps et de l'espace afin de respecter au maximum les rythmes et besoins propres à chacun.

Nous pourrions aussi observer, accompagner et conseiller les mères dans les gestes de soins quotidiens de leur enfant. Une sensibilisation sera possible concernant les postures de l'enfant et de sa mère.

Enfin, toute cette présence se déroulera dans un climat de bienveillance et de respect.

Bien sûr, ce projet imaginé a dû être adapté à la réalité de la structure. Au fil des mois, nous nous sommes intégrées. Par notre présence au sein de l'équipe et dans leur discours, il a été plus facile de rencontrer les familles et d'être repérées par celles-ci.

3.1.2 Place dans l'équipe

S'intégrer dans une équipe où la place du psychomotricien n'est pas identifiée, en n'étant présente qu'un seul jour par semaine, ne fut pas simple. J'ai d'abord essayé d'identifier les rôles de l'équipe afin de réfléchir à la manière dont un psychomotricien pourrait y prendre part.

3.1.2.a Rôle de l'équipe

Le centre maternel revêt le rôle d'espace transitionnel. C'est un lieu symbolique de transition entre un vécu antérieur et un renouveau en autonomie. C'est un espace-temps concret qui permet de cheminer d'une vulnérabilité impactant les liens familiaux et la construction psychique vers un vivre ensemble plus apaisé et sain. Ce n'est pas tant le lieu qui est transitionnel mais c'est l'usage qui en est fait par les familles qui leur permet cette transition. Au quotidien, c'est une aire intermédiaire où les familles peuvent vivre, rechercher, essayer, cheminer, se tromper... en somme, où elles peuvent expérimenter sous couvert de l'enveloppe protectrice du cadre.

L'établissement en lui-même et l'équipe par le maillage qu'elle tisse, jouent un rôle d'enveloppe auprès des familles. En posant un cadre réglementaire, elle les protège d'elles-mêmes et de l'extérieur. Le cadre contenant est à la fois formel et dynamique. Il fait preuve d'une certaine souplesse afin de contenir sans enfermer. C'est

un espace de partage où la rencontre est possible sans risque mais où l'éloignement peut aussi se faire sans pour autant disparaître. D. Anzieu affirmait que le cadre était tel un contenant maternel, "une seconde peau psychique où les pensées du sujet peuvent se déployer et l'excitation est limitée dans ses effets désorganisateurs". Les familles, et plus particulièrement les femmes, peuvent trouver en l'institution une base de sécurité qui leur fait défaut.

L'équipe du centre maternel prend une place de tiers dans cet espace. C'est un tiers de soutien et d'accompagnement de la dyade mère-enfant mais c'est aussi un médiateur dans l'organisation quotidienne et dans les démarches médico-psychosociales. Elle a un rôle d'évaluation de la relation et de l'état de santé globale des femmes et des enfants. L'équipe étaye aussi la construction de la parentalité et l'être parent et en particulier mère. Elle peut jouer ce rôle de matrice de soutien maternelle dont parle D. Stern. Pour certaines mères, l'équipe est un soutien complémentaire qui vient solidifier l'enveloppe créée par l'entourage mais pour d'autres elle tente d'en palier l'absence.

Les différents professionnels de l'équipe s'inscrivent dans une pluridisciplinarité car chacun apporte un regard et une façon d'être qui enrichit l'accompagnement. Ils se situent aussi dans une interdisciplinarité car, poursuivant des objectifs généraux communs, ils échangent régulièrement afin d'enrichir leur point de vue et d'adapter leur stratégie d'intervention. Cela permet de tenir compte des apports de chacun pour le mieux-être du sujet. Enfin, en travaillant conjointement en transdisciplinarité, les professionnels sont au plus près du sujet dans sa dimension subjective. L'enjeu dépasse le mieux-être pour se centrer sur le projet de vie du sujet. Chaque dimension de la dynamique du sujet est prise en compte dans le but de travailler coopérativement en le plaçant au centre de l'accompagnement.

Le psychomotricien, peut tout à fait trouver sa place et jouer un rôle complémentaire dans cette synergie d'équipe. Grâce à ses qualités et à ses outils, il se lie et s'articule avec chacun des professionnels. Il participe au maillage contenant et soutenant mis en place par l'équipe. Il s'inscrit dans un rôle de tiers et de médiateur de la relation mère-enfant. Ce regard tiers entre l'enfant et sa mère permet

une prise de distance et un recul dans la relation, parfois fusionnelle et confuse, qui les lie. Le psychomotricien met en avant la place du corps et ce qu'il supporte émotionnellement en lien avec la façon d'être au monde du sujet.

3.1.2.b Les outils du psychomotricien

Pour jouer ce rôle au sein de l'équipe, le psychomotricien s'appuie sur des outils privilégiés.

Le bilan psychomoteur permet d'objectiver de potentiels troubles, ou difficultés, du développement ou de la relation. Il permet aussi de mettre en avant les compétences et qualités du sujet, ce qui, dans le cadre d'un accompagnement parents-enfant, sert de support de revalorisation de l'enfant et de ses parents.

L'observation est aussi une des clefs de la thérapie psychomotrice. Au centre maternel, le psychomotricien peut se placer en tant qu'observateur de la relation mère-enfant mais aussi des états d'être de la mère et de son enfant. Il porte un regard sur les comportements individuels et en relation, l'activité spontanée et les états toniques et émotionnels de chacun. Au centre maternel, l'observation peut se faire lors de rendez-vous fixés mais aussi dans des lieux communs tels que l'accueil ou la salle de jeux.

La relation est au coeur de l'accompagnement en psychomotricité. Le "être avec" dans une implication psycho-corporelle supporte la thérapie. Le psychomotricien se situe dans une double implication : réelle et réflexive. Il est acteur dans la relation, dans l'expérience vécue et cherche à avoir simultanément un regard distancé permettant une lecture, une compréhension et un ajustement relationnel.

Le psychomotricien s'appuie aussi sur le jeu comme médiateur de la rencontre et de la thérapie. Au centre maternel, le jeu sert d'appui à la relation, à l'établissement d'une alliance thérapeutique, au lien triangulaire entre l'enfant, la mère et le psychomotricien. Des messages, des façons de faire et d'être passent aussi à travers le jeu. "Jouer avec l'enfant au tapis, comme nous le disons dans notre profession,

peut amener certains parents à investir le jeu dans ses qualités non seulement instrumentales (en termes de progrès que leur enfant a à faire dans sa motricité) mais aussi dans ses qualités d'échanges et de communication" [24]. Au centre maternel, certaines mères sont en difficulté pour jouer avec leur enfant. Le psychomotricien, lorsqu'il joue avec l'enfant et sa mère, permet à cette dernière de se réapproprier certaines scènes et de les investir dans la relation avec son enfant. Certains jeux peuvent donc être repris à la maison lorsque mère et enfant sont ensemble.

Mme K. me raconte une situation de jeu avec sa fille de 16 mois : "Quand je veux jouer avec elle, je construis quelque chose mais, elle, elle arrive et elle détruit tout ou elle éparpille tout. Elle ne veut pas jouer alors je range et je mets les jeux au dessus de l'armoire".

Le psychomotricien, formé sur le développement psychomoteur de l'enfant, reprend avec le parent les raisons des jeux de l'enfant et ce que cela lui apporte comme expériences. Par ses qualités d'écoute, il peut entendre les émotions que suscitent certains jeux de l'enfant chez le parent et amener ce dernier à s'interroger sur les raisons de ses ressentis. Il tente, à travers le jeu, de ramener une interaction plaisante dans la relation. En réintroduisant le jeu dans les échanges, le psychomotricien permet un espace transitionnel pour être avec l'enfant. Ce support encourage des moments interactifs et des activités partagées où chacun apprend de l'autre.

Par ailleurs, le jeu permet un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur. Par la spontanéité de ses actes, l'enfant qui joue ne cache pas ses sentiments. Il mobilise des sensations, des affects, des émotions, de l'imaginaire et par ses jeux, il constitue le principal médiateur des échanges. Le jeu favorise le passage entre le vécu brut et la transformation symbolique. C. Potel atteste que le jeu psychomoteur "sera ce moyen privilégié qui permettra au sujet de communiquer ce qui est encore non communicable".

Lors de la passation d'un bilan psychomoteur, Nathan initie un jeu spontané. C'est lui qui me guide sur ce que fait mon personnage. Dans ce jeu, il est un chien et je suis un humain. Nous sommes tous les deux dans une maison. Je m'endors sur le canapé et je ne vois pas qu'il sort de la maison. A mon réveil je suis inquiète car je ne le vois plus et ne le trouve plus. Heureusement, il est juste dans le jardin. Rassurée, je m'endors près de la piscine. A mon réveil, je ne le trouve plus et je m'inquiète. Il s'avère qu'il est allé à la plage. Je le retrouve sur place et nous jouons dans le sable... Ce jeu d'aller-retour entre perte et retrouvailles continuera jusqu'au terme de notre rendez-vous. Lorsque j'ai annoncé que notre rencontre allait se terminer et qu'il fallait trouver une fin à cette histoire, nous avons eu un accident de voiture. Avec un étayage verbal sur le sujet de la séparation, Nathan a pu me demander de lui faire passer des outils afin qu'il répare la voiture.

Le psychomotricien permet que, dans le jeu, réalité et illusion puissent coexister sans pour autant être confondues. Le jeu permet aussi d'alerter sur l'état d'être de l'enfant et de partager avec l'équipe autour des observations de chacun. Ce partage encourage les interrogations et la réflexion et favorise les accompagnements préventifs au centre maternel.

3.1.3 Prévention et psychomotricité

Le psychomotricien s'inscrit dans les objectifs du centre maternel en répondant premièrement à son rôle de prévention.

Le décret de compétences [10], qui régit la profession de psychomotricien, estime qu'ils "sont habilités à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

1. Bilan psychomoteur ;
2. Éducation précoce et stimulation psychomotrices ;
3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs ;

4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Ce décret cite donc les dimensions d'évaluation, d'éducation, de rééducation et de thérapie dans lesquelles le psychomotricien exerce. La prévention va de pair avec ces dimensions.

Il n'y a pas de théorie unitaire en psychomotricité. La formation s'appuie sur des théories issues des sciences médicales et biologiques (anatomie, neurologie, physiologie, neurosciences, psychiatrie, pédiatrie) mais aussi des sciences humaines et sociales (psychanalyse, psychologie, philosophie, pédagogie, sociologie). La psychomotricité se définit justement par une approche éclectique du sujet dans toute ses dimensions psycho-affectivo-comportementales. Les influences multiples sont une source d'enrichissement pour la compréhension du sujet et de son histoire en relation avec lui même et avec son environnement. Cela permet au psychomotricien de rencontrer la personne là où elle en est et d'adapter sa posture thérapeutique en fonction d'elle. La spécificité de la psychomotricité est la place donnée au corps en relation aux autres et à soi en tant que support de la construction psychique. La dyade corps-esprit est au coeur de la thérapie en psychomotricité. Pour S. Robert-Ouvray, "c'est le corps dans sa réalité physiologique qui est le passage obligé, le soutien et l'étai du développement psycho-affectif" [26]. Cette spécificité ne pourrait se développer sans les sources multiples qui font de la psychomotricité ce qu'elle est actuellement. Dans sa formation plurielle, le psychomotricien étudie aussi bien le développement ordinaire que pathologique, ainsi que leur limite parfois difficile à définir, du sujet en devenir, à tous les âges de la vie. De là tient aussi sa légitimité d'action dans le domaine de la prévention.

Cependant, la frontière entre prévention et soin est parfois fine dans la dynamique familiale. Dans le domaine périnatal, "les interventions curatives sur la mère ou sur le père peuvent et doivent avoir valeur préventive sur le bébé. Inversement, certaines interventions curatives, en particulier dans le domaine somatique, peuvent avoir des

effets préventifs sur la dégradation de la relation mère-bébé" [8]. Néanmoins, dans le domaine du soin thérapeutique en psychomotricité, l'objectif n'est pas le "cure" comme le définit Winnicott mais le "care". J.P. Lehmann, expliquant les propos de D.W. Winnicott, apporte un éclairage sur la différences entre le curatif et le soin : "cure et care sont en anglais des termes très proches. Mais son intention était d'insister sur ce qui pouvait les distinguer. Certes, tous deux désignent les soins, mais alors que cure vise le traitement médical et l'éradication de la maladie, care met l'accent sur l'attention portée à quelqu'un et sur l'intérêt qui est pris pour cette personne" [16].

A travers le care ou plutôt le take care, pouvant être traduit comme le prendre soin, le psychomotricien amène le sujet à solutionner par lui-même la désadaptation de sa façon d'être en relation au monde en amont du symptôme la traduisant. D.W. Winnicott affirmait que l' "on peut aider à mieux faire les mères qui ont en elles la capacité de donner des soins suffisamment bons ; il suffit de s'occuper d'elles d'une manière qui reconnaît la nature essentielle de leur tâche. Pour les mères qui n'ont pas cela en elles, ce n'est pas en les instruisant qu'on les rendra aptes à le faire" [2]. En prenant soin de la mère, en lui apportant le soutien et la contenance nécessaire, le psychomotricien favorise donc le prendre soin de la mère envers l'enfant.

3.1.4 Le prendre soin en psychomotricité

Pour prendre soin, en particulier de la mère, de l'enfant et de la dyade, le psychomotricien s'appuie sur des références théoriques qui agissent sur sa façon d'être.

Le holding est une notion définie par D.W. Winnicott comme la façon dont l'enfant est porté, soutenu. Si cela résonne d'abord d'un point de vue physique, c'est aussi par le portage psychique que l'enfant est contenu et pensé au sein de la famille. Ce portage permet au parent de jouer le rôle de pare-excitation pour son enfant. Ainsi, tenu et contenu dans ses bras, l'enfant en relation fait l'expérience de son existence. La communication entre le bébé et son parent se fait sous une forme tonique. J. De Ajuriaguerra parle de dialogue tonico-émotionnel car c'est à travers cette communication non verbale que vont se transmettre les émotions de chacun.

C'est par le corps qu'enfant et parent se rencontrent, s'appriivoisent et créent une relation.

Le psychomotricien a la capacité de mettre en place auprès du parent, les aspects de la relation que celui-ci ne parvient pas à investir. Par son attitude et ses qualités de portage, il se place dans un holding du parent et donc dans "ce que l'on pourrait appeler [...] le holding du holding ou, plus élégamment, la clinique du holding" comme le nomme C. Boukobza [2]. Ainsi soutenu, le parent peut, à son tour, soutenir son enfant.

Dans sa construction, le bébé a aussi besoin que l'on pense pour lui. C'est ce que W. Bion appelle "l'appareil à penser les pensées". Le bébé émet des "éléments bêta" dénués de sens et le parent, par un processus de mentalisation, déttoxifie ces stimuli pour les rendre assimilables par le bébé. Ce qui lui est renvoyé, les "éléments alpha", sont les résultats de la transformation des stimuli en éléments de pensée.

Cependant, cette déttoxification par le parent n'est pas toujours possible. En effet, si le parent ne reconnaît pas les signes du bébé, ne sait pas comment traduire les émotions qui le traversent ou est mis à mal par des émotions qui résonnent en lui comme persécutrices, la fonction alpha est défaillante. Le bébé se retrouve donc soumis à des sensations qu'il perçoit mais qu'il ne peut se représenter et le parent se trouve démuné dans les réponses qu'il peut proposer à son enfant.

Dans ce cas, le psychomotricien, en tant que lecteur des manifestations psychocorporelles de l'enfant, peut accompagner le parent dans la traduction des états toniques de leur enfant. A travers cela, il permet à l'enfant un retour sur ses sensations, un sens à ses ressentis et une réponse à son besoin. En encourageant et en valorisant le parent dans cette mentalisation, le psychomotricien permet un appui rassurant et renarcissant.

Le parent, lorsqu'il est sécurisé, contenu et porté par le psychomotricien peut se laisser aller plus facilement à la rêverie de cet enfant, à le penser et donc à tenter de traduire au plus juste ses besoins et d'y répondre.

3.1.5 Place auprès des familles

Auprès des familles, le psychomotricien a tout d'abord un rôle d'écoute bienveillante. Les parents, et particulièrement la mère au sein du centre maternel, peuvent ainsi exprimer leurs ressentis, leurs perceptions, leur histoire et leurs inquiétudes. Le psychomotricien, dans une démarche empathique, les accompagne dans la compréhension de leurs comportements et de ceux de leur enfant.

En soutenant le développement psychomoteur, le psychomotricien étaye l'enfant mais il valorise aussi le parent et ses compétences parentales en lui montrant les aptitudes de son enfant. Cela a un effet de réassurance narcissique qui peut changer le regard qu'il porte sur lui. En soutenant et orientant le parent, en valorisant ses interactions de qualités, en le conseillant, le psychomotricien l'accompagne dans une compréhension bonifiée de son enfant et encourage donc des réponses adaptées aux besoins de l'enfant.

D'après F. Joly, "la clinique psychomotrice fait d'une certaine manière des différents vecteurs de la relation mère/nourrisson ses propres ressorts thérapeutiques" [15]. Les expériences psychomotrices qu'il apporte, les capacités de mentalisation dont il fait preuve et le portage vers l'autonomie qu'il met en place auprès de l'enfant mais aussi auprès de la mère, reproduisent analogiquement la situation de la relation mère-enfant.

Le psychomotricien trouve donc sa place dans un accompagnement thérapeutique préventif auprès de chacun des membres de la famille mais aussi de la dynamique familiale. Il permet au parent de s'affirmer et de retrouver confiance en soi grâce au travail de revalorisation des compétences parentales qu'il opère. Le psychomotricien accompagne le parent dans l'élaboration de sa pensée et contribue à une traduction plus juste des signaux de son enfant. Il le soutient ainsi dans la mise en place d'une réponse adaptée. Par la médiation du jeu, le psychomotricien cherche aussi à redonner à la dyade le plaisir d'être ensemble et de partager.

3.2 Quand le projet imaginé rencontre la réalité...

Au cours de ce stage expérimental, j'ai donc rencontré des familles possédant chacune leur dynamique, leurs ressources et leurs difficultés. La confrontation de mes représentations à la réalité m'a demandé de l'adaptation mais a aussi enrichi mon projet imaginé et plus généralement ma pratique professionnelle. Voici donc dans cette partie, quelques exemples de ces rencontres.

3.2.1 Exemple d'un accompagnement mère-enfant

Le premier jour de mon stage au centre maternel, j'ai rencontré Lyam et sa famille.

3.2.1.a Présentation de l'histoire et de la famille

Lyam est né le 26 novembre 2016. Il est le quatrième et dernier enfant d'une famille recomposée. Le père, Monsieur S., et la mère, Madame B., ont d'abord eu chacun un garçon qui sont âgés respectivement de 10 ans et 6 ans . Puis, est né de leur union un troisième enfant qui a aujourd'hui 5 ans et enfin Lyam. Les trois enfants de Mme B. vivent avec elle au centre maternel. Le père et son premier fils vivent chez les parents de Monsieur. Le père est présent dès que possible au centre. Le couple est stable et l'éducation des enfants est réfléchi à deux.

Lyam est gardé soit par sa mère seule soit par le couple parental quand le père est présent au centre la journée. Un accueil partiel chez une assistante maternelle a été discuté avec Mme B. qui dit être réticente. Elle est plus ouverte à une place en crèche à temps partiel mais il n'y a pas de place disponible pour le moment. Mme B. semble inquiète du rôle que pourrait prendre une assistante maternelle s'occupant seule de Lyam contrairement à un multi-accueil où les professionnels sont plusieurs à s'occuper des enfants. Cela la renvoie à l'idée que quelqu'un puisse lui prendre sa place, la remplacer dans son rôle de mère auprès de Lyam. Je m'interroge donc quant à ses représentations en tant que mère : sa place lui paraît-elle instable ? Remplaçable par une autre ? Mme B. semble avoir besoin de reconnaissance et d'appartenance.

3.2.1.b Admission au centre maternel

Mme B. est la seconde enfant d'une fratrie de 7. Elle est placée durant son enfance par les services sociaux pour maltraitance. Je fais ici le lien avec mes questionnements sur sa place en tant que mère de Lyam. Par son placement, Mme B. n'a sûrement pas pu construire l'image d'une figure maternelle stable, d'un repère constant dans son développement. Les séparations, les ruptures et l'incertitude qu'elle a pu vivre suite au placement m'amène à me questionner sur la qualité de ses attachements.

En 2010, aux 18 ans de Mme B., le placement s'arrête et elle retourne vivre chez sa mère. C'est dans ce contexte qu'elle tombe enceinte de son premier enfant. A trois mois de grossesse, elle rencontre son compagnon actuel. Quelques mois après la naissance, Monsieur apprend avoir un fils de 4 ans et récupère la garde de celui-ci. Chaque parent vit donc chez ses parents respectifs avec leur enfant. Ensemble et toujours dans ce même contexte naît le premier enfant du couple en 2013.

Les services sociaux sont inquiets des conditions de vie de Mme B. et de ses deux enfants. L'appartement est insalubre, la grand-mère a une emprise importante et une influence négative sur Mme B.. Celle-ci ne peut prendre son rôle de mère et le père est écarté de toute présence. C'est à ce moment, en 2015, que Mme B. et ses deux enfants entrent au centre maternel. Monsieur vit toujours chez ses parents avec son fils.

3.2.1.c Grossesse et accouchement

La grossesse de Lyam est voulue et arrive alors que Mme B. et ses enfants sont accueillis au centre maternel depuis 1 an. L'équipe décrit Mme B. comme ayant "tout fait pour tomber enceinte". Cependant, une confusion entre la date de retrait de l'implant de Mme B. et la date présumée du début de la grossesse amène le gynécologue à penser que le fœtus (qui doit avoir 2 mois 1/2) est mort. En effet, le professionnel n'entend pas les battements cardiaques du bébé. Cette annonce est très douloureuse pour Mme B.. L'infirmière du centre maternel, en reprenant avec Mme B. les dates repères du retrait de l'implant, des rapports et du potentiel début de la

grossesse, s'aperçoit de la confusion. La grossesse est finalement plus tardive qu'annoncée chez le gynécologue : le bébé n'est alors qu'au stade d'embryon. Quelques semaines plus tard, un nouveau rendez-vous chez le gynécologue confirme donc la grossesse sans mort du fœtus. Le premier trimestre de la grossesse se déroule sans encombre mais à partir du 4ème mois, Mme B. est alitée. D'après ses explications, le bébé était trop gros vis-à-vis de son corps à elle, ce qui entraînait une fatigue important du cœur du bébé. Lyam naît en urgence à 8 mois de grossesse suite à un risque infectieux.

3.2.1.d Évolution de Lyam et de sa famille avant mon arrivée

L'équipe décrit Mme B. comme étant très collée à son fils. Elle le porte beaucoup dans les bras et ne veut pas le poser au sol. C'est aussi une mère très inquiète au quotidien et hyper-protectrice. Cependant, l'équipe pointe aussi les nombreux progrès de cette mère depuis qu'elle est arrivée au centre maternel. Lyam est un enfant décrit comme "souriant", "charmeur", "joyeux" et "calme" par l'équipe. Il suscite chez tout le monde des réactions positives et des sentiments de joie et d'affection.

Par ailleurs, pendant ses premiers mois de vie, Lyam a développé de l'asthme et de l'eczéma qui le gêne encore aujourd'hui. Ces deux maladies favorisent l'inquiétude des parents et leur réticence à poser Lyam au sol. De plus, le père, lui-même asthmatique, culpabilise de cette transmission qu'il aurait pu faire de la maladie à son fils. Lyam est un bébé régulièrement malade avec des infections ORL à répétition.

3.2.1.e Premières rencontres

Lorsque je rencontre Mme B. et Lyam pour la première fois, nous sommes en novembre 2017 et je me trouve à l'accueil du centre. Elle est prête à partir à un rendez-vous médical. Lyam dort dans sa poussette. Il est malade. Comme il s'agit de notre première rencontre, je me présente en tant que psychomotricienne stagiaire. C'est à ce moment qu'elle me dit : "On m'a dit qu'il fallait que je vous vois". En effet, l'équipe se pose des questions quant au développement psychomoteur de Lyam

et a donc parlé de mon arrivée à Mme B.. D'après les propos de celle-ci², Lyam a "des problèmes au niveau de sa psychomotricité", il ne se déplace pas, il se retourne mais ne tient pas assis, "il est feignant". La Protection Maternelle et Infantile (PMI) serait aussi inquiète du développement de cet enfant. Au moment de cette entrevue, Mme B. est pressée par son rendez-vous à l'extérieur. Nous convenons de fixer une date afin de parler plus en détail de sa demande. Ce sera la semaine suivante.

Nous sommes deux étudiantes en psychomotricité en stage au sein de ce centre maternel. Les entretiens suivants avec Mme B. et Lyam seront réalisés en binôme. C'est pour cela que j'emploierai le pronom "nous" pour expliquer certains choix dans la suite de l'accompagnement.

3.2.1.f Premier entretien d'observation et d'anamnèse

Lors de cette première véritable rencontre avec Lyam, il est âgé de 11 mois 1/2. L'entretien a lieu dans l'espace bébé fermé (de type parc) du salon commun, nous sommes installés au sol sur des tapis.

D'après les dires de Mme B., durant les premiers mois, le développement de Lyam se déroulait normalement. Lyam avait acquis la position assise jusqu'au jour où, de cette position, il a chuté vers l'arrière. Cette chute s'est déroulée avec une éducatrice que Mme B. avait prévenue de la nécessité de parer Lyam car il avait tendance à se jeter vers l'arrière. Cette chute a entraîné beaucoup d'angoisse chez Mme B. qui est allée aux urgences avec Lyam. Depuis, toujours selon la mère, Lyam ne se met plus assis, il a peur tant qu'elle ne place pas quelque chose derrière lui pour le parer, "il appréhende sa motricité". Par la suite, je comprendrai que Lyam tenait assis seul mais ne se mettait pas assis par lui-même. Généralement, Lyam "choisit la facilité", ce qui semble lui coûter le moins d'énergie quitte à changer rapidement d'objectif. Au niveau relationnel, Lyam est collé à sa maman, "il ne veut pas [la] partager", "il ne supporte pas d'être loin [d'elle]". Lorsque Lyam est avec le plus âgé de ses frères, Mme B. n'est pas inquiète. Son frère est "plutôt protecteur et doux". Le lien est

2. Les citations rapportent les mots prononcés par la mère et/ou le père.

plus conflictuel avec son second frère qui "est jaloux de Lyam". Lorsqu'ils jouent, les gestes ne sont pas adaptés et peuvent être "violents".

Pour ma part, je rencontre une maman inquiète pour son enfant autant dans ce qu'elle qualifie de retard de développement que dans la vie au quotidien. C'est une mère qui semble dans une relation fusionnelle avec son fils, ce qui peut être en lien avec les événements concernant la grossesse et l'accouchement mais aussi avec les problèmes de santé de Lyam. Mme B. prend tout l'espace de parole disponible lors de cet entretien avec une verbalisation excessive, logorrhéique et non adaptée. Nous peinons à initier et terminer nos phrases. Dans le lien avec son enfant, Mme B. paraît plutôt adaptée lors de cet entretien. Elle encourage Lyam et verbalise ce qu'il se passe pour lui de manière assez juste avec notre soutien. Cependant, les adjectifs qu'elle utilise pour qualifier Lyam au quotidien sont un peu bruts. Aussi, l'observation clinique de Lyam ce jour m'amène à me poser des questions. Un bilan psychomoteur me paraît important afin d'objectiver le possible retard de développement de Lyam. Nous proposons par la suite à Mme B. de se revoir pour un bilan psychomoteur de Lyam. Nous invitons Mme B. à proposer au père de Lyam de venir afin d'avoir aussi son point de vue sur l'évolution de son fils.

3.2.1.g Bilan psychomoteur

Durant cette rencontre à l'occasion du bilan psychomoteur, Mme B. occupe de nouveau beaucoup l'espace de parole. Elle semble anxieuse suite à une chute récente de Lyam. Monsieur S. ne prend que très peu la parole. Il semble effacé derrière sa compagne. Cependant, il peut reprendre nos conseils pour les mettre en oeuvre dans des situations adaptées. Il montre ainsi une observation pertinente de son fils.

Le bilan proposé est le Brunet-Lézine Révisé qui est une échelle de développement psychomoteur de la première enfance. Dans ce test, le retard de développement est avéré lorsque le quotient de développement global est inférieur à 70. Dans ce cas, des investigations complémentaires peuvent être pertinentes.

Comportement lors du bilan :

Lyam est âgé d'un an lors du bilan. Lorsque les parents accompagnent leur fils, il est assis dans sa poussette. Il présente un développement staturo-pondéral qui semble dans la moyenne supérieure de son âge. Lyam apparaît comme un enfant souriant et enjoué. Il ne semble pas intimidé par notre présence. Tout au long du bilan, Lyam se saisit de ce qui lui est proposé. C'est un enfant curieux et attentif à ce qui l'entoure. Son regard se porte très régulièrement vers sa mère comme un besoin de réassurance et d'approbation. Lyam se tourne aussi vers son père afin de partager ses jeux avec lui.

Coordinations :

Nous avons observé les capacités de coordination de Lyam, lorsqu'il était à la table, assis sur les genoux de sa maman. Concernant ce domaine, il obtient un score de 79,9. Lyam présente donc des capacités de préhension en deçà de celles attendues à son âge. Cependant, la préhension et le relâchement volontaire sont acquis, la préhension en pince est de bonne qualité et Lyam passe les objets d'une main à l'autre et les porte à la bouche. Les espaces droit et gauche sont réunis créant l'espace de préhension. L'axe corporel semble constitué. Lyam montre aussi une curiosité et une recherche du fonctionnement de l'objet. De plus, la permanence de l'objet est acquise. Cependant, Lyam manipule seulement les jeux situés dans un espace de préhension proche, sans déplacement nécessaire.

Posture et tonus :

Concernant la posture, Lyam obtient un score de 71,4. Lorsqu'il est allongé sur le tapis, Lyam passe aisément du dos au ventre et inversement. Pour ces retournements, il présente un bon niveau de recrutement tonique. Placé sur le ventre, Lyam tient sa tête et esquisse des mouvements de redressement en se repoussant du tapis à l'aide de l'appui des coudes et des mains. Il peut aussi se déplacer légèrement vers l'arrière et changer de direction en poussant sur les mains. Cependant, ses appuis sont légers et ne lui permettent pas un redressement total du buste ni un passage sur les genoux. Lyam semble bloqué dans ses envies par le fait qu'il ne trouve pas les solutions et les appuis nécessaires au changement de position et au déplacement. De plus, Lyam

se sert peu de ses pieds pour se repousser. Cela peut être en lien avec le fait qu'il n'est jamais pieds nus, d'après sa mère, ce qui peut donc entraîner un manque de sensations et empêcher le crochetage des orteils dans le repoussé. Lyam est aussi très peu posé au sol, il semble donc manquer d'expériences sensori-motrices.

Lyam tient assis sans appui au niveau du dos. Il libère ainsi ses mains ce qui lui permet d'être pleinement dans l'exploration. Pendant cette passation, nous avons pu observer Lyam passer de la position couché sur le dos à la position assise. Il s'agissait d'un moment où Lyam était seul au tapis et où ses parents échangeaient à table avec nous. Il était en recherche d'attention et d'intérêt et a trouvé, seul, la solution pour se mettre assis afin de rejoindre ses parents. A ce moment, Mme B. a exprimé son engouement en nous disant que c'était la première fois que cela arrivait. Le papa et elle ont félicité Lyam.

Maintenu en position debout, en appui contre une chaise à sa hauteur, Lyam ne tient pas seul sans soutien au niveau du bassin et se rassoit presque immédiatement. Il ne supporte pas le poids de son corps sur ses jambes. Le recrutement tonique nécessaire est encore trop faible pour que Lyam puisse tenir sur ses jambes.

Aussi, lorsque nous proposons un soutien à Lyam pour se redresser ou pour s'asseoir, il se laisse alors totalement faire et son relâchement tonique ne permet pas qu'il se saisisse de ce soutien.

Langage :

Le score relatif au langage est de 82,4. Lyam babille lorsqu'il manipule des objets mais également lorsqu'on s'adresse à lui ou lorsqu'il s'adresse à autrui. Ses babillages ont plusieurs syllabes et certaines sont redoublées. Durant la passation, nous n'observons pas de mot de deux syllabes mais sa maman nous affirme qu'il en prononce plusieurs tels que "mama", "papa" ou "dada".

Sociabilité :

Concernant la sociabilité, le score de Lyam est de 74,1. Il différencie nettement les visages familiers et étrangers. Ses sourires à notre égard apparaissent rapidement. Lyam paraît à l'aise dans la relation et est en recherche de celle-ci. De plus, il est

capable d'exprimer clairement son mécontentement mais aussi sa joie. Ses demandes se traduisent plutôt par des gestes.

Conclusion du bilan :

En conclusion, le quotient de développement global de Lyam est de 76.6. Les scores obtenus par Lyam, dans chaque domaine, se situent dans la moyenne inférieure des enfants de sa tranche d'âge. Lyam ne présente donc pas de trouble avéré du développement cependant un étayage de ses acquisitions psychomotrices nous semble nécessaire. Des séances en psychomotricité permettraient d'accompagner Lyam dans son exploration du monde et de l'aider à trouver les solutions pour continuer à se développer harmonieusement. Par ailleurs, nous avons pris conscience d'un besoin de soutien, d'accompagnement et d'apaisement de Mme B..

Projet thérapeutique :

Au vu des besoins de Lyam et de ses parents, nous allons proposer une séance hebdomadaire d'accompagnement parents-enfant. L'une des psychomotriciennes stagiaires sera plutôt auprès de Lyam afin d'étayer ses acquisitions psychomotrices et l'autre sera plutôt auprès des parents afin de les soutenir dans une valorisation de leurs compétences parentales mais aussi d'aider Mme B. à verbaliser ses inquiétudes et l'accompagner dans un apaisement.

Lors de l'entretien de restitution du bilan, nous présentons les conclusions du bilan à Mme B. et celle-ci approuve nos observations. Nous lui présentons aussi les objectifs de l'accompagnement qui paraissent faire sens pour elle. Elle nous donne son accord en soutenant les difficultés de Lyam et les siennes, en les illustrant de nouveaux exemples concrets. La première séance de prise en soin est fixée au jeudi 11 janvier. Mme B. discutera avec le papa concernant sa présence aux séances.

3.2.1.h Évolution durant les séances

Début janvier, Mme B. nous informe qu'elle ne pourra pas être présente à notre rendez-vous car une place en crèche s'est libérée pour Lyam qui commence donc l'adaptation. Nous arrivons tout de même à nous voir rapidement afin de discuter de ce changement. Le père de Lyam est présent.

Nous apprenons que Lyam sera accueilli deux jours par semaine à la crèche. Les deux parents projettent que la séparation avec Lyam va être compliquée pour eux et que se retrouver tous les deux "va faire bizarre". Je note là une possibilité de distinction entre leurs sentiments personnels et ceux de Lyam. Chez cette mère qui projette beaucoup en son fils ses propres angoisses, cela illustre une amorce de différenciation. Monsieur ne peut voir Lyam que la journée et les deux jours à la crèche seront deux jours où il ne verra pas son fils. Mme B. quant à elle nous relate ses inquiétudes vis-à-vis de la crèche qu'elle trouve trop petite, du personnel qu'elle ne trouve pas suffisant, des autres enfants qui risquent de bousculer Lyam et de la sieste commune alors qu'à la maison il s'endort dans ses bras. La séparation qu'induit l'accueil en crèche fait surgir des inquiétudes concrètes sur le bien-être de Lyam.

De plus, elle nous raconte le fait que, pour remplir les papiers d'inscription, les professionnels de la crèche lui ont proposé de laisser Lyam dans l'espace des enfants. A ce moment, Lyam lui a fait au revoir de la main et a commencé à jouer sans faire attention à elle. Cet événement, aussi positif soit-il pour Lyam, semble avoir beaucoup touché Mme B. qui l'a raconté aux éducatrices mais aussi aux autres femmes qu'elle a croisées au centre maternel. Je retrouve là le lien avec sa place de mère et je me demande ce que lui a renvoyé cet événement quant à la possibilité que Lyam soit heureux sans elle.

D'après Leticia Solis-Ponton (2002), de par la sensibilité maternelle qu'apportent la grossesse et les premières années de l'enfant, "l'évocation de sa propre enfance et les relations qu'elle a eu avec sa propre mère provoquent une régression psychique qui la [la mère] conduit à s'identifier à l'enfant comme le bébé qu'elle a été". La séparation avec Lyam réactive donc peut-être, chez Mme B., les séparations qu'elle a vécues elle-même étant enfant. Cependant, si Lyam se montre serein pour explorer les jouets près de lui, c'est que son attachement semble sécurisé à ce moment. En effet, d'après Nicole Guedeney (2010), il y a un "système de couplage dynamique entre attachement et exploration". Lorsqu'un des systèmes est activé, l'autre est désactivé. C'est ce que je mets en mot pour expliquer à Mme B. que ce comportement de Lyam est possible car elle est un repère qu'il sait fiable pour lui. Ce signal de

Lyam ne paraît pas s'élaborer dans le psychisme maternel sous une autre forme qu'angoissante. Grâce à mes paroles, je détoxifie les éléments renvoyés par Lyam vers sa mère pour essayer de les rendre assimilables différemment par celle-ci et ainsi la valoriser et la rassurer dans la stabilité de sa place. Je me place donc comme tiers pour offrir une autre réalité des actes de Lyam à sa mère et pour qu'elle puisse ainsi les entendre et se les réapproprier.

La semaine suivante, nous retrouvons Mme B. et Lyam dans la salle que nous aménageons pour la première séance. Lyam montre une évolution depuis le bilan. En effet, assis au sol il peut se déplacer légèrement à l'aide des jambes. Pour attraper un jeu placé devant lui, il amorce une antéversion du bassin. Cela peut être un support au passage à la position 4 pattes par la suite. En appui sur sa mère et avec le soutien physique de celle-ci, Lyam peut se placer debout. Son recrutement tonique s'est nettement amélioré car, stabilisé au bassin, Lyam tient le poids de son corps sur ses jambes. Par ailleurs, Lyam est à l'aise dans la relation. Il crée du lien entre sa mère et nous en donnant des instruments de musique à chacune, en nous regardant et en interagissant avec nous. Lyam montre un intérêt pour les jeux sensoriels (instrument de musique, livre à toucher, balles).

Mme B. verbalise son engouement pour les progrès de Lyam. Elle nous parle aussi de son effort pour poser Lyam au sol afin de lui permettre d'expérimenter son corps dans l'espace comme nous l'avions suggéré lors de nos dernières rencontres. Elle nous dit aussi être moins inquiète concernant la crèche car elle sent l'effet bénéfique que cela a pour Lyam. Son discours est toujours logorrhéique ce qui peut traduire une certaine anxiété.

Le père n'est pas présent à cette séance mais Mme B. nous raconte qu'il est toujours difficile pour lui d'accepter la séparation avec Lyam les jours de crèche. En effet, il ne veut pas l'amener. Je questionne la mère sur la manière dont s'est passée la séparation avec les aînés. Selon elle, son compagnon n'avait pas cette réaction. En effet, lorsque Mme B. et ses deux aînés vivaient chez la grand-mère, celle-ci n'autorisait pas le père à prendre sa place. Elle refusait par exemple qu'il porte les enfants. Monsieur se sentait donc exclu de la relation avec ses enfants. Lorsque

Lyam est né, la situation était différente notamment grâce au changement de lieu de vie. A la naissance, le père a spécifié à la grand-mère que cet enfant était "le sien". Je fais ici le lien avec les difficultés de ce père à se séparer de son enfant et je me pose la question de ce que vient représenter Lyam. S. Lebovici parle de l'enfant narcissique (qui s'ajoute aux autres formes du bébé imaginé) pour désigner "le type d'investissement qui sous-tend la représentation de l'enfant idéal" [25]. Freud avait déjà introduit cette notion en parlant de "His Majesty the Baby". C'est l'enfant qui accomplira les rêves des parents et qui aura une vie meilleure. Il représente les projections du narcissisme des parents et vient l'étayer.

Par ailleurs, Lyam semble être l'enfant qui réunit la famille, qui permet au père de devenir père en ayant une place auprès de l'enfant dès sa naissance. Malgré le fait de Lyam soit le second enfant du couple, il paraît comme celui sur qui repose le rassemblement de la famille dans ce nouvel environnement et vers un avenir plus serein. L'organisation quotidienne de la famille est bâtie autour de Lyam. Par la suite, Monsieur S. inscrira son premier fils à la garderie de l'école pour pouvoir aller chercher Lyam à la crèche. Je m'interroge sur la manière dont Lyam va se construire avec cette responsabilité ? Comment alléger cette représentation, si elle est telle, des parents envers cet enfant ? Ces regards tournés vers Lyam sont-ils dûs à sa symptomatologie ou est-ce l'inverse ?

La séance se termine par la lecture d'un livre, rituel que nous reprendrons à chaque fin de séance. Nous proposons à Mme B. et Lyam de nous revoir la semaine suivante. Cependant, le jeudi d'après, Lyam, qui est toujours en période d'adaptation, n'a pas réussi à dormir à la crèche. Il s'endort lorsque sa mère vient le chercher : la séance ne peut donc pas avoir lieu. Nous nous reverrons la semaine d'après.

La fois suivante, je note des évolutions dans le développement de Lyam. En effet, il se déplace maintenant sur les fesses en tirant avec sa jambe droite et en repoussant avec sa main gauche. C'est la première fois qu'il montre un déplacement franc. Cette position lui permet d'aller explorer la salle où nous sommes. Il sort aisément de l'espace des tapis où nous avons installé des jeux afin de s'éloigner pour découvrir d'autres choses. Lorsqu'il est éloigné physiquement de sa mère, il la regarde

régulièrement, sourit et lui montre les jeux qu'il trouve. Mme B. verbalise ce que Lyam fait, le regarde, lui répond. A ce moment, les interactions comportementales paraissent de qualité et ajustées. Cependant, Mme B. anticipe les faits et gestes de son fils. Elle le prévient, avant qu'il n'effectue son geste, qu'il va tomber, se brûler, se faire mal, etc. En m'adressant à Lyam, je mets alors en mots ce que je perçois de ses envies, de ses émotions afin que cela fasse écho à sa mère. Je reprends aussi ce que je perçois des émotions de Mme B. pour l'encourager à les reconnaître comme siennes et à les mettre en mots. Par cela, je tente d'illustrer les différences affectives de chacun et de faire prendre conscience à Mme B. des projections qu'elle fait sur Lyam de ses inquiétudes personnelles. En outre, le débit et la quantité de paroles de la mère ont clairement diminués depuis la fois précédente. Mme B. paraît valorisée par les progrès de son fils. Je souligne aussi son cheminement quant à sa relation avec Lyam pour laquelle son anxiété paraît s'être apaisée. Dans son discours, les petites chutes de Lyam ne sont plus dramatiques, la confiance en la crèche augmente et sa place centrale de mère de Lyam semble plus sécurisée pour elle. A cette période, Mme B. s'inscrit à un cours de sport. C'est la première fois qu'elle s'autorise à se projeter dans un rendez-vous régulier pour elle et sans enfant. Elle participera aux premiers cours mais devant se faire opérer du genou, elle ne pourra pas continuer cette activité.

A la séance suivante, Lyam reconnaît notre rendez-vous. En arrivant dans la salle, il sourit en agitant les bras. Retrouver la salle, les jeux et ce temps passé à 4 paraît lui faire plaisir. Mme B. semble bien investir aussi notre rendez-vous hebdomadaire. Nous avons des retours positifs des éducatrices avec qui elle discute de ce que nous faisons ensemble. L'alliance thérapeutique avec la mère et l'enfant semble se mettre en place progressivement de manière sereine. Lyam se déplace toujours sur les fesses. Sur le ventre, il peut initier un redressement du buste mais ne passe pas à 4 pattes. En s'appuyant sur un module, Lyam peut désormais se lever en passant par la position du chevalier servant. Cependant, le retour au sol est plus compliqué. Lyam ne plie pas les genoux et se lâche donc sur le côté afin de retrouver la position assise. Lorsqu'il est allongé sur le dos, le passage à la position assise lui demande beaucoup d'effort. En effet, Lyam se sert peu de l'appui de ses mains. Concernant les jeux,

Lyam investit beaucoup les instruments de musique et les cubes à encastrer pour construire une tour.

Au vu de l'évolution de Lyam, de ses capacités et de ses difficultés, nous décidons d'axer les prochaines séances sur des jeux d'appui et de repoussé des mains et des pieds en repassant, entre autre, par la position ventrale. Les appuis des mains lui permettront de passer plus efficacement du décubitus dorsal à la position assise mais aussi du décubitus ventral à la position 4 pattes. Le repoussé avec les pieds l'aideront à ramper mais aussi à se relever et se rasseoir au sol. Lyam n'est jamais passé par le ramper. C'est un enfant qui a été mis assis très tôt et maintenu dans cette position. Il a donc pu manquer d'expériences de base à son développement. D'après Pascale Pavy et Cyrielle Rault, le ramper permet, entre autre, par la dissociation de toutes les parties du corps, de préparer "la coordination spécifique au 4 pattes puis à la marche dans le lien entre le haut et le bas du corps, dans la tonicité renforcée des muscles et l'assouplissement des articulations mais aussi par l'orientation du corps et de la vision dans toutes les directions de l'espace" [23].

Au cours des séances suivantes, Lyam développe ses compétences psychomotrices à travers les jeux que nous mettons en place ensemble. Ses appuis se précisent et sa musculature se renforce. Ses jeux se diversifient. Lyam accède au symbolisme. Il mime et fait le bruit d'une voiture en faisant avancer une pièce de puzzle ayant cette forme. Il joue avec le poupon en lui donnant la tétine et le biberon. Au niveau langagier, Lyam babille de plus en plus. Il peut dire quelques mots significatifs comme "non", "mama", "ouah ouah" (pour le chien) et faire des bruitages d'animaux. Mme B. anticipe toujours les faits et gestes de Lyam et prévient ce qu'il pourrait potentiellement faire sans laisser la place à l'expérience. L'anxiété est toujours présente mais s'apaise.

Cependant, lors des séances d'avril, une regression se marque dans le comportement anxieux de Mme B.. Un lien peut être fait sur un changement à venir. En effet, Mme B. et son compagnon ont obtenu un logement. Il est donc prévu qu'elle quitte le centre maternel et s'installe avec le père et les quatre enfants dans un nouveau logement. Ce sujet est très récurrent dans nos rencontres et demande beaucoup de

préparation pour le couple et les enfants. Plus le déménagement approche, plus je perçois Mme B. tel que nous l'avions rencontrée les premières fois. Sa logorrhée se retrouve et ses inquiétudes pour Lyam aussi. Le processus d'individuation, qui avait cheminé, régresse avec une confusion importante de ses émotions et envies avec celles de Lyam. En parallèle, l'eczéma de Lyam se développe et une otite le rendra malade durant les deux semaines avant le déménagement. D'après M.P. Durieux, le bébé exprime son malaise à travers son corps. Différents symptômes peuvent être le signe d'un malaise du bébé, "au-delà des troubles du sommeil et de l'alimentation (qui sont parfois considérés comme des troubles psychosomatiques), je voudrais citer en particulier l'eczéma, les otites et les rhino-pharyngites à répétition, les bronchiolites à répétition, l'asthme..." [9]. Les affections somatiques de Lyam semblent être la traduction de ses anxiétés, qui paraissent aussi en lien avec celles de sa mère.

La semaine suivant le déménagement, nous commençons nos rencontres à domicile. Mme B. nous attend et nous fait signe à la fenêtre. Elle nous fait visiter l'appartement et nous nous installons dans la chambre que Lyam partage avec son plus jeune frère. Je trouve Mme B. dans un apaisement général et Lyam s'est remis de son otite. Je questionne Mme B. sur la manière dont elle se sent dans ce nouvel appartement, dont elle perçoit ce changement. Elle me répond que chacun trouve ses marques, qu'elle se sent bien dans ce quartier et dans cet appartement. A propos du changement d'école des enfants, elle pourra aussi dire que, finalement, c'était elle qui était "la plus inquiète" et non les enfants comme elle le pensait. Les premières nuit de Lyam ont été agitées, montrant un système d'attachement activé. En effet, il se réveillait toutes les deux heures en pleurant. Après quelques nuits et des réponses adaptées des parents, ce comportement s'est arrêté. Lors de cette rencontre, j'ai perçu un enfant à l'aise dans son nouvel environnement. L'espace de vie étant nettement agrandi, Lyam parcourt les pièces et les couloirs. Ses expériences s'enrichissent. Il se met maintenant régulièrement debout en appui contre les meubles et les jeux qu'il trouve et marche latéralement. Pour se rasseoir, il plie les genoux et cherche un appui pour ne pas se lâcher brusquement. Son jargonage se perfectionne.

3.2.1.i Conclusion

Pour conclure, l'accompagnement de cette famille, et plus particulièrement de la dyade mère-enfant, illustre en partie les actions du psychomotricien. Par sa disponibilité et son étayage contenant, il favorise le développement des capacités de chacun et la confiance en celles-ci. L'interprétation plus juste par Mme B. des signaux de son fils, est un axe d'intervention transversale à nos rencontres. Il en est de même du soutien au processus d'individuation de Lyam. Ce collage entre la mère et son fils (et a priori aussi entre le père et son fils), semble brider la construction de chacun comme sujet différencié. Cependant, l'évolution de Mme B. à ce propos, permet à Lyam de progresser favorablement dans son développement psychomoteur. La reconnaissance des émotions et l'ajustement émotionnel reste encore un axe d'accompagnement, tout comme la traduction des signaux comportementaux de Lyam et l'adaptation des réponses proposées.

3.2.2 L'atelier détente

Dans mon projet imaginé, je pensais plutôt à des ateliers mère-enfant. L'idée d'un atelier destiné seulement aux mères ne m'est pas venue en première intention. Cependant, au cours de mes mois d'observations, je me suis aperçue que certaines mères vivaient 24h/24 avec leur enfant. En effet, certains enfants ne sont pas gardés à l'extérieur et sont donc toute la journée au centre maternel avec leur mère. Aussi, en discutant avec ces femmes sur leurs envies vis-à-vis de notre présence, les mots "détente" et "massage" revenaient régulièrement. Les femmes se plaignaient aussi de fatigue, de tensions musculaires ou de douleurs physiques.

C'est le cas par exemple de Mme K., qui me racontait que depuis son accouchement, elle ressentait "comme des plaques dans le cou et dans les épaules". A la maternité, elle n'a pas osé en parler au médecin car, me dit-elle : "Le médecin, il était pour les bébés, il n'y en avait pas pour moi".

En binôme avec ma camarade stagiaire, nous avons donc pensé un atelier "détente".

3.2.2.a Désir et projet d'atelier

Pour ces femmes que tout lie à leur maternité au sein du centre maternel, prendre un temps pour soi n'est pas toujours évident. Prendre soin d'elles pour se sentir plus disponibles et apaisées et améliorer leur relation avec l'entourage ne va pas forcément de pair.

Mme S. se disait stressée par sa grossesse et par la relation compliquée avec son fils aîné. Je la rencontre lors d'un entretien et elle me dit qu'elle n'en peut plus de son quotidien, qu'elle ne fait que se disputer avec son fils et crier. Lorsque je lui suggère de faire une pause, de prendre un temps pour elle, pour prendre soin d'elle, elle me répond : "Mais je ne peux pas prendre soin de moi alors que mon fils va mal !"

L'idée d'un atelier pour elles, pour leur proposer modestement un moment de pause dans leur quotidien, une "parent-hèse" a donc germé.

L'atelier avait pour but de :

- Se permettre un temps pour soi ;
- Se centrer sur l'être, les sensations, les émotions ;
- Expérimenter son corps autrement, apprécier un vécu corporel de détente ;
- Percevoir ses tensions pour les apaiser ;
- Ressentir ce qui est agréable ;
- Verbaliser l'effet de la détente corporelle sur le psychisme (pensées, émotions...);
- Disposer d'outils pour se détendre ;
- Pouvoir faire du lien et généraliser ce vécu à d'autres situations du quotidien ;
- Partager avec les autres femmes, apprécier les différents vécus pour une même proposition.

D'après C. Potel, la "médiation a comme objectif : de proposer un lieu d'expérience, de sensations et de perceptions; de favoriser le jeu du corps porteur d'une

expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ; d'aider à la transformation des éprouvées en représentation". Cette médiation de relaxation me paraissait adaptée aux besoins des femmes vivant au centre maternel.

3.2.2.b Naissance de l'atelier

La mise en place de l'atelier a demandé certains réajustements au fil des séances. Nous avons essayé de nous adapter au plus juste à l'institution, les possibilités offertes et les contraintes. Les questions de communication et de "garde" des enfants étaient centrales.

Étant là qu'une seule journée par semaine, il était nécessaire que l'équipe porte aussi le projet en informant les femmes et fasse le lien avec nous. Je me suis aussi aperçue du besoin de rappeler le jour et l'horaire de l'atelier régulièrement malgré l'affiche accrochée à l'accueil. Cela traduit-t-il la préoccupation psychique des femmes, une difficulté à prendre des repères temporels ou à anticiper ?

Concernant la garde des enfants, nous ne pouvions demander au collectif de s'en charger. Dans le projet imaginé, nous pensions proposer un temps pour les enfants qui leur permettrait des expériences sensori-motrices dans un cadre contenant. L'occasion était là. Nous avons donc proposé deux ateliers parallèles, aux mêmes horaires et dans des salles proches. L'éducatrice de jeunes enfants du centre s'est joint à nous pour mener ses ateliers.

L'atelier détente était structuré de la manière suivante :

1. Un temps d'accueil avec la possibilité de mettre un mot sur son état actuel : cela avait pour but de favoriser l'écoute et la reconnaissance des ses émotions et d'en parler si besoin.
2. Un auto-massage d'une partie du corps qui était proposé ou choisit par les femmes. Outre la détente qu'il permet, nous leur donnions ainsi des astuces concrètes pour se masser.
3. Un temps de relaxation dont les méthodes variaient selon les séances et les envies des mères. Il était aussi possible qu'elles se réapproprient certains exercices pour les refaire quand elles en avaient l'occasion.

4. Cette relaxation s'enchaînait avec une visualisation d'un lieu, imaginé ou souvenir, apaisant et agréable. Elle était guidée verbalement en s'appuyant sur des repères sensoriels.
5. Enfin, un temps de reprise, d'étirement et de mise en mots de leur ressenti concluait la séance. Percevoir ses sensations, les reconnaître et les mettre en mot n'étant pas évident, une guidance verbale soutenait cet exercice.

3.2.2.c Illustrations

Mme B. vient ce jour à l'atelier car plusieurs professionnels du centre maternel lui en ont fait part. Elle dit venir car "ils ont un peu insisté" mais reconnaît que cela pourrait lui être bénéfique. Visiblement, ce temps de détente la rend anxieuse. Au début de la séance, elle parle énormément et s'inquiète que quelqu'un puisse l'appeler alors qu'elle est occupée. Pendant l'automassage, elle se saisit des propositions mais son débit de paroles reste élevé. Elle peut tout de même ressentir que cela "fait du bien". Mme B. utilise préférentiellement le pronom "on" pour désigner ses sensations : "On se sent bien, on va presque s'endormir". Parler d'elle à la 1^{ère} personne, en tant que sujet différencié et ayant des sensations personnelles pouvant différer de celles des autres, semble difficile. Pendant la relaxation proposée, elle est réceptive mais ne peut décaler temporellement ses mouvements pour se centrer sur son propre rythme respiratoire. Elle reste dans une imitation parfaite de mes mouvements. Cependant, au fil de ces propositions de postures et de respiration, son flux de paroles et ses regards vers son téléphone diminuent. Lors de la visualisation, elle ferme même les yeux. Au moment de la reprise et du partage, elle affirmera que "ce n'était pas difficile d'imaginer un lieu, j'étais dans un endroit sombre mais où je me sentais bien, apaisée et sans bruit".

Mme S., est venue à l'atelier dès la première séance. Ce jour-là, son mot d'introduction est "fatiguée". Pendant, l'auto-massage, elle peut expliquer les raisons de cette fatigue et ce qu'elle perçoit comme conséquences sur son quotidien. Elle remarque aussi des différences sensorielles entre la main qu'elle vient masser et l'autre. Elle parle de "légèreté" dans la main massée. Durant la relaxation, elle ferme les yeux se laissant donc guider par ma voix. Cela lui permet de trouver son rythme et de ne pas être dans une imitation brute. Lors de la visualisation, elle, qui était réticente à s'allonger sur les tapis, prend cette position. A la fin de la séance, elle est surprise d'avoir senti son bébé bouger dans son ventre. Elle dit : "D'habitude je suis tellement tendue et stressée que le bébé ne bouge pas dans mon ventre, il se fait oublier. Mais là, c'est comme si j'avais détendu mon ventre et ça lui a donné de la place, il donne des petits coups!".

Mme S. est arrivée au centre maternel depuis quelques semaines, quand je la rencontre pour la première fois. Je me présente et lui fait part de l'atelier détente. Elle y semble sensible et me demande s'il est possible que je lui rappelle l'atelier le jour venu. Le jeudi suivant, je la croise dans un couloir et lui rappelle donc l'horaire de l'atelier. Elle me répond : "Oui, je suis rentrée à cette heure exprès pour l'atelier!" Son mot d'introduction est "tendue". Au cours de la séance, elle se saisit des propositions et identifie certains exercices qu'elle pourrait refaire chez elle. Elle se centre sur le rythme de sa respiration, parle de ses perceptions, des différences qu'elle ressent dans les différentes parties de son corps. Lors de l'échange final, elle me dit à propos de la visualisation que "c'était facile, je savais tout de suite où je voulais être" sans développer davantage. Elle l'identifie comme un exercice agréable dont elle pourra se resservir, par exemple, au moment de s'endormir. Son mot de fin sera "bien" qu'elle enrichira par "ça fait du bien, c'était bien, je me sens bien".

3.2.2.d Conclusion

Dans le discours des mères, cet atelier semble comme une bulle qui se dégage de la vie quotidienne du centre maternel. La venue des femmes aux séances leur demande un engagement particulier. En effet, chez ces femmes, qui ont pu subir d'importantes violences physiques, le corps peut être désinvesti ou parfois mis à distance. Remettre le corps en jeu, ressentir des perceptions, les reconnaître, se les représenter demande une écoute corporelle qui peut être inquiétante. Le tonus, en tant que vecteur émotionnel, peut être marqué d'hypertonie, de contrôle, comme une cuirasse tonique protectrice. Le relâchement tonique fait parfois apparaître à la conscience des émotions refoulées, associées ou non à des souvenirs traumatisant, qui demandent alors un accompagnement spécifique. A ce jour, cet atelier continue tous les jeudis où je suis en stage et nous réfléchissons à sa fin ou, éventuellement, à sa poursuite après notre départ.

3.2.3 Rencontres imprévues

Lorsque je ne suis pas en séance, je me place à l'accueil ou dans la salle de jeu. Cela me permet, au gré des allers et venues des familles, de discuter, de répondre à des questions, de conseiller, d'observer sur des temps informels. Ces temps me paraissent indispensables car je peux être présente au moment opportun du questionnement et apporter mon regard de psychomotricienne stagiaire.

Mme D. et Mme M. sont toutes les deux à nouveau mères. Les deux enfants sont nés en novembre. Lors d'un passage à l'accueil, elles discutent des pleurs du bébé et de la façon de le porter. Étant présente sur le moment, j'ai pu leur montrer différents types de portage afin d'apaiser les pleurs de leur enfant ou de favoriser l'interaction avec lui. Cette intervention m'a aussi permis de leur apporter des informations concernant le développement du nouveau-né et l'intérêt du portage et de l'enroulement en particulier.

Les questionnements des mères sont souvent centrés sur un comportement de l'enfant. Les soutenir dans une compréhension de celui-ci, contribue à un changement de regard et donc une adaptation différente à la situation mais aussi à inciter une

réflexion, un questionnement, une prise de recul avec les actes de leur enfant. Cela décale la réponse qui pourrait avoir lieu en première intention afin de laisser place à une mentalisation de la part de la mère.

3.3 En résumé

Par ses spécificités, le psychomotricien semble donc avoir un rôle à jouer dans l'accompagnement à la parentalité et dans le soutien du développement psychomoteur de l'enfant. Grâce à ces outils, il assure une fonction d'étayage et de contenance. Pour la mère, cela a pour but de favoriser une confiance en elle et de contenir et détoxifier les émotions ambivalentes autour de cette place de mère. Pour l'enfant, cela supporte son développement, sa construction identitaire en tant que sujet différencié et autonome. Par ses qualités de disponibilité et de bienveillance, par sa fiabilité et sa prévisibilité, le psychomotricien contribue à l'enveloppe protectrice qui porte la dyade vers un apaisement et une dynamique salutaire.

Conclusion

Tout au long de cet écrit, j'ai tenté de mettre en lumière les processus impliqués dans le devenir et dans l'être parent, et plus particulièrement mère, ainsi que la place que pouvait prendre un psychomotricien dans l'accompagnement de cette parentalité.

Chez ces familles dont les vécus sont marqués négativement, le remaniement identitaire amené par la venue d'un enfant peut être teinté de représentations troublées. Cela conduit à des comportements parfois incompréhensibles vus de l'extérieur. Cependant, lorsque nous nous trouvons au quotidien auprès de ces familles, nos regards changent. Ces femmes courageuses tentent comme elles peuvent de ne pas reproduire ce qu'elles ont vécu. Comme tout le monde, elles souhaitent un bel avenir pour leur enfant, toujours meilleur que le leur.

M. Bydlowski affirme que "la période d'accès à une place de parents est un moment unique dans une trajectoire de vie : les cartes de départ restent les mêmes, mais peuvent prendre une autre valeur si les règles du jeu relationnel se modifient" [21]. C'est là le rôle du centre maternel et du soutien qu'il apporte : modifier les règles du jeu afin que ces femmes, et ces hommes quand ils sont présents, puissent accéder à leur place de parent en prenant du recul sur leur histoire personnelle.

Comme le déclare C. Potel, le psychomotricien soutient "le développement psychomoteur de l'enfant en accompagnant une parentalité en construction, parfois mise en fragilité en raison [...] d'une fragilité identitaire de la mère, du père ou des deux parents" [24]. En étant au sein même du centre maternel, le psychomotricien permet à ces familles un accompagnement au plus près de leur quotidien et donc de leurs problématiques. Éviter la transmission traumatique et la répétition de ces constructions fragilisées est une clef de l'accompagnement en centre maternel.

Au niveau professionnel et personnel, ce stage m'a apporté une ouverture d'esprit et un regard nouveau sur ces questions autour de la parentalité. La rencontre de ces familles et leur histoire, dont je me disais parfois qu'elles pourraient faire l'oeuvre

d'un film tellement elles étaient loin de ma réalité quotidienne, m'ont permis de grandir.

A ce jour, je me demande plus largement, comment le psychomotricien pourrait accompagner la construction et le développement des enfants confiés au service de l'aide de sociale à l'enfance afin de limiter les fragilités retentissant sur leur quotidien et leur devenir d'adulte ?

Références

- [1] ALVAREZ L., GOLSE B. *La psychiatrie du bébé*. Puf - Que sais-je ?, 2008.
- [2] BOUKOBZA C. La clinique du holding : Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq Héron*, (173), 2003.
- [3] BRUWIER G. *A la rencontre des bébés en souffrance*. Yapaka, 2013.
- [4] BYDLOWSKI M. *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*. Odile Jacob, 2000.
- [5] CHANSEAU J.C. *Devenir parent : ou filiation, mal-amour et folie. - Transmettre la vie*. Erès, 1997.
- [6] Code de l'Action Sociale et des Familles. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069>.
- [7] DAVID M., APPELL G. *Hospitalisme. - Prendre soin de l'enfance*. Erès, 2014.
- [8] DUGNAT M. Santé mentale et psychiatrie périnatales : renouveler l'approche de la prévention. *Dialogue*, (157), 2002.
- [9] DURIEUX M.P. *Développement et troubles de l'enfant : 0-12 mois*. Yapaka, 2013.
- [10] Décret de compétences. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F586AD405E1E33F9B813C7CAE39D478A.tplgfr23s_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006914164&dateTexte=20180416&categorieLien=id#LEGIARTI000006914164.
- [11] GLANGEAUD-FREUDENTHAL N., GRESSIER F. *Accueillir les pères en périnatalité*. Erès- La vie de l'enfant, 2017.
- [12] GOLSE B. Ce que le bébé transmet aux adultes : plaidoyer pour une modélisation d'une transmission ascendante, du bébé vers les adultes. *Enfances Psy*, (75), 2017.
- [13] GUEDENEY N. *L'attachement, un lien vital*. Yapaka, 2010.
- [14] HOUZEL D. *Les enjeux de la parentalité*. Erès, 1999.

- [15] JOLY F. La mère, le nourrisson et le psychomotricien : la référence au maternel dans le champ des thérapeutiques psychomotrices. *Entretiens de psychomotricité - Expansion Scientifique Française*, 1994.
- [16] LEHMANN J.P. Ce que «prendre soin» peut signifier. *Le Coq Héron*, (180), 2005.
- [17] MARTIN-BLACHAIS M.P. *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*. Rapport remis à Laurence Rossignol : Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes, 2017.
- [18] MARTY F. La parentalité : un nouveau concept pour quelles réalités ?, la place du père. *Le Carnet PSY*, (81), 2003.
- [19] Ministère de la Santé et des Solidarités. *Plan Périnatalité 2005-2007 : Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité*. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf, 2004.
- [20] Ministère de la Santé et des Solidarités. *Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent*. <http://www.reforme-enfance.fr/documents/guideprevention.pdf>, 2007.
- [21] MOLENAT F. *Mères vulnérables*. Stock, 1992.
- [22] NEYRAND G., ROSSI P. *Des femmes annexées à leur maternité. - Monoparentalité précaire et femme sujet*. Erès, 2007.
- [23] PAVY P., RAULT C. *Accompagner l'éveil psychomoteur de bébé : le bien-être du tout-petit de la naissance à la marche*. Mango, 2016.
- [24] POTEL C. *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès, 2015.
- [25] RIAZUELO H. *35 grandes notions de périnatalité - Approche clinique et psychopathologie*. Dunod, 2017.
- [26] ROBERT-OUVRAY S. *Le corps étai de la psyché*. <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr>, 2015.
- [27] SABARY-DESCARGUES V. Un centre maternel rêvé ou un non lieu : un centre maternel qui n'aurait pas besoin d'exister... *Empan*, (49), 2003.

- [28] SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité - Tomes 1,2 et 3*. De Boeck, 2015.
- [29] STERN D.N. Une mère soigne son enfant. *Spirale*, (64), 2012.
- [30] WINNICOTT D.W. *La mère suffisamment bonne*. Petite Bibliothèque Payot, 2006.

Table des matières

Remerciements	1
Sommaire	3
Introduction	4
1 LE CENTRE MATERNEL	6
1.1 Qu'est-ce qu'un centre maternel ?	6
1.1.1 Historique	6
1.1.2 Protection de l'enfance et prévention	6
1.1.3 Présentation générale : missions et objectifs	7
1.1.4 Présentation de l'équipe	8
1.1.4.a Pôle administratif	8
1.1.4.b Pôle éducatif	9
1.1.4.c Pôle médico-psycho-social	9
1.1.4.d Pôle service-hygiène-sécurité	9
1.1.5 Organisation générale	10
1.1.6 Un suivi personnalisé	11
1.1.7 Conditions d'admission	12
1.1.8 Conditions de sortie	12
1.2 Population accueillie et problématiques rencontrées	13
1.2.1 Généralités	13
1.2.2 La place du père	14
1.2.3 Observations cliniques et hypothèses	15
2 RE-NAISSANCE, CO-NAISSANCE ET RECONNAISSANCE	17
2.1 Devenir parent : un processus dynamique	17
2.1.1 La maternalité	17
2.1.2 La paternalité	17

2.1.3	La parentalité	17
2.2	Désirs et fantasmes autour de la grossesse	19
2.2.1	Enfanter d'un désir ou désirer un enfant ?	19
2.2.2	La particularité du lien originel à la mère	20
2.2.3	Les représentations parentales de l'enfant	21
2.2.4	La fratrie ou la non satisfaction du désir d'enfant par l'enfant	23
2.3	Réaménagement autour de la grossesse	24
2.3.1	La constellation maternelle	24
2.3.2	La préoccupation maternelle primaire	26
2.4	Des liens indispensables pour se construire	27
2.4.1	Les interactions	28
2.4.1.a	Les interactions comportementales	29
2.4.1.b	Les interactions affectives	30
2.4.1.c	Les interactions fantasmatiques	30
2.4.1.d	Les compétences interactives du bébé	31
2.4.1.e	Des interactions adaptées	32
2.4.2	L'attachement	33
2.4.3	Le père et sa place	35
2.4.3.a	Qui est-il ?	36
2.4.3.b	La fonction de tiers	37
2.4.3.c	L'apport du père	38
2.5	Quand le processus de parentalité est entravé	39
2.5.1	Le mal de mère	39
2.5.2	La vulnérabilité	39
2.5.3	Le devenir du père dans la séparation conjugale	41
2.6	Pour conclure	44

3 LE PSYCHOMOTRICIEN ET L'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITÉ **46**

3.1	Place et rôle du psychomotricien en centre maternel	46
3.1.1	Le projet de stage expérimental : une première entrée en matière	46

3.1.1.a	Pourquoi ce choix?	46
3.1.1.b	Le projet imaginé	47
3.1.2	Place dans l'équipe	49
3.1.2.a	Rôle de l'équipe	49
3.1.2.b	Les outils du psychomotricien	51
3.1.3	Prévention et psychomotricité	53
3.1.4	Le prendre soin en psychomotricité	55
3.1.5	Place auprès des familles	57
3.2	Quand le projet imaginé rencontre la réalité.	58
3.2.1	Exemple d'un accompagnement mère-enfant	58
3.2.1.a	Présentation de l'histoire et de la famille	58
3.2.1.b	Admission au centre maternel	59
3.2.1.c	Grossesse et accouchement	59
3.2.1.d	Évolution de Lyam et de sa famille avant mon arrivée	60
3.2.1.e	Premières rencontres	60
3.2.1.f	Premier entretien d'observation et d'anamnèse	61
3.2.1.g	Bilan psychomoteur	62
3.2.1.h	Évolution durant les séances	65
3.2.1.i	Conclusion	72
3.2.2	L'atelier détente	72
3.2.2.a	Désir et projet d'atelier	73
3.2.2.b	Naissance de l'atelier	74
3.2.2.c	Illustrations	75
3.2.2.d	Conclusion	77
3.2.3	Rencontres impromptues	77
3.3	En résumé	78
	Conclusion	79