

Apports de la psychomotricité dans le soutien à la synchronisation de la relation mère-bébé

Mélanie Lapille

► **To cite this version:**

Mélanie Lapille. Apports de la psychomotricité dans le soutien à la synchronisation de la relation mère-bébé. Psychologie. 2018. dumas-01835836

HAL Id: dumas-01835836

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835836>

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

**Apports de la psychomotricité dans le soutien à la
synchronisation de la relation mère-bébé**

Exemple de rythmes perturbés en période périnatale
par des troubles psychiatriques maternels

LAPILLE Mélanie

Née le 23 mars 1994 à Villecresnes

Directeur de mémoire : Dr Pascal RICHARD

Juin 2018

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue pour l'écriture de ce mémoire :

Dr Pascal RICHARD, mon directeur de mémoire et pédopsychiatre en service hospitalier à Paris, pour sa patience, sa disponibilité et son aide précieuse.

Orane DA SILVA, mon amie et psychomotricienne, pour son aide et ses conseils dans l'écriture de ce mémoire.

Frédérique JONCHERAY-CHAAR, ma maitre de stage et psychomotricienne passionnée, pour sa disponibilité et ses conseils. Merci à elle d'avoir partagé son savoir-faire et son savoir-être avec moi tout au long de mon stage.

Françoise MOUNIER, ma maitre de stage et psychomotricienne expérimentée, pour avoir partagé avec moi ses connaissances et pour m'avoir fait évoluer dans ma pratique professionnelle et dans ma vie personnelle.

Merci à tous mes maitres de stages, aux équipes soignantes, aux patients et aux familles que j'ai pu rencontrer durant ces trois années.

Je remercie l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux, les personnes qui y travaillent et tous les intervenants de ces trois années.

Et je souhaite aussi remercier mes parents, Anne, Mélanie et Estelle qui m'ont toujours soutenue dans mes choix et ont toujours été présents malgré la distance.

Et enfin merci à toi John.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE I : LA NOTION DE RYTHME DANS LA RELATION MÈRE-BÉBÉ.....	3
A) Le développement des rythmes du bébé.....	3
B) La relation mère-bébé.....	9
C) La fonction de la mère dans cette construction du rythme.....	16
D) Synchronisation sensori-motrice.....	20
PARTIE II : UNE SYNCHRONIE PERTURBÉE PAR LA MALADIE PSYCHIATRIQUE PÉRINATALE.....	22
A) Les maladies psychiatrique périnatales.....	22
B) Particularité des rythmes chez une personnes bipolaire.....	27
C) Répercussions sur le rythme du bébé.....	29
PARTIE III : ETUDE DE CAS : MME B ET LUCAS.....	35
A) Une dyade en difficulté : Mme B et Lucas.....	35
B) Et papa dans tout ça ?.....	39
C) La psychomotricité au sein du service.....	40
D) Projet de soin.....	41
E) Evolution de la situation de Mme B et Lucas.....	42
F) Conclusion.....	44
PARTIE IV : LA PSYCHOMOTRICITÉ EN SOUTIEN À LA SYNCHRONISATION DE LA RELATION MÈRE-BÉBÉ.....	45
A) L'observation du bébé.....	45
B) Décoder les signaux du bébé.....	53
C) S'ajuster à bébé dans ses réponses.....	56
CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
TABLE DES MATIÈRES.....	66
ANNEXES.....	70

INTRODUCTION

En cette troisième et dernière année de formation en psychomotricité, mon choix de stage s'est porté sur une population que j'avais déjà pu observer en première année de formation : les bébés.

Je me suis donc orientée vers le Réseau Mère-Enfant du Centre Hospitalier Charles Perrens (Bordeaux), pensant effectuer mon stage en intervenant auprès de bébés, mais je me suis vite rendu compte qu'un « bébé seul n'existe pas » (D. W. Winnicott). En effet un bébé impose de prendre également en compte celui qui s'occupe de lui, son partenaire privilégié, sa figure d'attachement ; sa mère le plus souvent.

Dans le Réseau Mère-Enfant, unité fonctionnelle du Service de Psychiatrie Générale, le bébé est considéré comme accompagnant de la mère, qui vient pour être aidée dans sa maladie psychiatrique périnatale. Dans cette unité, l'équipe soignante -dont la psychomotricienne- aide à consolider ou même créer un lien entre la mère et son nouveau-né.

Après quelques semaines de stages, j'ai remarqué qu'une phrase revenait sans cesse dans le discours de plusieurs mamans, prises en charge en période périnatale pour divers troubles psychiatriques :

« J'ai l'impression qu'il s'ennuie. »

Dans cette remarque, j'ai pu ressentir la détresse de ces mamans, démunies face à leur bébé. Il en ressortait un sentiment quasi commun à toutes ces mamans : l'ennui, un sentiment intimement lié au temps. Pourquoi ces mamans s'ennuient-elles avec leur bébé ?

J'ai donc commencé à suivre en séance plusieurs de ces mamans pour essayer de mieux comprendre d'où leur venait ce sentiment d'ennui. La notion de rythme m'est alors apparue. En effet, je me suis vite aperçue que ces femmes souffrant d'une maladie psychiatrique périnatale, semblaient avoir des difficultés avec la notion de temps.

Face à ces difficultés, je me suis d'abord demandée : *Comment aider ces mères à s'accorder aux rythmes de leur bébé ? Puis, comment aider ces bébés à s'accorder aux rythmes de leur mère ?*

Mais, confrontée aux interactions de ces dyades, la véritable question m'est rapidement apparue être : ***Comment aider la maman et son bébé à synchroniser leurs rythmes quand les rythmes de la mère sont perturbés par la maladie psychiatrique périnatale ?***

Et donc, concernant mon rôle de psychomotricienne : ***Comment la psychomotricité peut-elle étayer la synchronisation entre la mère et son bébé afin d'éviter des risques ultérieurs de troubles du développement psychomoteur du bébé ?***

Pour tenter de répondre à cette problématique, je vais vous présenter cet écrit en quatre temps.

Dans un premier temps, j'aborderai les notions de rythmes dans le relation mère-enfant, en expliquant le développement des différents rythmes du bébé, la relation qui lie l'enfant à sa mère, et en quoi la mère joue un rôle dans ce développement en permettant la synchronisation avec son bébé.

Dans un second temps, je parlerai des maladies psychiatriques périnatales maternelles, notamment du trouble bipolaire, et des répercussions de celles-ci sur les rythmes du tout-petit.

Dans un troisième temps, je relaterai ma rencontre avec une dyade mère-bébé présentant des difficultés en lien avec cette problématique de rythme maternel, et je décrirai le projet de soin mis en place par l'équipe soignante, dont fait partie la psychomotricienne avec qui j'ai effectué mon stage, pour aider cette dyade.

Pour terminer, j'évoquerai les apports de la psychomotricité pour soutenir la synchronisation de la relation mère-bébé, grâce à l'observation spécifique du psychomotricien et à son étayage auprès des dyades en difficulté.

PARTIE I : LA NOTION DE RYTHMES DANS LA RELATION MÈRE BÉBÉ

A) Le développement des rythmes du bébé

1) Rythmes biologiques

De la particule élémentaire au déploiement cosmique, la Nature est animée de rythmes. Et la rythmicité est une des propriétés fondamentales de la matière vivante. C'est donc dans un univers de rythmes que le petit homme va construire sa vie relationnelle et sa pensée subjective.

Un rythme, c'est « le retour, à intervalles sensiblement égaux, d'un repère constant », comme le souligne par H. Morier (29).

Les rythmes biologiques sont présents dès la vie foetale, dans le bruit de fond intra-utérin d'origine maternelle (battement du cœur, rythme respiratoire, activité viscérale, endocrinienne, musculaire). Dans le ventre de sa mère, le bébé est également soumis à ses propres rythmes physiologiques. Il est donc plongé dans un bain sonore et rythmique dès sa conception.

A la naissance, le nouveau-né fait preuve de nombreuses activités rythmiques, telles que la succion, les activités rythmiques motrices, l'alternance veille/sommeil.

Dès 2 mois, il est capable d'une discrimination temporelle des rythmes. Les rythmes du bébé passent de l'anarchie totale à une régularité qui lui sera d'autant plus facile à établir que son environnement extérieur y contribuera.

Avant 4 mois, le rythme du bébé est régulé par son horloge interne. Il est donc important de respecter son sommeil et de ne pas le réveiller pour le nourrir.

Dès 4 mois, un environnement adapté, avec une régularité repérable des soins et activités proposés (i.e. sans réveils imposés, ni horaires perturbés, mais

avec des repas à heures fixes) aideront le bébé à mettre en place ses rythmes et à se caler sur les habitudes de ses parents.

Dés la fin de la première année, l'enfant va spontanément se balancer en entendant une musique rythmée. Les rythmes liés à la locomotion ou à la parole s'établissent. Les rythmes biologiques se confrontent et s'adaptent peu à peu aux rythmes socio-culturels (5). Les rythmes ultradiens (micro oscillations du cerveau humain dans la journée: le seul en place à la naissance) laissent la place aux rythmes circadiens (24h en place vers 2 ans et demi) et circannuels (365 jours).

2) Rythme veille/sommeil et alimentaire

A la naissance, le sommeil du bébé est organisé sur une journée de 25h, c'est le rythme spontané de l'espèce humaine. Le rythme solaire est celui qui s'installera plus tard avec une journée de 24h. Ce qui veut dire que le rythme veille/sommeil du bébé se décale d'environ une heure chaque jour. Un nouveau-né dort environ 16 heures sur 24. Son sommeil est morcelé en périodes dites "ultradiennes" de trois à quatre heures maximum, aussi bien le jour que la nuit. Ce qui explique que ses heures de sommeil ne soient pas fixes à cet âge (34).

Très rapidement le sommeil du bébé évolue et se transforme : il passe d'un rythme ultradien à un rythme circadien comme celui des adultes.

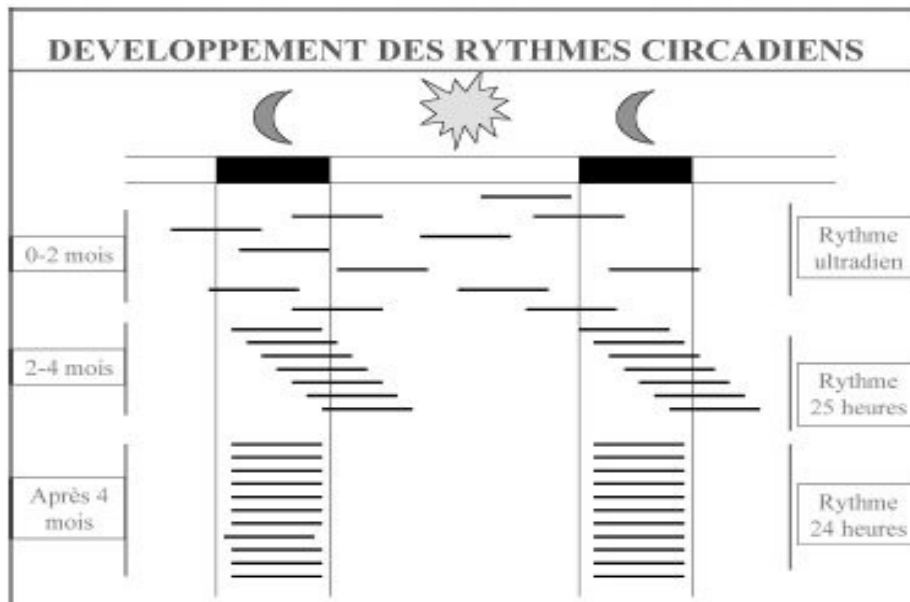


Figure 1 : Passage des rythmes ultradiens aux rythmes circadiens.

Hélène De Leersnyder (11)

A la fin du premier mois, l'exposition du nourrisson à l'alternance jour/nuit et aux rythmes des adultes organise progressivement son alternance veille/sommeil. Peu à peu, il dort plus longtemps la nuit : environ 5 à 6 heures d'affilées à 2 mois et 8 à 9 heures à 3 mois.

Le sommeil est surtout de type « agité » les premières semaines ; il devient plus calme et plus lent les mois suivants.

A partir de 6 mois, le bébé dort encore environ 14 à 15 heures par jour, avec trois ou quatre siestes dans la journée. Progressivement, il n'en fait plus que deux à 12 mois et une seule, plus longue, l'après-midi vers 18 mois. Evidemment, ce schéma théorique varie pour chaque nourrisson. (5)

3) Rythme de développement

Le rythme de développement peut être défini par l'apparition des capacités motrices, de communication ou bien encore des habilités manuelles de l'enfant à

partir de sa naissance. Le rythme d'émergence de ces capacités est variable d'un enfant à l'autre, et certaines étapes peuvent manquer ou être inversées.

Ce développement, bien que programmé génétiquement, est soumis à divers facteurs. L'influence de l'environnement est un facteur primordial, qui module le développement. En effet, les interactions entre le bébé et son environnement agissent directement sur son développement psychomoteur et sur le rythme d'apparition et d'utilisation de ces compétences (28). Rappelons que certaines de ces compétences sensorielles et interactives sont présentes dès avant la naissance.

Au niveau moteur, le développement du bébé est rythmé par l'apparition de nouvelles compétences motrices (reptation, quadrupédie, marche assistée, marche volontaire sans aide, course, escalade...)

À la naissance, le bébé présente une hypotonie axiale et une hypertonie des membres.

À mesure de son développement, le bébé va réussir à réguler son tonus, ce qui lui permettra d'acquérir la marche entre 9 et 18 mois.

Cette régulation du tonus va d'abord passer par les retournements (retournement du dos sur le côté, puis du dos sur le ventre et enfin du ventre sur le dos) puis par le ramper, puis par le quatre-pattes.

La position assise sera acquise lorsque les muscles du dos auront assez de tonus pour soutenir la colonne vertébrale (et permettre au bébé de ne pas s'affaisser sur lui-même) et lorsque ses jambes lui permettront de tenir en équilibre dans cette position. Le bébé va ensuite être capable de se défaire de cette position assise pour ramper ou faire du quatre pattes.

L'étape suivante sera celle de la station debout, d'abord avec support (meuble, adulte, etc.), puis sans. Cette étape ne sera possible que lorsque le tonus sera assez régulé pour permettre au bébé de se tenir à la verticale.

Enfin vient l'étape de la marche avec support (le long d'un meuble ou à l'aide des mains d'un adulte) et puis, quand l'enfant se sentira assez en confiance et prêt pour cela, il marchera sans se cramponner.

La figure suivante récapitule les différentes étapes du développement psychomoteur du bébé, tels que le décrit E. Pikler, pédiatre hongroise qui a développé le concept de la motricité libre (consistant à laisser libre cours à tous les mouvements spontanés de l'enfant sans lui enseigner quelque mouvement que ce soit) (16).

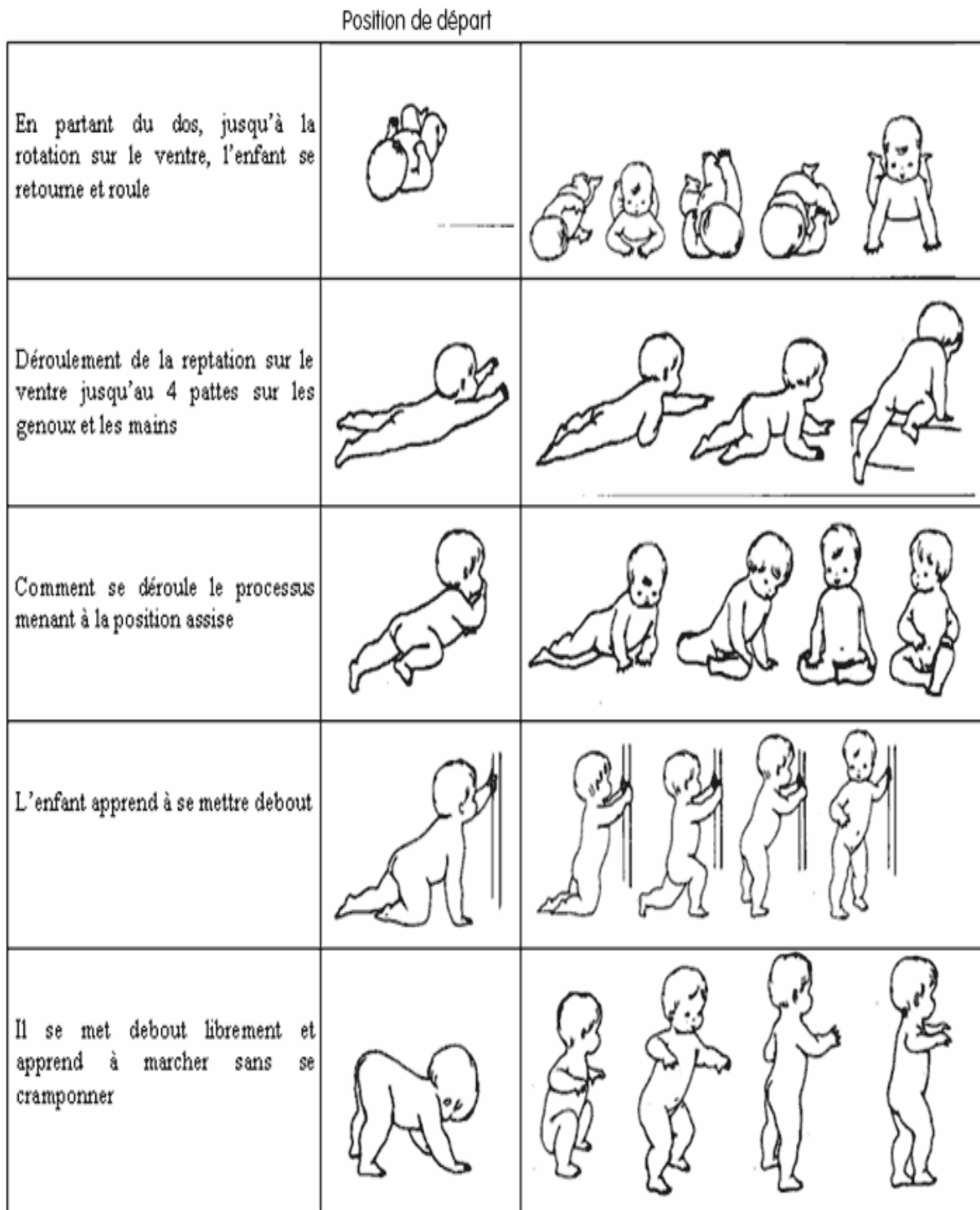


Figure 2 : Étapes du développement psychomoteur du bébé, Emma Pikler (16)

Au niveau cognitif, le développement du bébé est rythmé par :

- les acquisitions successives des différentes habiletés manuelles : actes de préhension, emboîtements, encastremements, enfilements, reconstitution de puzzles, constructions pyramidales avec des éléments à assembler, etc.
- les acquisitions successives des différentes modalités de communication, en particulier le langage, les comportements sociaux et les processus cognitifs.

Ce développement moteur et cognitif peut être évalué par **les Échelles de développement de Bayley** (*Bayley scales of infant and toddler development*) étalonnées pour des enfants de 1 à 42 mois.

Ces différentes échelles servent de grille d'observation du bébé : sont notamment étudiées les compétences attendues en fonction de son âge (corrigé si besoin pour les prématurés) et les réactions spontanées du bébé pendant ce temps de rencontre. (Annexe 1 : échelle pour un bébé de 6 mois)

4) Rythme socio-culturel

La nature des échanges mère-bébé apparaît dans les activités de la vie quotidienne qui rythment la journée du bébé : les soins, les repas, les temps de jeux. L'évaluation de la « qualité » de ce maternage doit tenir compte du fait que les pratiques des soins au jeune enfant varient d'une culture à l'autre et d'une époque à l'autre.

L'environnement affectif et relationnel du bébé contribue à l'inscrire dans des rythmes socio-culturels d'une société, d'une culture donnée.

Même le rythme de développement (dont nous avons vu qu'il est propre à chaque enfant) peut connaître des variations en fonction des pratiques culturelles. On peut ainsi, à la suite d'H. Stork, citer l'exemple des bébés africains, très sollicités au niveau du tonus dès les premiers mois :

Le maternage africain, et sa proximité entre la mère et son bébé, présente de nombreux avantages : il sécurise le bébé et permet à celui-ci de profiter d'un grand nombre de stimulations sensori-motrices qui activent son éveil psychomoteur. On

peut observer que les bébés africains présentent une avance de leur développement psychomoteur dans leurs premiers mois de la vie. Cette précocité de développement ne sera plus autant significative au décours du sevrage, quand est instauré une mise à distance du corps de la mère. (40)

Il y a différentes façons de nourrir un bébé, en fonction des traditions et des habitudes culturelles. Certaines préconisent l'alimentation à la demande, et d'autres à heures fixes. (41)

Concernant le sommeil, les enfants d'Afrique noire sont portés toute la journée sur le dos de leur mère. Ils suivent donc le rythme de leur mère et s'adapte à celui-ci. Ils sont habitués aux mouvements maternels qui les bercent. Les bercements continuels et la proximité de la mère permettent donc aux enfants de s'endormir quand ils en ressentent l'envie. Dans notre culture occidentale, l'utilisation du lit est très fréquente, le bébé s'habitue progressivement à s'endormir seul dans son lit. (5)

Dans les deux cas, la mère doit être attentive aux signaux envoyés par l'enfant. Qu'il dorme dans un lit ou contre sa mère, qu'il mange à la demande ou à heure fixe, c'est à la mère de repérer les signes de faim ou de fatigue (ou, au contraire, les signes d'éveil et de satiété) que lui montre son bébé.

B) Relation mère-bébé

1) Le lien d'attachement

La relation mère-bébé peut être définie par l'attachement qui existe entre ces deux partenaires d'interactions. L'attachement est décrit par N. Guedeney comme « une dimension très particulière des liens inter-personnels affectifs durables et importants entre deux personnes. » (18)

J. Bowlby parle de l'importance de la continuité relationnelle pour un jeune enfant. Il développe la **théorie de l'attachement**, dont le postulat de base est

l'existence chez l'enfant d'un besoin vital primaire, inné, de créer un lien d'attachement vers un adulte pour que celui-ci assure sa protection et son sentiment de sécurité interne et donc sa survie (3). L'adulte qui répond régulièrement, de façon adaptée, aux signaux de l'enfant pour lui prodiguer proximité physique et sécurisation, devient peu à peu pour lui une « **figure d'attachement** ».

Ce lien d'attachement entre le bébé et sa mère est donc rendu possible grâce aux interactions qui ont lieu entre ces deux partenaires.

Les interactions se définissent en général comme l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires. Une interaction est une action partagée, une sorte de dialectique élémentaire, une sorte de danse qui s'instaure entre les différents partenaires, comme le dit P. Delion. (12)

Pendant les premiers mois de la vie du nourrisson, lors de ses éveils, les interactions liées aux soins quotidiens qu'il reçoit occupent un temps plus long que les échanges de type ludique. Les interactions qui se produisent durant ces périodes ne sont donc pas à négliger. Si une certaine ritualisation de ces soins contribue à la sécurisation du bébé et à l'acquisition de repères utiles, il importe que ces soins de maternage ne deviennent pas des automatismes dénués d'affects car ils représentent une grande partie des interactions du nourrisson avec sa famille lors de ses éveils.

C'est pourquoi « toute la question des interactions est importante [...] car à chaque fois que ce bébé franchit une étape dans la relation, c'est en appui sur tout ces éléments que ses parents lui apportent, y compris des éléments dont ils ne sont pas eux même conscient. ». (12)

2) Les interactions entre le bébé et sa figure d'attachement

a) Les trois grands types d'interactions selon S. Lebovici, P. Mazet et P. Visier

- Les interactions comportementales

Elles sont également appelées interactions réelles. Elles correspondent à la manière dont le comportement de l'enfant et celui de la mère s'agencent l'un par rapport à l'autre.

Ces interactions directement observables entre la mère et son bébé se situent dans différents registres, dont trois principaux : corporel, visuel, vocal.

Les interactions corporelles concernent la façon dont le bébé est tenu, porté, mobilisé et touché. D. W. Winnicott parle de *holding physique* et de *holding psychique* (47), c'est-à-dire comment la mère porte son bébé physiquement et psychologiquement. Il décrit aussi le *handling*, le fait de tenir, de contenir ; c'est le soutien de la mère dans ses soins, sa protection, ses bercements, etc. J. de Ajuriaguerra parle de « dialogue tonique » (fonction du tonus dans la relation interhumaine) qui s'installe entre le bébé et son partenaire d'interaction.

Les interactions visuelles concernent le dialogue œil à œil. C'est un regard mutuel entre la mère et son bébé et représente l'un des modes privilégiés de communication entre eux.

Les interactions vocales permettent au bébé d'exprimer ses désirs, ses besoins et ses affects. Les cris et les pleurs sont le premier langage du nourrisson. J. Bowlby parle de « cordon ombilical acoustique » qui joue un rôle important dans l'attachement. Le tempo présent dans la voix permet au nourrisson d'anticiper et d'organiser ses interactions. (44)

- Les interactions affectives

Elles concernent le climat émotionnel ou affectif des interactions, le vécu agréable ou déplaisant de la communication. C'est « la tonalité affective générale de l'interaction et la qualité de l'harmonisation affective permettant au bébé et à son partenaire de partager leurs expériences émotionnelles. ». (25)

La vie émotionnelle du bébé et celle de sa mère s'influencent mutuellement avec réciprocity d'action. « Sur le plan dyadique, on observe aussi une remarquable synchronie : par exemple, la mère peut répondre à la vocalisation du bébé en écarquillant les yeux, en ouvrant la bouche et en haussant les sourcils, lui offrant une réponse cohérente par son *timing* tout en empruntant d'autres modalités expressives. D. Stern nomme cette synchronie « accordage affectif ». ». (17)

- Les interactions fantasmatisques

La notion d'interaction fantasmatisque a été étudiée par L. Kreisler et B. Cramer (1981) ainsi que S. Lebovici (1983). Cette perspective prend en compte l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé, aussi bien dans leurs aspects imaginaires, conscients, que fantasmatisques, inconscients.

Ces différents niveaux (le comportement, l'affect, le fantasme) montrent que « l'interaction n'est pas uniquement quelque chose de descriptif, de physique, d'observable, mais qu'elle fait appel à tout un autre monde, le monde interne que nous portons chacun en nous et qui vient intervenir dans la relation qu'on entretient avec son bébé et qui peut influencer sur son développement ». (12)

Les interactions vont être indispensables pour que le jeune enfant se développe harmonieusement. Mais pour cela, les interactions doivent être de bonne qualité, ce qui implique :

- une disponibilité affective de la figure d'attachement ;
- une souplesse et une adaptation des réponses de l'adulte aux besoins exprimés par l'enfant ;
- une stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps.

Sans cela, les interactions risquent d'être perturbées dans leurs différents niveaux d'expression. (3)

b) Les deux styles d'interactions dans le maternage selon H. Stork

H. Stork décrit deux styles d'interactions :

- **L'interaction distale** : Les échanges par la voix et par le regard sont privilégiés, laissant de côté le toucher. Ce style d'interaction se retrouve principalement en Occident. Par exemple, pour ce qui est du coucher, le bébé dort le plus souvent seul dans un lit, dans la pénombre, loin du bruit qui pourrait déranger son sommeil.

Par ailleurs, entre 4 et 12 mois, l'enfant s'accroche souvent à un objet particulier (peluche, morceau de tissu, jouet) qui symbolise sa figure d'attachement et qui le rassure lors de la séparation d'avec celle-ci. D. W. Winnicott le nomme « objet transitionnel ». Pour H. Stork, « *l'objet transitionnel est une nécessité culturelle, et non psychique, venant panser les effets de la séparation et de l'éloignement des parents* ». (5)

De fait, dans la culture sénégalaise, l'allaitement prolongé et le maternage multiple (l'enfant est toujours porté) garantissent la permanence de la mère et semblent apporter à l'enfant les conditions de sécurité nécessaires pour qu'il n'ait pas besoin d'un objet transitionnel.

- **L'interaction proximale** valorise le toucher et les contacts peau à peau. Ce style d'interaction est plutôt retrouvé dans les sociétés non occidentales. Cependant les interactions visuelles sont moins présentes.

La séparation physique entre la mère et son enfant est moins franche. Par exemple, en Afrique noire, les mamans dorment avec leur bébé sur la même natte. Ces techniques de co-sleeping font partie de leur culture. Les bébés sont portés sur le dos de leur mère tout au long de la journée. Le nourrisson est donc contenu, bercé et protégé à proximité de sa mère ; il suit le rythme quotidien de sa mère. Cette proximité entre la mère et son enfant est culturelle, et n'engendre pas de dépendance excessive au sein de cette dyade. (5)

3) Attachement et interaction : la sensibilité maternelle

Les interactions, en place dès la vie foetale, et répétées tout au long de la première année, vont permettre de construire progressivement l'attachement entre le bébé et son *caregiver* (personne présente régulièrement et qui apporte différents soins à l'enfant que ce soit au niveau physique ou au niveau émotionnel).

M. Ainsworth a élaboré en 1978 une situation expérimentale : la *Strange Situation Procedure* (SSP) qui permet d'observer la capacité de l'enfant, de 12 à 18 mois, à utiliser sa figure d'attachement comme base de sécurité. La SSP permet de décrire quatre styles (*patterns*) d'attachement : (24)

- Attachement insécurité évitant (pattern A) ;
- Attachement sécurisé (pattern B) ;
- Attachement insécurité résistant/ambivalent (pattern C) ;
- Attachement désorganisé (pattern D).

La **sensibilité parentale** reflète la capacité du *caregiver* à lire et à répondre de manière adaptée aux signaux de l'enfant, et est considérée comme un facteur déterminant pour la sécurité de l'attachement chez l'enfant. Cette sensibilité maternelle est souvent corrélée à un attachement de type *sécurisé*. (3)

« Chez la mère, l'adaptation nécessaire aux besoins de l'enfant entraîne une mise à disposition de ses propres sensations, émotions et représentations infantiles, déposées en mémoire au fil de sa propre trajectoire de nourrisson, de fille et de femme. » (27) Comme y insistait M. Ainsworth, cette sensibilité maternelle aux besoins de l'enfant est un facteur primordial pour la sécurité de l'attachement chez celui-ci.

4) Perturbation des interactions

De la naissance à 9-10 mois (période où l'on considère que l'attachement est mis en place), le nombre d'interactions entre le bébé et son *caregiver* est estimé à

environ 5 millions (3). Lorsque les interactions sont perturbées, par une maladie psychiatrique maternelle par exemple, ce nombre peut fortement varier.

Selon E. Glatigny Dallay et B. Bayle, il existe trois types de perturbations (3) :

- **l'excès de stimulation** : le bébé a une capacité d'interaction limitée dans le temps. Il a besoin de faire des pauses sans stimulations pour assimiler ce qu'il vient de vivre, pour transposer dans sa psyché ce qu'il a vécu corporellement. Il est donc important de percevoir les signaux de ce besoin de pause exprimés par le bébé (évitement du regard, posture de retrait, vocalisations négatives...). Dans le cas d'un excès de stimulation, le bébé va réagir de manière négative en se manifestant ou en se mettant passivement en retrait.
- **le défaut de stimulation** : l'état psychique du parent ne lui permet pas d'être disponible pour son bébé ; les interactions sont rares et pauvres et le bébé se met en retrait ou devient passif.
- **les perturbations de la réciprocité** : La notion de réciprocité dans les interactions de la dyade est primordiale. Il y a une adaptation réciproque des deux partenaires dans un temps donné. Les capacités d'attention du bébé vont déterminer des cycles. Le parent va devoir s'adapter aux cycles et donc aux rythmes de son bébé pour que ces interactions se déroulent harmonieusement. Les critères de synchronie (aptitude mutuelle à agir, à réagir aux signaux et à s'influencer en vue de l'échange), de continuité, et du respect de niveau de stimulation que l'enfant peut supporter sont essentiels pour obtenir des interactions comportementales de bonne qualité.

On retrouve des perturbations de la réciprocité dans différents registres :

- visuel : le bébé évite ou « lâche » le regard du parent ou bien celui-ci « force » le regard du bébé ;
- vocal : le parent ne prend pas en compte les vocalisations négatives du bébé qui exprime sa détresse ;
- corporel : parent et bébé ne parviennent pas à s'ajuster l'un l'autre, le bébé se raidit, le parent offre un portage inconfortable, etc.

C) Fonction de la mère dans cette construction du rythme

1) Le rythme comme base de sécurité

La rythmicité des expériences garantit le développement de la pensée par **l'illusion de continuité** qu'elle assure. Il y a donc une alternance de présence et d'absence de l'objet. Cependant la capacité du bébé à garder en mémoire l'objet est restreinte, donc l'absence de l'objet doit être limitée dans le temps et adaptée aux capacités de l'enfant pour que cette absence soit acceptable et non traumatique pour celui-ci. « Winnicott a bien souligné l'aspect traumatique de la séparation qui, au-delà d'un certain temps, produit une perte et plonge le bébé dans une expérience d'agonie. » (9) Le va et vient entre absence et présence de l'objet doit se faire de façon rythmique afin de préserver le **continuité psychique** et pour que le bébé puisse construire son **sentiment continu d'exister** (D. W. Winnicott). C'est pourquoi, il est important de nourrir un nourrisson toutes les trois heures, pour des raisons physiologiques, mais également pour garantir une continuité psychique.

Les rituels autour des soins corporels aident l'enfant à développer un sentiment de sécurité car il sait qu'il ne sera pas oublié, qu'il aura sa part et son moment d'attention individuelle.

« Pour construire les bases de sa vie psychique, le jeune enfant s'appuie sur une continuité suffisante dans l'environnement : des liaisons se font entre son monde interne et le monde extérieur. Afin d'offrir à l'enfant cette continuité, base de sa sécurité interne, les parents ont eux-mêmes besoin d'un minimum de stabilité intérieure, stabilité qui s'est dégagée progressivement, au fil de leur vie, de leurs liens affectifs ». (27) C'est ce qui peut faire défaut à certaines mamans dans le cas d'une maladie psychiatrique périnatale.

L'enfant a besoin de cette base de sécurité interne car c'est ce qui lui permet de baisser sa vigilance et de pouvoir se concentrer sur son activité, explorer librement son environnement ou s'endormir.

2) La mère, garante de la rythmicité des interactions

a) Interaction d'ajustement et de communication

A. Ciccone parle de deux types d'interactions : **interaction d'ajustement** et **interaction de communication**. L'alternance des deux va permettre de mettre en place un partage d'expérience entre la mère et son bébé. C'est pourquoi « *Daniel Stern (1977, 1985) décrit les interactions mère-bébé comme une véritable danse, une chorégraphie. Les accordages, les ajustements dans cette chorégraphie visent à trouver ou créer le rythme qui soutiendra la rencontre intersubjective, la communauté d'expérience, le partage d'expérience.* ». (9)

Il a été mis en évidence qu'environ trois quarts des interactions sont des interactions d'ajustement et donc seulement un quart sont des interactions de communication. Donc, comme le dit A. Ciccone, « une mère suffisamment bonne est une mère aux trois quarts mauvaise. ».

La mère apprend à connaître son enfant, et elle apprend par essai-erreur ; il est donc normal que la plupart des interactions soient des interactions d'ajustement. Mais cet apprentissage est essentiel pour arriver aux interactions de communication. La mère doit se tromper pour apprendre à communiquer avec son enfant.

b) Répétition et nouveauté, la surprise dans le rythme

Dans les soins nécessaires au bébé (le repas, le bain, la toilette, le coucher, le sommeil, les sorties, etc.), la notion de répétitivité est importante. En effet, lorsque l'environnement est *suffisamment bon* pour le bébé, une certaine rythmicité se met en place, avec de grandes similitudes entre les journées qui se suivent. La régularité des interactions entre la mère et son bébé offre à l'enfant la possibilité de se mettre en activité.

A. Ciccone parle de « *la rythmicité des interactions* », caractérisée par une succession d'engagements et de retraits, de présence et de rupture.

D. Marcelli développe, quant à lui la notion de **macro-rythmes** et de **micro-rythmes**. (22)

- Les macro-rythmes correspondent au retour régulier des soins favorisant la mémorisation, l'anticipation, la prévisibilité et le sentiment de continuité ;
- Les microrhythmes produisent du ludique, de la surprise, de l'aléatoire, de la tromperie.

Les macro-rythmes se mettent en place grâce la ritualisation des soins de maternage. La répétition des soins au bébé permet donc à celui-ci de les anticiper et de les mémoriser.

De part cette répétition, qui confirme à chaque fois ces attentes, le bébé peut développer son sentiment de continuité narcissique. Et, grâce à ce que Ciccone appelle le « fond de permanence », le bébé est en mesure de supporter la discontinuité.

Les macro-rythmes correspondent à ce « fond de permanence » qui va permettre aux microrhythmes de s'installer à l'intérieur de celui-ci.

Les micro-rythmes vont pouvoir s'immiscer dans les interactions entre le bébé et son entourage, et produire le ludique. Les interactions ludiques supposent donc de la surprise, de l'inattendu, de l'aléatoire et de la tromperie.

Il est donc important d'aider l'enfant à développer de la variation sur un fond de permanence. Alors que la répétition d'un même stimulus avec des paramètres tous identiques suscite une réaction d'habitude et de désintérêt rapide du bébé, le changement, la nouveauté dans certaines limites, constituent un puissant facteur d'attention et d'intérêt pour le bébé. Selon D. Marcelli, « le changement est pour l'attention ce que la similitude est pour la mémoire : un puissant facteur de stimulation et d'investissement ».

Le rythme et l'attente jouent en effet un rôle essentiel dans l'émergence de la pensée de l'enfant, car l'un permet d'acquérir la notion de permanence, et l'autre, d'élaborer la séparation.

3) La mère, garante du sommeil et du rythme physiologique de son bébé

La capacité de la mère à contenir émotionnellement son enfant sans rupture permet à celui ci de réguler ses excitations afin que son rythme veille/sommeil se stabilise et s'installe. Une mère « suffisamment bonne », au sens « winnicottien » du

terme, elle-même portée de manière « suffisamment bonne », est la garante du sommeil de son tout-petit. (3)

Il est donc important que le rythme veille sommeil du bébé soit structuré, sinon celui-ci est confronté à ses excitations, qu'il n'est pas en mesure de réguler. Il s'endormirait par épuisement.

C'est donc le rôle des « **donneurs de temps** », comme l'alternance du jour et de la nuit, les rythmes des repas (qui vont passer de 6 ou 7 tétées à la naissance à 4 repas réguliers à l'âge de 4 mois), les rythmes sociaux (reprise du travail de la mère, crèche, organisation des débuts et fins de journée), l'alternance repos-activité (promenades, jeux, soins), les siestes (régularité des temps où le bébé est dans son berceau). Ces donneurs de temps, ce sont les parents qui en décident, ce sont eux qui donnent le rythme, des repas et des siestes par exemple, à leur bébé.

C'est grâce à ces donneurs de temps que le rythme du tout petit va passer de 25 heures à 24 heures.

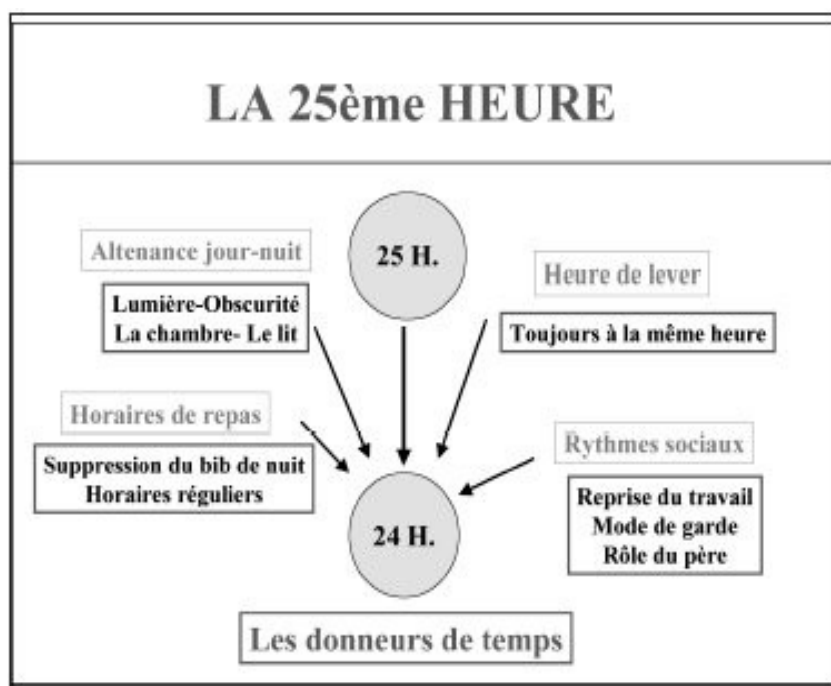


Figure 3 : Passage de la journée de 25 heures à la journée de 24 heures.

Hélène DE LEERSNYDER (11)

4) La mère dans le rôle de « synchroniseur »

Les rythmes physiologiques, des repas, des siestes, des promenades, des moments calmes, des jeux, des rythmes sociaux, etc, doivent se synchroniser pour permettre le développement le plus harmonieux possible pour le jeune enfant.

Généralement cette synchronisation est favorisée par la mère grâce à sa *sensibilité maternelle* et sa *préoccupation maternelle primaire*.

En effet, « la mère joue pour le nourrisson, le rôle de « synchroniseur » de plusieurs rythmes, permettant à ceux ci de s'accorder, de s'harmoniser, de se mettre à l'heure. ». (10)

La mère a donc le **rôle de « synchroniseur »** de tous ces rythmes mais elle ne se contente pas de les accorder. Elle colore de sa propre cadence et de son propre rythme à elle les rythmes de son bébé.

« Avant de s'intégrer dans un fonctionnement autonome, le temps, comme l'espace, commence par être une relation à l'autre (...) Cette relation est médiatisée par la fonction maternelle, en ce sens que c'est la personne à laquelle est imparti le rôle de la mère, qui doit d'abord organiser le temps. Le temps est ici le temps du corps et se confond avec le rythme physiologique. (...) la manière dont les soins maternels introduisent une cadence faite de charges et de décharges, de tensions et de relâchements, constitue l'ébauche de toute temporalité. » (38)

D) La synchronie sensori-motrice

J. Provasi définit la synchronie sensori-motrice comme un « ajustement temporel de la relation entre le parent et l'enfant, avec notamment des gestes et des vocalisations coordonnés » (34)

Le nouveau-né est capable de percevoir, de produire et de synchroniser ses rythmes à ceux de son entourage. En réponse aux perceptions des rythmes de son entourage, le nourrisson bouge, et vocalise en synchronie avec celui-ci.

Les synchronisations sensori-motrices jouent un rôle crucial dans les interactions sociales ; Dans la communication entre le bébé et sa mère, le rythme est omniprésent (34).

La mère et le bébé peuvent être perçus comme un « système dyadique » dans lequel les actions de l'un ont des répercussions sur l'autre et vice versa. Ce qui entraîne une réorganisation, un réajustement systématique au sein de cette dyade.

Comme le dit M. Gratier « La dyade représenterait un système en équilibre dynamique capable de s'accorder rythmiquement, et en réajustement continu. Le modèle de ces interactions n'est pas celui de l'action-réaction mais de la co-action et de la co-construction. ». (17)

Le bébé n'est pas passif dans ces échanges. En effet, il est actif dans la relation avec sa mère, il est capable aussi de produire un geste ou une vocalise de sa propre initiative et c'est donc au tour de la mère de s'ajuster à lui. Ce qui peut être problématique lorsque la synchronie entre la mère et le bébé est perturbée par une maladie psychiatrique périnatale. En effet, la mère n'est pas en capacité de s'ajuster dans les échanges avec son bébé.

PARTIE II : UNE SYNCHRONISATION PERTURBÉE PAR LA MALADIE PSYCHIATRIQUE PÉRINATALE MATERNELLE

Qu'en-est-il de la construction du rythme de bébé si la mère présente une pathologie psychiatrique ?

A) Les maladies psychiatriques périnatales

Depuis quelques décennies, les pathologies psychiatriques survenant autour de la grossesse et de l'accouchement sont l'objet d'un intérêt croissant, conduisant à l'essor de la psychiatrie périnatale.

1) La psychiatrie périnatale

C'est une discipline qui étudie les troubles psychiques observés chez un adulte, le plus souvent une femme, durant la période périnatale, et le développement des enfants dans ce contexte. Ces troubles peuvent aussi affecter les hommes (42).

Ces troubles peuvent être dus à des décompensations psychiatriques, liées soit aux processus mêmes d'accès à la maternité (blues du post-partum, dépression post-partum, psychose puerpérale, etc.), soit à des troubles psychiatriques préexistants à la grossesse et qui se sont déclarés ou majorés, pendant ou après la grossesse (trouble anxieux, trouble bipolaire, schizophrénie, etc.). (30)

2) Quelques exemples de pathologies périnatales

a) Le blues du post-partum

Le post-partum blues, aussi appelé « blues du troisième jour », « baby blues » ou « blues de la maternité » est une **dysphorie transitoire bénigne**. C'est un trouble qui affecte 15 à 85 % des femmes qui accouchent.

Il apparaît entre le deuxième et le dixième jour suivant l'accouchement et les symptômes s'estompent généralement en une semaine.

Les signes les plus caractéristiques sont :

- Des pleurs fréquents, ne s'accompagnent pas nécessairement de l'expression d'une tristesse ;
- Une humeur dépressive et/ou une exaltation de l'humeur ;
- Une anxiété, une agressivité et/ ou une irritabilité ;
- Une humeur labile qui peut être une franche exaltation de l'humeur dans un tiers des cas ou une dépersonnalisation (dans 5 % des cas) ;
- Des troubles de la mémoire immédiate, des troubles de l'attention et/ou des confusions ;
- Des manifestations psychosomatiques : fatigue, céphalées, lombalgies ou douleurs abdominales ;
- Un raccourcissement de la durée de sommeil ;
- Des rêves d'angoisse.

Ces signes sont rarement tous présents. Le baby blues peut parfois passer inaperçu.

Le blues du post-partum est aujourd'hui principalement considéré comme un **phénomène adaptatif, rapidement résolutif** dans 90 % des cas. Cependant, pour certaines femmes, les symptômes se prolongent au-delà d'une semaine et signalent souvent l'évolution vers une dépression post-natale voire parfois une psychose. (2)

b) La dépression post-partum

Selon le DSM-V, la dépression post-natale est un **trouble dépressif majeur** qui survient dans le post-partum. Le trouble doit débuter dans les quatre premières

semaines du post-partum et la patiente doit présenter au moins cinq des symptômes suivants durant au minimum deux semaines (2) :

- Humeur dépressive ;
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ;
- Perte ou gain de poids significatifs ou diminution ou augmentation de l'appétit ;
- Insomnie ou hypersomnie ;
- Agitation ou ralentissement psychomoteur ;
- Fatigue ou perte d'énergie ;
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée ;
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision ;
- Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes.

Les symptômes doivent représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur et un des symptômes est obligatoirement soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

Dans le DSM-V, la dépression post-natale est un **trouble dépressif caractérisé** avec spécification « avec début lors du péripartum ».

Sur le plan sémiologique, la dépression du post-partum a une symptomatologie proche du tableau clinique classique de l'épisode ou du trouble dépressif caractérisé (ou majeur). Les Mères se plaignent d'une asthénie intense, sont impatientes et irritables envers le bébé et leur entourage, sont psychiquement et émotionnellement absentes avec des troubles de la concentration importants et ne prennent aucun plaisir à s'occuper de leur bébé, ce qu'elles vivent avec culpabilité. Elles peuvent avoir des phobies d'impulsion (peur de faire du mal à leur enfant) et des somatisations diverses (douleurs abdominales, céphalées). Tout cela les pousse à se décharger des soins sur l'entourage. Elles peuvent aussi être intrusives ou en retrait par rapport à leur bébé et sont non adaptées dans la relation avec leur enfant dans la majorité des cas.

Les plaintes somatiques du bébé peuvent être révélatrice de la dépression

maternelle (difficultés alimentaires, prise de poids insuffisante, affection dermatologique, pleurs prolongés, etc.).

Tous ces symptômes altèrent la relation mère-enfant et constituent un risque non négligeable pour le développement du nourrisson. (23)

c) Les psychoses puerpérales

La psychose puerpérale est une forme de psychose qui touche environ une femme sur mille. Elle recouvre un ensemble de manifestations délirantes aiguës associées à une modification brutale de l'humeur. Cette psychose survient typiquement dans les quinze premiers jours suivant la naissance de l'enfant mais peut se manifester tout au long de la première année du post-partum.

Ce trouble psychiatrique constitue un risque grave pour le bébé compte tenu du risque élevé de suicide et d'infanticide.

Trois tableaux cliniques sont décrits pour la psychose puerpérale :

- **La psychose délirante aiguë** (20 % des cas) : c'est un tableau clinique confuso-délicant avec une forte composante thymique. Les signes caractéristiques sont : une angoisse massive, une agitation psychomotrice, un syndrome confuso-onirique, des thèmes délirants centrés sur l'enfant, l'accouchement ou le conjoint, des mécanismes imaginatifs et hallucinatoires, une fluctuation thymique et de l'agressivité envers l'enfant du fait d'idées délirantes focalisées sur lui (substitution d'enfants, maladie létale...). Dans ce trouble, le risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif est élevé ;
- **La mélancolie délirante puerpérale** (45 % des cas) : elle fait souvent suite à une dépression survenue au cours de la grossesse. Le tableau clinique est dominé par une thymie dépressive avec un sentiment d'incapacité, d'indignité, de culpabilité parfois associé à des éléments délirants (conviction d'avoir tué son bébé, persécutions...) ;
- **L'accès maniaque délirant puerpéral** (25 % des cas) : Le tableau clinique

associe des éléments délirants mégalomaniques, mystiques, de mission divine, des éléments persécutaires et une agitation psychomotrice importante. Les états mixtes sont fréquents et l'accès maniaque se poursuit souvent par un accès dépressif ;

- Les 10 % restants des cas sont des décompensations d'un trouble psychotique chronique préexistant.

d) Trouble bipolaire

Ce terme s'est peu à peu substitué à celui de Psychose Maniaco-Dépressive (DMP). Au début des années 60, l'entité psychose maniaco-dépressive a été divisée en 2 sous-entités : troubles bipolaires (BP) et unipolaires (UP). (14)

Le trouble bipolaire est une **pathologie chronique** débutant chez l'adulte jeune et dont le handicap est très important. Il s'agit d'un trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs. Le trouble bipolaire est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères. Cette pathologie psychiatrique a de nombreuses comorbidités et conduit le plus fréquemment aux tentatives de suicide.

Les troubles bipolaires peuvent être accompagnés ou non par des symptômes psychotiques.

Les épisodes des troubles bipolaires peuvent être :

- hypomaniaques ;
- maniaques sans symptômes psychotiques ;
- maniaques avec des symptômes psychotiques ;
- dépressifs légers ou modérés ;
- dépressifs sévères sans symptômes psychotiques ;
- dépressifs sévères avec des symptômes psychotiques ;
- mixtes sans symptômes psychotiques ;

- mixtes avec des symptômes psychotiques.

Selon le DSM-V (2), les troubles bipolaires sont catégorisés en trouble bipolaire de type I, trouble bipolaire de type II et trouble bipolaire non spécifié.

- Les **troubles bipolaires de type I** sont caractérisés par la présence d'au moins un épisode maniaque ou mixte ;
- Les **troubles bipolaires de type II** sont caractérisés par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs et d'au moins un épisode d'hypomanie. (14)

Au cours de mon stage, j'ai pu rencontrer plusieurs mères qui souffraient de diverses pathologies psychiatriques périnatales. La maman que j'ai été amenée à suivre présente un trouble bipolaire. Et, c'est pourquoi je me suis penchée sur la question des rythmes chez cette maman et donc chez une personne bipolaire.

B) Particularité des rythmes chez une personne bipolaire

1) Alternance, phase dépressive et phase de manie

Le trouble bipolaire est donc un trouble de l'humeur, qui alterne entre épisode dépressif et épisode maniaque (ou hypomaniaque).

L'**épisode dépressif** a les mêmes caractéristiques que celle d'un épisode dépressif majeur (citées dans la partie sur la dépression du post-partum).

L'**épisode maniaque** se caractérise par (4) :

- une humeur euphorique anormale et persistante pendant plus d'une semaine ;
- une augmentation de l'estime de soi ou des idées de grandeur ;
- la réduction du besoin de sommeil ;
- une plus grande communicabilité ou un désir de parler constamment ;
- la fuite des idées ou la sensation subjective que les idées défilent ;

- une monopolisation de l'attention par des stimuli sans réelle importance ;
- la recherche effrénée du plaisir ;
- de l'agitation et une augmentation des activités orientées vers un but particulier ;
- une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales et des relations interpersonnelles.

Lors de la phase dépressive, la mère va souvent présenter un ralentissement psychomoteur. « Le sens du temps est modifié, ce qui entraîne l'allongement, ce qui ralentit, et un pauvre « maintenant », caractérisé en ennui » (37). Comme nous l'avons vu précédemment, la synchronie entre la mère et son bébé est dépendante des rythmes de ces deux partenaires d'interaction. En cas de dépression maternelle, les rythmes de la mère sont ralentis, ce qui aura des conséquences sur l'accordage des interactions entre le bébé et sa mère.

Il en est de même pour la phase maniaque (ou hypomaniaque), mais en sens inverse. En effet, le rythme psychomoteur de la mère est accéléré, que ce soit au niveau de ses gestes ou de la pensée (tachypsychie). Et, comme pour la phase dépressive, le changement de rythme de la mère risque de provoquer des retentissement sur la synchronie avec son enfant.

Le tout-petit doit sans cesse s'ajuster aux changements de rythme de sa mère. Ces changements peuvent être très perturbants pour un nouveau né dont la rythmicité des interactions, entre lui et sa mère, est constitutive d'une base de sécurité interne.

2) L'importance des rythmes chez une personne bipolaire

Les **rythmes** et l'**hygiène de vie** ne sont pas négligeables dans le trouble bipolaire. Ce sont des paramètres qui vont aider le patient à stabiliser son humeur :

- le sommeil (heure fixe du coucher et du lever) ;
- la limitation des substances excitantes (café, soda, tabac, etc.), les drogues et l'alcool ;

- la limitation du surmenage au travail ;
- Eviter les sorties festives trop répétitives et tardives.

Le **trouble du sommeil** est le plus commun prodrome (symptôme annonçant la maladie) de manie et un des six plus communs de dépression dans le trouble bipolaire. En effet des chercheurs ont trouvé un lien entre bipolarité et anomalies du cycle circadien (cycle veille-sommeil). « Des chercheurs en neurosciences et en psychiatrie avaient déjà montré que des gènes contrôlant les cycles circadiens pourraient être impliqués dans le déclenchement de troubles bipolaires. » (21)

La réadaptation de la synchronie mère-bébé est de meilleur pronostic dans le cas d'une mère atteinte d'un trouble bipolaire car entre chaque épisode dépressif ou maniaque, la mère se stabilise. Ces moments de synchronie satisfaisante entre la mère et son bébé peuvent contribuer à favoriser l'établissement et la consolidation d'un lien d'attachement. Cependant lors des différents épisodes dépressifs ou maniaques, le bébé va être soumis à une rupture qui peut être très mal vécu par celui-ci.

C) Répercussions sur le rythme du bébé

Les troubles psychiques périnataux maternels entravent la disponibilité psychique de la mère, sa capacité d'attention, de contenance, de représentation, d'identification au bébé, et peuvent donc potentiellement générer des dysfonctionnements relationnels avec leur bébé. (30)

Ces perturbations relationnelles entre la mère et son enfant sont susceptibles d'entraîner des difficultés dans la synchronisation de cette dyade.

Comme vu précédemment, la maladie psychique périnatale maternelle telle que le trouble bipolaire a des conséquences sur les rythmes de vie de la mère (alternance de rythmes accélérés et de rythmes ralentis).

L'indisponibilité psychique maternelle ne lui permet pas de s'adapter aux rythmes de son enfant, et c'est donc le bébé qui va devoir essayer de s'adapter, souvent avec difficultés, aux rythmes perturbés de sa mère.

1) Rythmes perturbés chez le bébé

En s'adaptant aux rythmes de sa mère, le nourrisson va adopter un rythme plutôt accéléré, ou plutôt ralenti. Il arrive parfois aussi que le bébé n'arrivant pas à synchroniser ses rythmes à celui de sa mère, se mette en retrait ; il est donc difficile de définir alors son rythme.

a) Rythme accéléré

Certains bébés de mères bipolaires ont un rythme accéléré, qui peut être provoqué par un épisode maniaque (ou hypomaniaque), mais aussi par les nombreuses ruptures relationnelles imposées par la mère à son bébé.

Ce sont des jeunes enfants irritables ; ils sont donc difficilement consolables et peuvent beaucoup pleurer. Ils sont très toniques voire hypertoniques (tonus très élevé en permanence), ce qui rend leur portage très compliqué. L'importante raideur (notamment axiale) de ces bébés rend quasiment impossible l'enroulement en cyphose (position physiologique).

Ce sont aussi des bébés vigilants voire hypervigilants. Ils sont hyper-réactifs à leur environnement sensoriel (auditif, visuel le plus souvent). Et l'on observe que ces bébés sursautent au moindre bruit, les yeux écarquillés.

Ces bébés aux rythmes accélérés sont dans une exploration motrice incessante, sans moment de pause pour intégrer toutes les sensations qu'ils ressentent. Ils sont sans cesse dans le mouvement. Il est très difficile des les accrocher sur un objet plus de quelques secondes.

Mme C. est une maman bipolaire qui a présenté un épisode hypomaniaque à la naissance de sa fille Emma. Cette dernière, âgée de 11 mois quand nous l'observons, est toujours dans l'action, elle ne prend aucun moment de pause. Lorsqu'elle est mis au tapis, Emma n'y reste pas longtemps et explore toute la salle. Elle revient régulièrement vers sa mère, qui ne lui montre pas beaucoup d'intérêt. Elle prend un jouet, le jette, en prend un autre, le jette, etc. Elle ne prend pas le temps d'observer le jouet, elle est seulement dans la manipulation. Elle est toujours en mouvement et ce n'est pas possible pour elle de se poser quelques minutes avec un jouet, ou juste pour nous regarder, ou observer autour d'elle. Elle grimpe sur sa mère mais refuse d'être assise sur elle, elle se débat et râle dès qu'on la prend dans les bras pour qu'on la laisse retourner à son exploration motrice.

b) Rythme ralenti

Un rythme ralenti chez un bébé peut être associé à une mère souffrant de dépression (dépression du post-partum ou épisode dépressif chez une bipolaire par exemple) mais cela peut aussi se rencontrer avec des mamans peu stimulantes envers leurs nourrissons.

Le bébé est alors passif, il n'explore pas son environnement. Il reste le plus souvent sur le dos quand il est allongé sur le tapis. Il ne tente pas de se retourner ou d'attraper des objets. Il peut cependant jouer avec un jouet quand on lui en donne un mais sans grand intérêt pour celui-ci.

Chez le tout-petit, on peut observer une hypotonie : l'enfant paraît « mou » quand il est porté, il ne se tient pas corporellement, son tonus est bas.

Mme P. a fait une dépression de post-partum à la naissance de son fils Arthur, actuellement âgé de 10 mois. Celui-ci ne tente pas de se retourner sur les côtés lorsqu'il est sur le dos. Il bouge très peu le bas de son corps, bien qu'il parvienne parfois à lever son bassin pour toucher ses pieds. Il paraît hypotonique dans l'ensemble de son corps. Il tourne la tête pour regarder l'objet qu'il convoite, tend le bras mais le reste de son corps ne suit pas. Seul sa main se plie et se déplie pour tenter d'attraper le jouet. Il se décourage, au bout de seulement quelques secondes, si personne ne lui met le jouet dans la main. Si l'objet lui est donné, bien que convoité, il ne prend pas le temps de l'examiner et le repose très vite.

c) Absence de rythme

Dans les cas les plus inquiétants, il arrive parfois que le bébé n'ait aucun rythme, c'est à dire qu'il n'a pas de base de sécurité assez bien construite pour lui permettre d'avoir ce que D. W. Winnicott appelle le *sentiment continu d'exister*, «Après la discontinuité imposée par la naissance, un bébé doit construire petit à petit, sur la base de relations primordiales, sa continuité psychique, qui correspond au sentiment d'exister par soi-même, le *sentiment continu d'exister* » (13).

Chez les bébés ne semblant pas avoir construit de rythmes, des signes de **retrait relationnel** sont alors observables : fuite dans le sommeil, pas d'interactions visuelles ni vocales, etc. Les ruptures et l'imprévisibilité, auxquelles le bébé est soumis, sont telles qu'il n'est plus en mesure d'anticiper, d'extraire des invariants ; ses réactions de défense sont alors de fuir dans le sommeil, d'éviter le contact avec un tiers, de s'accrocher à des stimulations (lumière...), etc.

Pour A. Bullinger, le bébé peut être capable, à force de répétition, d'anticiper la situation, si celle-ci a pu être mise en sens auparavant par le milieu humain. L'enfant est en mesure de retrouver des sensations familières qu'il va pouvoir intérioriser comme des invariants à partir desquels peuvent se créer des représentations durables (8). Ces représentations vont donc faire défaut chez les bébés « en retrait ».

Une mère peu présente, ou ayant une présence discontinue auprès de son bébé peut engendrer ce type de comportement de retrait chez son bébé. Ce peut être aussi le cas d'une mère trop envahissante ou souffrant d'une dépression post-natale. Le comportement de retrait relationnel s'observe également dans la dépression précoce du nourrisson, ou dans des troubles précoces de l'attachement, par carence affective ou séparation. (19)

Thomas est un petit garçon âgé de 7 mois, il est très difficile de rentrer en contact visuel avec lui. Il a le regard fuyant. Son visage est triste et immobile, j'observe très peu d'expressions faciales. Il ne joue pas spontanément mais seulement quand on lui tend un jouet. Thomas vocalise très peu, voire pas du tout. Sa maman a une situation de vie particulière, elle est très préoccupée par des problèmes extérieurs à sa maternité, ce qui la rend indisponible pour Thomas.

2) Dans le cas d'un épisode dépressif chez une mère bipolaire

Quelque soit l'origine de la dépression maternelle, le nourrisson va devoir s'adapter aux changements de rythmes imposés par la maladie psychiatrique de sa mère, ici, le trouble bipolaire.

S. Gandillot *et Al.*, dans leur *Étude comparative des interactions précoces des Mères psychotiques et déprimées avec leur bébé*, ont réalisé un tableau récapitulatif des comportements décrit chez l'enfant en cas de dépression maternelle (15) :

Enfant de mère déprimée
Contact visuel difficile, voire absent (Field, 1987; Field, <i>et al.</i> , 1990)
Visage immobile, triste et figé (Guédeney, 2001)
Hypotonie (Guédeney, 2001; Marcelli, <i>et al.</i> , 1995)
Emoussement de la réactivité aux stimulations sociales. Absence de réaction ou réactions retardées à la stimulation (Field, 1984, 1987) Bébé trop sage (Marcelli, 1999) Nivellement de l'affect, désintérêt (Field, 1984, 1987) Plus d'états négatifs que positifs (Cohn, <i>et al.</i> , 1986; Field <i>et al.</i> , 1990)
Retrait relationnel (Guédeney, 2001; Marcelli, <i>et al.</i> , 1995) ou hyperactivité (Field, 1984)
Absence d'appel, de pleurs et de vocalisation (Guédeney, 2001)
Hypervigilance (Marcelli, <i>et al.</i> , 1995; Lamour et Lebovici, 1991)
Gestes d'autostimulation (Guédeney, 2001)

Tableau 1 : Comportement de l'enfant en interaction avec une mère déprimée.
Gandillot, S. et Al, 2012 (15).

Les répercussions de la dépression maternelle sur l'enfant sont donc nombreuses et différentes d'un enfant à l'autre. Si certains bébés peuvent paraître indemnes de toute répercussion sur leur développement psychomoteur, les dyades mère-bébé perturbées par la maladie psychiatrique périnatale semblent souvent touchées au niveau du lien d'attachement et au niveau des rythmes.

A) Une dyade en difficulté : Mme B. et Lucas

Je rencontre Lucas et sa maman, Mme B., au sein du Réseau Mère-Enfant (RME) du réseau de psychiatrie périnatale dans lequel j'effectue mon stage. Mme B. a 36 ans et son fils a 5 mois lors de notre première rencontre, mi-novembre 2017.

Le RME est constitué :

- d'une **unité d'hospitalisation conjointe Mère-enfant à temps plein** (aussi appelée l'unité Mère-enfant) : cette unité accueille des femmes atteintes de pathologies psychiatrique, soit pendant leur grossesse, soit en post-partum (avec ou sans leur enfant) ;
- d'un **hôpital de jour** qui accueille des dyades mère-bébé pour une demi journée ou une ou deux journées dans la semaine.

C'est à l'hôpital de jour (HDJ) du RME, que Mme B et Lucas viennent en consultation de psychomotricité.

Quel est le contexte de l'arrivée de Mme B. et Lucas à l'HDJ ?

C'est à la naissance de Lucas que les troubles de Mme B. est repérée. A la maternité, elle exprime aux infirmières de liaison sa difficulté à s'occuper de son bébé,. C'est aux urgences psychiatriques qu'un médecin évalue la situation afin de proposer l'orientation médicale la plus adaptée.

Lors de l'entretien avec le médecin, Mme B. dit qu'elle se sent incapable de s'occuper de son fils depuis sa naissance 15 jours auparavant. Elle se sent en difficulté pour gérer les pleurs de son enfant et craint de ne pas réussir à s'en occuper. Tout l'entretien médical est marqué par une auto-dévalorisation, une mésestime d'elle-même et une culpabilité. Mais contrastant avec ces éléments, il y a des symptômes d'excitation : réduction du besoin de sommeil, fuite des idées (tachypsychie), altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités

sociales et des relations interpersonnelles et une monopolisation de l'attention par des stimuli sans réelle importance.

Le psychiatre diagnostique un épisode hypomaniaque avec symptômes mixtes lors du post-partum. Mme B. est en demande d'aide ; elle est donc admise à l'HDJ du réseau mère-enfant, début juillet 2017.

1) Présentation de Mme B.

Mme B. a donc deux enfants : Jules 4 ans (dont on apprendra qu'il est suivi en pédopsychiatrie) et Lucas, 5 mois. Elle travaille en tant qu'ingénieur environnement. Elle est mariée à M. B. depuis 6 ans. M. B. est soutenant dans la maladie de Mme B. et très présent pour ses deux enfants et sa femme.

Au décours de sa première grossesse, Mme B. a présenté une **dépression post-partum** et a été hospitalisée trois semaines, en juillet 2014, en clinique spécialisée.

Elle connaît un nouvel épisode dépressif en Janvier 2015. Des éléments d'excitation sont alors notés, conduisant au diagnostic de dépression avec symptômes mixtes et à la prescription de neuroleptiques. Le diagnostic du trouble bipolaire ne sera posé que devant la constatation d'un épisode hypomaniaque avec symptômes mixtes au décours de son deuxième accouchement. Mme B. présente donc un **trouble bipolaire de type 2** (plusieurs épisodes dépressifs et au moins un épisode hypomaniaque).

Après son deuxième accouchement, elle va développer une **culpabilité maternelle envahissante** qui va l'amener à être hospitalisée en service de psychiatrie adulte pendant deux semaines. C'est après cette période qu'elle sera redirigée vers l'HDJ du RME. Le retour à la maison est très dur à gérer pour Mme B. ; elle est très anxieuse.

2) Présentation de Lucas

Lucas est un petit garçon né le 17 juin 2017. Lucas est le deuxième enfant de Madame B et de son conjoint, qui désiraient tout deux cette grossesse. La grossesse

s'est très bien déroulée et Lucas est **né à terme** avec un poids de naissance de 3 kg 780. Une petite détresse respiratoire à la naissance a fait diagnostiquer un pneumothorax disparu à J+1.

A sa première séance en hôpital de jour à l'Unité Mère-Enfant, je peux observer que Lucas a un **développement psychomoteur harmonieux**, c'est un bébé très gratifiant qui sourit beaucoup et est très patient. Il joue tout seul et peut rester longtemps avec le même jouet. Il passe le jouet d'une main à l'autre. Il cherche à attraper les objets autour de lui. Il se retourne de la position dorsale vers le côté, mais pas encore sur le ventre. La poursuite oculaire est bien mise en place et je note une préférence pour les visages, en effet son regard s'accroche plus sur des visages animés que sur des objets, ce qui est normal pour un bébé de son âge. J'observe que Lucas est à la recherche d'une accroche visuelle et qu'il entre très aisément en contact avec l'équipe soignante. Ce contact lui est cependant plus compliqué avec sa mère. En effet, Mme B. présente des difficultés pour rentrer en relation avec son bébé, que ce soit au niveau du contact visuel ou corporel. Son visage est amimique quand elle le regarde et je ressens comme un vide émotionnel dans son regard. Au niveau corporel, elle se tient à distance de lui et le touche à peine.

La **Crainte de l'équipe soignante** est que Lucas s'épuise dans cette recherche de contact avec sa mère et que, faute d'une réponse adaptée de sa mère, se résigne, se renferme et soit dans un **mouvement de retrait**. Selon Engel et Reischsman, le mouvement de retrait est « un processus défensif de base pour conserver l'énergie dans les situations critiques. » (19)

3) Mme B face à cette situation

Lorsque nous l'apercevons dans l'unité, Mme B. se présente avec un **air triste et apathique** ; il est très rare de la voir sourire. Lorsqu'on l'observe en présence de Lucas, nous constatons qu'elle se trouve en difficulté. Par exemple, elle est toujours en attente d'un sourire de Lucas ou d'un regard de sa part, elle a l'impression que, s'il ne la voit pas et qu'elle ne lui parle pas, alors il ne sent pas sa présence. Elle essaye donc de continuellement lui parler et d'attirer son attention.

De plus, elle se trouve totalement **démunie face aux pleurs** de Lucas et elle a l'impression qu'elle ne peut pas réussir à l'apaiser, ce qui provoque beaucoup d'angoisse chez elle. Elle redoute même les moments seule avec lui car elle pense qu'il s'ennuie. Mais avec un peu d'étayage elle finit par verbaliser qu'en fait c'est elle qui **s'ennuie en présence de Lucas**. Lorsque des soignants sont présents pour l'étayer, elle se montre cependant pleine de ressources.

Je constate que Mme B. n'arrive pas à trouver un rythme avec Lucas. Elle a du mal à gérer le « vide », le silence l'angoisse, tout va très vite dans sa tête (tachypsychie) et le monde extérieur lui apparaît ralenti. Elle est comme bloquée dans un rythme et ce blocage l'empêche de comprendre et d'être à l'écoute des rythmes biologiques de son enfant. L'ennui, c'est le premier sentiment qui lui vient à l'esprit et le temps lui paraît alors figé pendant les séances. On peut alors sentir la détresse d'une mère qui ne sait pas quoi faire avec son bébé.

Elle est dans l'**incapacité de jouer avec son bébé** et de lui amener des éléments de surprise car elle est bloquée sur un **rythme ralenti**. Elle se focalise sur ce qu'elle connaît : l'heure. Elle va donc se « régler comme une horloge » pour se rassurer. Par exemple si Lucas doit manger à midi et qu'il dort, elle ira le réveiller pour le nourrir.

Elle est donc dans l'incapacité d'être en relation avec son bébé car elle est absorbée par ce rythme qu'elle s'impose : sommeil/veille, alimentation, changes... pas de place pour le jeu, pour les échanges, pour les expériences partagées.

Dans cette situation, on peut faire un lien avec les micro-rythmes et les macro-rythmes décrit par D. Marcelli (c.f. *supra*).

Chez Mme B., les macro-rythmes n'étant pas construits, le fond de la rythmique, le tempo n'est donc pas établi, construit. Etant donné que ce sont les fondations de base pour que les micro-rythmes s'installent, ceux-ci ont bien du mal à se mettre en place.

La **synchronisation de la dyade mère-bébé** peut être défaillante comme dans notre cas ici. Mme B. n'apporte **pas de réponses adaptées** aux demandes de son fils. De nombreuses **ruptures** dans sa présence physique et psychique auprès

de Lucas vont entraver celui-ci dans la construction de son **sentiment continu d'exister** dont en parle D. W. Winnicott. Mme B. présentant une instabilité psychique liée à sa pathologie psychiatrique, elle n'est pas en mesure de créer pour son bébé, une continuité suffisante dans l'environnement, lui permettant de construire sa **base de sécurité interne**. (27)

Mme B. touche très peu Lucas et uniquement du bout des doigts. Elle verbalise également le fait qu'elle n'arrive pas à établir de lien avec son bébé et qu'elle ne prend aucun plaisir avec lui. Son bébé l'ennuie quand il joue trop longtemps avec le même jouet sans lui prêter d'attention à elle. Le portage est distant, elle porte son bébé comme on porterait un sac de course, comme un objet inanimé. Les soins de maternage apparaissent dénués d'affects et exécutés de façon mécanique.

D. W. Winnicott parle de « **holding** » pour décrire à la façon de soutenir et porter l'enfant, physiquement mais aussi psychiquement, tandis que le « **handling** » correspond aux manipulations et stimulations du corps par les soins que la mère lui procure (bain, habillage etc.). (47)

On voit dans cette situation que Mme B. présente des difficultés pour porter Lucas ainsi que dans les soins qui lui sont apportés. Le « holding » comme le « handling » sont défectueux chez Mme B.

Selon Mme B., son mari et sa mère sont des personnes très étayantes et ressources pour elle lorsqu'elle ne se sent pas en capacité de s'occuper de Lucas.

B) Et Papa dans tout ça ?

M. B., le mari de Mme B. est en effet très présent pour sa femme et pour ses fils.

D. W. Winnicott avait décrit sous le terme de « préoccupation maternelle primaire » cet état psychique particulier de la mère qui accueille son nouveau-né en s'adaptant au plus près à ses besoins.

On pourrait maintenant décrire, à notre époque moins marquée par la division

sexuée des attributions féminine et masculine une « **paternité primaire** » et une « **préoccupation paternelle** » :

- **Paternité primaire**, parce que le père montre qu'il est apte à être « suffisamment bon » en terme de soins et qu'il peut constituer une figure d'attachement au même titre que la mère. Il n'est plus un simple spectateur ;
- **Préoccupation paternelle**, parce qu'il ne s'affirme pas comme père-mère, mais comme père-homme, soucieux du bien-être et de l'équilibre de l'enfant, dans une relation où chaque adulte s'efforce d'occuper sa place de parent sexué. Comme la mère, il se constitue parent dans l'inconscient de l'enfant en l'accompagnant par la main, la voix et le regard. (35)

M. B. participe donc activement à un « **environnement familial suffisamment bon** ». On peut donc émettre l'hypothèse que les risques de trouble du développement chez Lucas sont minimisés, par la présence psychique et physique de son père, malgré des difficultés prononcées chez sa mère. C'est pourquoi Lucas présente un développement psychomoteur harmonieux, malgré le faible nombre d'interactions positives avec sa mère.

C) La psychomotricité au sein du service

La psychomotricienne travaille sur les interactions mère-bébé perturbées du fait d'une maladie psychiatrique périnatale maternelle.

A l'hôpital de jour, la psychomotricienne a plusieurs rôles : auprès de l'enfant, auprès de la mère et auprès de la dyade.

Auprès de l'enfant, elle peut **évaluer son développement psychomoteur**, grâce au Bayley Scales of Infant and Toddler Development qui évalue le développement cognitif et moteur de l'enfant de 1 mois à 42 mois. De cela découle un soutien au développement psychomoteur si nécessaire.

Auprès de la mère, elle tient un **rôle d'écoute et de renarcissisation**, ainsi qu'un **rôle de guidance parentale**.

Auprès de la dyade, elle permet de leur **offrir un espace-temps d'attention**

conjointe, un partage d'expériences positives. Elle a une **fonction de contenance maternelle** en accueillant ce qu'il peut se passer en séance, en étant présent pour porter psychiquement cette dyade maman-bébé, en contenant et en apaisant tout cela afin que cette dyade vive quelque chose de positif.

D) Projet de soin

Dans le cas de Mme B. et de Lucas, une indication de prise en charge en psychomotricité a donc été posée, avec plusieurs objectifs :

- **offrir un espace d'attention conjointe** maman-bébé afin d'aider à la rencontre entre Lucas et sa maman et orienter les temps de séance sur un **partage d'expériences positives**, associé à une prise de plaisir dans le jeu et l'interaction entre Lucas et sa maman.

- **étayer la relation** mère-enfant. Cela peut se faire par diverses actions :
 - ≡ **valoriser, renarcissiser et réassurer** Mme B en lui montrant par exemple qu'elle possède des « compétences maternelles ». Par exemple, quand Mme B dit : « mais je sais pas quoi lui dire », nous lui répondons : « mais pourtant vous lui parlez, vous commentez ce qu'il fait etc... c'est bien ! ».
 - ≡ **Proposer des outils d'interactions** que Mme B pourra s'approprier et effectuer en dehors des séances de psychomotricité : Comptines, musique, etc.

- **Aider Mme B. à repérer les compétences** de Lucas, qu'elle ne voit pas forcément. Cela permettra de montrer à cette mère que son fils est capable de faire des choses et de rentrer dans l'interaction avec lui.

- **Etayer le portage** afin d'en faire un espace contenant, réassurant et apaisant pour Lucas.

- **Prévenir les risques de trouble du développement** chez Lucas en aidant Mme B à apporter des stimulations qu'elle n'est pas encore en mesure de lui apporter actuellement. Et permettre à Lucas de faire varier ses sensations.

E) Évolution de la situation pour Mme B. et Lucas

1) Décembre 2017

La thymie de Mme B se stabilise difficilement, un réajustement de son traitement est en cours. Elle est traitée par TERALITHE LP 400 (régulateur de l'humeur) et ZYPREXA 10 mg (antipsychotique pouvant être utilisée comme régulateur de l'humeur).

La relation avec Lucas est toujours aussi distante et dénuée d'affect. Il y a de plus un **épuisement paternel** depuis le mois dernier. Mme B est toujours **très anxieuse** (mise en place de TERCIAN) et se sent toujours dans l'incapacité de s'occuper de ses enfants.

Des **visites à domicile** (VAD) vont être mises en place prochainement. Une demande de prise en charge en **Centre Médico Psychologique (CMP)** pour Mme B est en cours.

2) Mars 2018

a) Mme B

Elle ne présente plus d'anxiété. Des difficultés cognitives persistent encore, elles sont dues à son épisode dépressif. Il va lui falloir encore du temps pour récupérer toutes ses capacités. La concentration est une des difficultés cognitives rencontrées par Mme B, ce qui la perturbe et l'angoisse énormément car elle prépare un concours interne pour son travail. En effet, Mme B. aimerait reprendre le travail au mois de mai.

Des symptômes **obsessionnels** sont très présents chez Mme B. En cas de doute sur quelque chose, elle va énormément ruminer sur la situation.

Elle a fini son **programme d'Éducation thérapeutique de Patient (ETP)** et a donc pu se saisir des outils proposés pour mieux appréhender son trouble chronique.

Elle continue l'**atelier cuisine** (préparation de petits pots) commencé en novembre, ainsi que l'**atelier éveil**, en présence de Lucas sur ces deux temps d'atelier.

Mme B recommence ses activités sportives telles que la Zumba et la marche.

Mme B est **prise en charge en CMP**, elle y a vu déjà un infirmier et est en attente d'un entretien avec un médecin psychiatre.

Une électro-convulsivo thérapie a été envisagée si aucune amélioration n'était visible après le changement de traitement.

Actuellement, elle est traitée par ZYPREXA 5mg, XEROQUEL 50mg (antipsychotique régulateur de l'humeur et antidépresseur) et LAMICTAL 50mg (antiépileptique utilisé pour prévenir les épisodes dépressifs chez certain patient bipolaire). Elle est donc en trithérapie, avec un traitement assez lourd mais des **améliorations significatives** ont pu être observées.

Ces capacités d'insight ce sont nettement améliorées : elle a conscience de ce qu'elle a vécu et de ses comportements passés, elle peut en élaborer une représentation.

Son traitement actuel est efficace et lui permet d'être désormais plus disponible pour Lucas. J'observe donc des **interactions mère-bébé beaucoup plus riches** sur le plan visuel, corporel et vocal. Le visage de Mme B est animé quand elle s'adresse à Lucas. Elle est en capacité de repérer les besoins de son enfant et d'y répondre de façon adaptée. Elle joue avec lui et prend plaisir à être en sa présence. Elle dit ne plus ne plus souffrir de ne rien faire avec lui et réussit à être tranquillement présente auprès de lui sans devoir être dans l'agir : « Si je ne fais rien avec Lucas, je ne fais rien ».

b) Lucas

Lucas est toujours très souriant et rentre en contact visuel très aisément.

Corporellement j'observe que Lucas n'est **pas très à l'aise dans son corps**. Il est comme englué dans celui-ci. On sent qu'il a des difficultés à s'en servir comme il voudrait.

A ce jour, au mois d'avril, il a 9 mois et 14 jours. Il se retourne du dos au ventre et du ventre au dos. Il tient assis mais ne se met pas en position assise tout seul.

On ne parle pas de retard mais une **vigilance sur son développement moteur** s'impose. Des **séances de psychomotricité** sont donc recommandées pour aider Lucas à trouver sa voie vers la position assise. Il est nécessaire aussi de l'aider à ressentir des sensations diverses dans son corps afin qu'il s'approprie celui-ci, qu'il puisse en utiliser toutes ses capacités, et qu'il ne reste pas bloqué là où il en est.

F) Conclusion

La situation de Mme B. et Lucas s'est nettement améliorée au cours des trois derniers mois. Les ajustements dans le traitement de Mme B. lui ont permis de se stabiliser au niveau thymique. Sa tachypsychie a diminué, permettant à Mme B. d'être présente psychiquement pour son bébé. Les liens d'attachement, qui étaient perturbés par cette entrave psychique, ont pu désormais se mettre en place petit à petit entre Mme B. et Lucas.

Lucas va bien sur le plan somatique (alimentation, sommeil, etc). Sur le plan psychomoteur, il n'est pas vraiment en retard mais présente des difficultés motrices, comme par exemple une certaine hypotonie, ce qui ne lui permet pas encore de trouver la position assise. Un bilan psychomoteur, réalisé avec les échelles de Bayley, pourrait être intéressant à faire passer à Lucas pour pouvoir coter ses difficultés.

PARTIE IV : LA PSYCHOMOTRICITÉ EN SOUTIEN À LA SYNCHRONISATION DANS LA RELATION MÈRE-BÉBÉ

Les ajustements sont dépendants de la perception des signaux envoyés par le bébé à sa mère, de la réponse qu'elle va lui apporter et que celui-ci va lui donner en retour. L'interaction, harmonieuse ou dysharmonieuse, dépend de cet ajustement entre la mère et le bébé.

Dans les axes de prise en soin, il est important de se focaliser sur le moment présent, car le bébé est dans l'immédiateté. En effet, c'est le **partenaire idéal de l'ici- et-maintenant**.

Comment la psychomotricité va-t-elle amener du moment présent ? Par l'observation, les commentaires en direct du psychomotricien, l'utilisation des sens, ceux de la mère et ceux du bébé pour les connecter dans l'instant présent.

A) L'observation du bébé

Observer, ce n'est pas seulement regarder, c'est réussir à « réellement voir ». C'est à dire essayer d'observer le bébé avec un minimum de projections inconscientes. Evidemment, c'est très difficile car notre observation sera forcément teintée de notre subjectivité. (45)

1) Différentes méthodes d'observation

Il existe différentes méthodes d'observation du bébé et de son développement (20) :

- Les **méthodes expérimentales** : L'observateur propose une situation et des stimulations précises à l'enfant, et ce sont les réactions de l'enfant à ses stimulations qui sont observées de façon la plus objective possible ;
- Les **méthodes éthologiques** : l'enfant est observé dans son milieu naturel, par exemple sa famille, sans le soumettre à des stimulations précises ;

- Les **méthodes d'inspirations psychanalytique** : parmi laquelle se range la **méthode d'Esther Bick**, méthode « qui vise à acquérir une meilleure aptitude à observer, à maîtriser autant que possible le contretransfert de l'observateur tout en apprenant à réellement voir et à mémoriser le plus d'éléments possibles. ». (45)

Il existe également l'**approche 3W : Watch, Wait and Wonder** d'A. Rossignol et Al. C'est une approche psychothérapeutique qui place le parent dans « une position d'observateur de l'activité initiée par l'enfant. ». (36)

Le but est donc de travailler à partir de ce que le parent observe, et donc de le placer dans une position « d'expert » de l'enfant, permettant de le renarcissiser, en lui faisant prendre confiance de ses capacités de parent.

Selon A. Rossignol, « cette intervention thérapeutique favoriserait le développement chez le parent de l'attention conjointe, de la capacité d'observation, de l'accordage des affects, de la conscience des représentations mentales et finalement, de la capacité à identifier ses états mentaux et ceux de l'enfant ainsi que de reconnaître les influences mutuelles entre ceux-ci. ». (36)

2) Comment observer son bébé : Quand, où et quoi observer ?

a) Les phases d'éveil du bébé (Quand ?)

Lors de notre observation nous pouvons apprendre à distinguer les différents états de conscience du bébé décrits par T. B. Brazelton. Chez le nouveau-né, **six états de conscience** sont différenciés à partir de critères comportementaux observables. Différents paramètres sont analysés : la présence ou l'absence de mouvements oculaires rapides, la présence ou l'absence de mouvements corporels et l'existence d'un rythme respiratoire et cardiaque régulier ou irrégulier. Ils sont matures à partir de 36-38 semaines de gestation. Ces six états sont les suivants (6) :

- **États de sommeil :**
 - Sommeil profond (phase I) : respiration régulière, peu ou pas de mouvements, yeux fermés ;
 - Sommeil Léger (phase II) : respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux fermés ;
- **État transitoire :** Somnolence (phase III) : respiration régulière, peu de mouvements, yeux ouverts ;
- **États de veille :**
 - Veille calme (phase IV) : respiration régulière, pas de mouvement, yeux fermés ;
 - Veille active (phase V) : respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux ouverts ;
 - Pleurs (phase VI) : respiration irrégulière, présence de mouvements, yeux ouverts ou fermés.

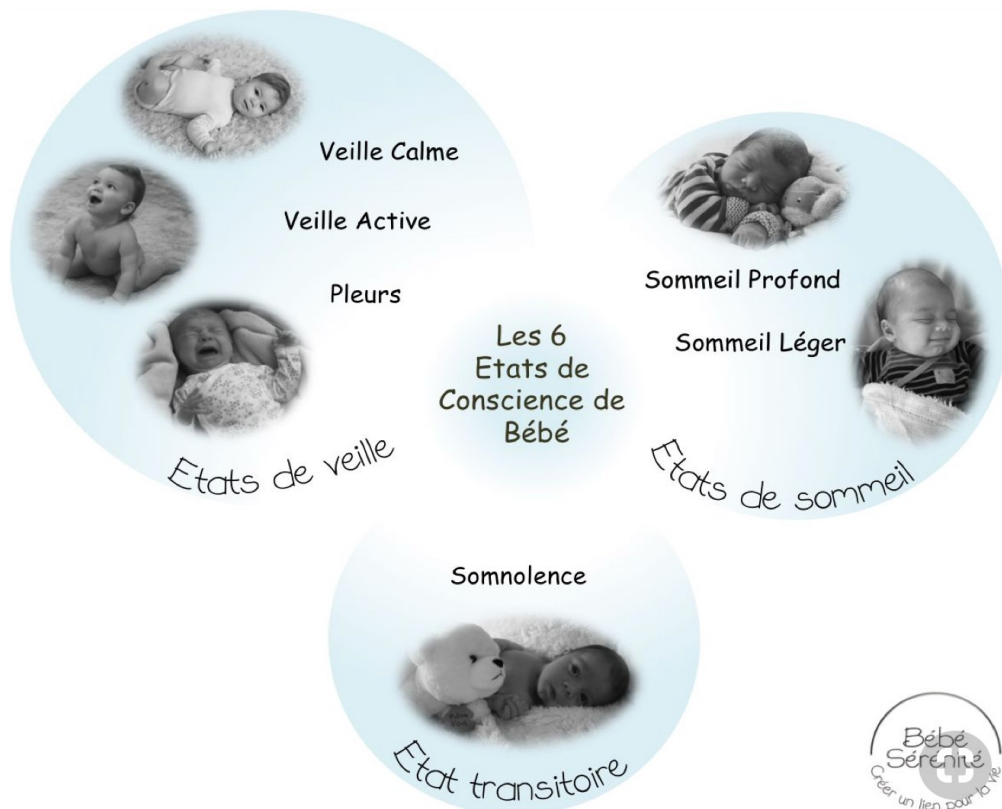


Figure 4 : Les 6 étapes de conscience du bébé selon T. B. Brazelton (39)

La **phase IV (état de veille calme et attentif)** est celui au cours duquel le bébé est le plus disponible pour interagir avec son environnement. C'est à ce moment là que l'on peut effectuer un bilan psychomoteur par exemple. Le bébé sera réceptif à ce qu'on lui propose.

Cette phase de veille calme est celle qui permet d'entrer en relation avec le bébé le plus facilement lors d'un échange avec celui-ci. Lorsque l'on reçoit la mère et son bébé en séance, il est plus facile d'étayer la relation mère-bébé lorsque ce dernier est disponible comme pendant la phase IV. Dans les cinq autres états, soit l'enfant est endormi soit trop agité, et n'est donc pas assez disponible pour être présent psychiquement et corporellement pendant la séance, ce qui rend le travail sur le lien avec sa mère plus difficile.

b) Aménagement d'un lieu de partage (Où ?)

L'aménagement de l'espace est également très important. Ce lieu doit être accueillant pour le bébé et sa mère. Pour permettre une meilleure attention de la dyade, le lieu d'accueil doit être, si possible, calme et sans trop de stimulation pour éviter de perdre l'attention du bébé. En effet, il est préférable de ne pas envahir le bébé avec des stimulations sonores ou visuelles (comme une salle surchargée de cadres aux murs et de jouets sur le sol).

Nils, âgé de 11 mois, est un petit garçon qui se dissipe, s'éparpille très vite lorsqu'il y a trop de stimulation, surtout visuelle. Lors des premières séances, nous avons disposé plusieurs jouets sur le tapis et dans la salle. Nils, ayant acquis le quatre patte, se déplaçait d'un jouet à un autre dans un mouvement de va et vient sans cesse. Et cela sans réussir à poser son attention plus de quelques secondes sur un des jouets. En effet son attention était de suite attirée par un autre jouet lorsqu'il observait l'environnement autour de lui. Nous avons donc décidé de sortir les jouets un à un, dans le but de diminuer les stimulation visuelles, pour lui permettre de se concentrer plus facilement.

Le psychomotricien met en place un cadre psychique et physique sécurisant et contenant pour accueillir les débordements, les excitations, les pulsions de la dyade. Pour le bébé la sécurité physique passe par la mise à disposition d'une salle sans danger (cache prise, pas de risque de chute d'objets, etc.).

C. Potel parle de « conditions d'espaces : pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps ». (33)

La possibilité de pouvoir poser le bébé au sol sur un tapis est essentiel pour pouvoir l'observer, car il est plus libre de ses mouvements que dans un transat ou dans les bras de quelqu'un. Son corps peut s'exprimer librement sans contraintes physiques.

Le nombre de personnes présentes est également un élément à prendre en compte pour passer une séance de psychomotricité dans les meilleures conditions possible. C'est pourquoi, il est important de ne pas être trop nombreux en séance pour ne pas être trop intrusif auprès de la maman et de son enfant. En général deux à trois soignants présents par séance est un maximum à éviter de dépasser.

c) Les compétences du bébé (Quoi ?)

L'observation des compétences du nourrisson par les parents favorise leur sensibilité parentale aux signaux et comportements exprimés par le bébé, et de ce fait améliore la qualité de l'interaction parents-enfant. En effet, comme le dit J. Wendland, « Conscients des possibilités d'interaction et sensibles aux signaux de leur nouveau-né, les parents pourraient élaborer une nouvelle conception du nouveau-né ainsi que nouer avec leur enfant des liens d'attachement de meilleure qualité » (46)

Le nouveau-né possède plusieurs compétences telles que (1) :

- des **compétences sensorielles** qui apparaissent dès la vie foetale dans l'ordre chronologique suivant : le tact (7ème semaine) dans un premier temps, puis la sensibilité vestibulaire (entre la 7ème et la 9ème semaine), le goût (12ème semaine), l'olfaction (14ème semaine), l'audition (24ème semaine), et enfin la vision (7ème mois). Toutes ces compétences sont donc observables dès la naissance par les parents ;
- Des **compétences motrices** : il dispose d'un ensemble de réflexes tels que le grasping, le fouissement, les cris et le sourire. Ces compétences motrices permettent les interactions précoces avec son entourage, le rendant actif dans la relation avec l'autre ;
- Des **compétences sociales** : il est capable d'imiter les expressions du visage de l'adulte, ainsi que d'accorder ses gestes, ses mouvements aux rythmes du discours de celui-ci ;
- Des **compétences cognitives**, avec l'existence d'une mémoire motrice présente dès les premiers jours. Le nouveau-né est également capable d'attention (soutenue, concentrée, dispersée) qui dépend de la qualité de l'attention qui lui est portée.

« Le bébé est intensément sensible aux rythmes, ceux-ci peuvent être considérés comme de véritables canaux sensoriels susceptibles de générer ou de brouiller des échanges interactifs. » (1). C'est pourquoi, il est important de prendre en compte les critères précédents (cadre de la séance et état de vigilance du bébé) pour permettre une observation optimale des compétences du nouveau-né.

3) Rôle du psychomotricien dans l'observation du bébé

a) La fonction alpha de la mère et du psychomotricien

Pour décrire concept la genèse de l'appareil psychique, le psychanalyste W. Bion a développé une **théorie de la contenance, de la pensée et de la fonction**

alpha, qui repose sur concept d'assimilation du monde extérieur.

Comme en parle C. Bronstein, « La contenance est la capacité d'un objet à recevoir les identifications projectives d'une autre personne, à en faire l'expérience et à s'en servir en tant que communication, à les transformer et à les renvoyer au sujet sous une forme modifiée. ». (7)

Quand le bébé vient au monde, il est assailli par des sensations, telle que la faim par exemple. Ces expériences, il ne peut les contenir en raison de l'immaturation de son appareil psychique ; ces **impressions brutes non élaborées** sont ce que Bion appelle les éléments bêta.

Les éléments bêta doivent être transformés en éléments alpha qui permettent au bébé de décoder, d'élaborer et de communiquer son éprouvé. Si ces éléments alpha ne peuvent être élaborés, ils seront évacués. Les troubles psychosomatiques sont une des voies d'évacuation possible.

Par sa **capacité de rêverie**, la mère va occuper cette **fonction alpha** pour permettre à son enfant de transformer ces émotions-sensations brutes (éléments bêta) en **éléments assimilables, élaborable par la psyché**, qu'il pourra ensuite reprendre dans ces expériences futures.

D. Mellier définit la « capacité de rêverie » de la mère comme « un état d'esprit capable d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises ». (26)

Il est donc important de retenir que cette fonction symbolique est initialement assurée par l'objet maternel ; c'est dire que si la mère, ou la fonction maternelle, se trouve entravée, perturbée, pour différentes raisons, lors du développement du nourrisson, alors cela va avoir des répercussions sur l'organisation psychique de celui-ci.

Ainsi, la maladie psychiatrique périnatale va venir entraver la mère dans sa capacité de rêverie et dans sa fonction alpha. Le psychomotricien peut donc prendre le rôle de tiers dans la relation mère-bébé. Et ainsi, lors de ces observations, le psychomotricien reçoit les affects du bébé, et grâce à sa **fonction alpha de soignant**, il transforme, détoxifie, les affects et les pensées de celui-ci pour les rendre accessibles à sa psyché.

Lors d'une rencontre médiatisée, entre un enfant en besoin de lien et sa mère en difficulté pour y répondre, le psychomotricien va mettre en place, lors des premières rencontres, un espace psychique partagé (32). Cet espace est spécifique à chaque dyade et à chaque psychomotricien car il dépend de la psyché de chacune des personnes présentes dans le lieu de la rencontre: le bébé, la mère et le psychomotricien.

La salle de psychomotricité représente donc un espace-temps dans lequel les émotions et sensations de la dyade peuvent se décharger. Et, grâce au cadre psychique posé par le psychomotricien et sa capacité de rêverie, ces émotions-sensations brutes peuvent être transformées en pensées assimilables par la psyché de la mère et de son bébé. Le psychomotricien prend ce rôle auprès du bébé car la mère n'est pas en capacité de le faire pour lui.

b) La position du psychomotricien auprès du bébé lors de l'observation

Le psychomotricien est dans l'observation lors des séances, il propose une **écoute attentive, réceptive et bienveillante**. Il prend le temps d'observer la dyade afin de mieux comprendre les problématiques de liens et de synchronisation présentes dans celle-ci. Cela lui permet d'aider la mère à mieux comprendre les rythmes et les besoins de son bébé et de s'y ajuster du mieux possible.

Dans un premier entretien, la mère raconte son histoire et celle de son bébé ; de sa grossesse à la naissance de son enfant et à leur premières interactions. Ce n'est pas un entretien structuré, la mère est libre de livrer son histoire comme elle le souhaite. Lors de cette première séance, une observation particulière est portée au lien qui est perceptible entre la mère et son bébé. Le psychomotricien est également attentif aux réactions et manifestations corporelles du bébé à la nouveauté et à sa façon de rentrer en relation avec les personnes autour de lui.

Dans un deuxième temps, le psychomotricien devient actif auprès de l'enfant, en lui proposant un matériel et des stimulations adaptés à son âge. Tout en jouant avec lui, il verbalise ce qu'il se passe à la mère, pour que celle-ci investisse ce temps de jeu et en fasse un espace de jeu partagé et de plaisir pour elle et son bébé.

B) Décoder les signaux de bébé

1) Comprendre le langage de bébé

Le bébé n'est pas encore doué de langage, il utilise son corps, sa voix, son visage (mimiques, grimaces), etc., pour communiquer avec son entourage.

C'est dans l'observation du bébé que l'on peut apprendre à décoder ce qu'il essaye de nous dire. Les manifestations diverses venant du bébé font l'objet d'une recherche d'interprétation et de nomination par son entourage.

Le bébé ne fait pas le lien entre ses sensations et ses besoins, il ne peut pas comprendre qu'il doit manger quand il a faim, il ressent juste une sensation désagréable et se met à crier ; c'est alors à la mère de le comprendre. En effet la mère reconnaît la détresse de son bébé et, par son identification narcissique à son enfant, elle « comprend » ce qu'il veut. Elle entend ses cris non seulement comme un signal de détresse mais comme une demande de nourriture. Et, quand elle prend le bébé contre son sein, elle découvre qu'elle avait « raison ». Il tète pour apaiser sa faim et s'endort. Lui ne sait pas qu'en criant, il va apporter la solution à ses sensations désagréables. Mais sa mère, elle sait qu'il crie parce qu'il a faim.

Grâce à cette « **préoccupation maternelle primaire** » (48) décrite par D. W. Winnicott, la mère est capable de s'adapter au plus près aux besoins exprimés par son bébé. La mère développe donc une hypersensibilité qui lui permet d'utiliser toutes les ressources de son empathie pour s'ajuster aux besoins de son enfant, tant physiques que psychiques. La focalisation de la vie psychique de la mère autour des besoins de son bébé s'accompagne d'un désinvestissement de tout autre centre d'intérêt.

Cependant, certaines femmes ne peuvent pas renoncer à des investissements trop présents psychiquement (traumatismes, deuils, constructions fantasmatiques envahissantes) et ne pourront donc pas exercer cette fonction maternelle. Dans ces cas là, des difficultés peuvent apparaître dans la mise en place des premiers liens entre la mère et son nouveau-né.

2) Le rôle du psychomotricien dans le décodage du langage de bébé

Lorsque le bébé envoie un message, la mère le réceptionne, le décode et y répond de la manière la plus adaptée possible. Cet ajustement dans la réponse donnée au tout-petit dépend de ce que M. Ainsworth nomme « **la sensibilité maternelle** » : aptitude du parent à reconnaître et détecter les besoins de l'enfant et à lui offrir le réconfort émotif dont il a besoin. (31)

Le bébé n'a pas conscience des expressions mimiques sur son visage, c'est grâce à l'observation du visage de sa mère, qui imite ses mimiques en exagérant son expression pour la rendre plus visible, que le bébé peut en prendre conscience. C'est donc en nommant et en imitant les mimiques de son bébé que la mère permet à celui-ci de **mettre un sens affectif sur ses mimiques**.

Cependant, cette situation d'imitation ne fonctionne que si la mère reconnaît, identifie les émotions de son bébé et est capable de les reproduire elle-même. C'est pourquoi, dans le cas d'une mère qui ne perçoit pas ou ne comprend pas les émotions et les signaux envoyés par son enfant, **l'étayage d'un professionnel tel que le psychomotricien** peut être recommandé.

Afin d'aider la mère à mieux comprendre son bébé, le psychomotricien va mettre des mots sur ce que celui-ci nous donne à voir (gestes, mimiques, vocalises, etc.). Le psychomotricien peut s'aider de **l'Échelle d'évaluation du comportement néonatal de Brazelton** « Neonatal Behavioral Assessment Scale » (NBAS).

En effet, cette échelle est très utilisée auprès des parents pour les aider dans cette observation de leur nouveau-né. La NBAS permet d'identifier précisément et de décrire les différences individuelles du comportement du nouveau-né, ses forces mais aussi ses vulnérabilités, pour que les parents puissent être plus attentifs aux besoins de leur nourrisson. Elle décrit ainsi les quatre dimensions de ce comportement : le système nerveux autonome, le système moteur, les états d'éveil, l'orientation-interaction. (43)

Le but est de voir le bébé comme une personne, avec sa propre personnalité et des besoins spécifiques. Pour le psychomotricien, cette échelle peut être un outil pour rentrer en relation avec les parents et leur nouveau-né. C'est aussi un outil de soin pour une intervention précoce dans une période (de 0 à 2 mois du nourrisson) durant laquelle le lien, les interactions, les rythmes entre les parents et leur enfant sont encore malléables et peuvent donc être rapidement pris en charge si des difficultés se font ressentir.

Dans le cas des mamans présentes en unité mère-enfant, leurs troubles les empêchent souvent de pouvoir observer leur bébé de manière optimale et donc de percevoir chez lui des compétences.

« Les parents aux prises avec un vécu personnel difficile utilisent des processus défensifs afin de se protéger de sentiments trop intenses liés à leur histoire de vie. Ce faisant, ils peuvent être plus restreints dans leur capacité à envisager différentes perspectives pouvant expliquer ce qui se passe pour leur enfant ou dans leur relation avec celui-ci. ». (36)

Les mères suivies en UME ne sont pas en capacité de traduire les besoins exprimés par leur bébé. Que ce soit à l'aide d'une échelle (NBAS, Bayley, etc.) ou simplement de son observation affûtée et habituée aux mouvements du bébé, le psychomotricien va pouvoir aider ces mères à comprendre et à décoder le langage non verbal de leur enfant. En **mettant des mots sur les mimiques, gestes et vocalises de son bébé**, il est en effet possible de permettre à une maman de mieux interpréter les demandes de ce dernier. Le but est donc de permettre à la mère de mettre en évidence des signes qu'elles va pouvoir décoder elle-même, afin de pouvoir répondre de façon adaptée aux attentes et aux besoins de son bébé.

C) S'ajuster à bébé dans ses réponses

1) Réponses cohérentes aux attentes du nourrisson

a) Problème de décodage

Dans le cas où la mère n'a pas repéré les signes envoyés par son bébé, il y a

donc un **problème de décodage**. Si elle n'est pas en mesure de comprendre les messages envoyés par son bébé, la **réponse** qu'elle va lui donner risque donc d'être **incohérente ou inadaptée** aux besoins de ce dernier. Elle peut par exemple mettre au lit son bébé alors qu'il est en face d'éveil calme ou le nourrir alors qu'il ne réclame pas et qu'il n'a pas faim.

Le petit Martin s'agite sur le tapis, il grimace. Il se frotte les yeux et commence à pleurer, puis s'arrête, se frotte de nouveau les yeux et se remet à pleurer. Son corps devient tendu, il tend les bras. Sa mère, Mme G. le prend dans les bras et le met au sein. Martin ne cherche pas à téter le sein, il tourne la tête de droite à gauche pleurant. Sa mère regarde l'infirmière et lui dit ne pas comprendre ce qu'il veut. L'infirmière lui dit que Martin lui semble avoir l'air fatigué : il montre des signes de fatigue, il se frotte les yeux. Mme G. retire Martin de son sein et va le mettre au lit.

Dans cette situation, la mère de Martin ne repère pas les signes de fatigue de son enfant. Grâce à l'étayage des soignants, elle va petit à petit apprendre à reconnaître les différents signes envoyés par son fils. C'est par essai-erreur et grâce au soutien de l'équipe soignante, dont fait partie le psychomotricien, que cette maman va apprendre à répondre de façon appropriée aux demandes de son enfant.

b) Problème d'accordage

Nous pouvons aussi être confrontés à la situation dans laquelle la mère comprend les besoins exprimés par son bébé mais n'a pas les ressources nécessaires pour y répondre. Cela peut être le cas d'une mère qui ne sait pas comment porter son enfant. Elle-même n'ayant pas été portée pendant sa petite enfance, elle est démunie pour offrir à son enfant un portage enveloppant et sécurisant. Un travail sur elle-même est donc nécessaire, avant d'essayer de lui apprendre à porter son enfant. Il peut être intéressant de travailler sur son enveloppe corporelle, qui peut lui faire défaut, et l'aider à se sentir portée pour qu'elle puisse à son tour porter son bébé.

Mme T. a eu une enfance compliquée, avec une mère dépressive. Elle a beaucoup de mal à porter Estelle, sa fille de 5 mois. Son portage est lâche et hypotonique. Sa fille glisse souvent dans ses bras et Mme T est obligée à plusieurs reprises de mobiliser Estelle pour la repositionner alors que celle-ci n'a pas bougé. Elle tient sa fille de dos, contre son ventre, les deux bras repliés sur le ventre de celle-ci. Il n'y a pas de soutien sous le bassin. La psychomotricienne propose alors à Mme T de faire une sorte de portage « en poupées russes ». Elle va entourer Mme T de ses bras et celle-ci va prendre sa fille dans ses bras, en la maintenant avec une main sous le bassin. Mme T. est donc à son tour portée par la psychomotricienne et peut ressentir la sensation d'être entourée, portée corporellement. Sensation de sécurité et d'enveloppement, qu'elle va pouvoir apporter à son tour à sa fille.

Par exemple, lorsque la mère parle à son bébé, il est important qu'elle puisse mettre en place des espaces sonores pour inciter le bébé à vocaliser à son tour. Elle encadre ses vocalisations par des temps de pause suffisamment longs pour lui permettre de vocaliser et suffisamment courts pour qu'il se sente concerné et écouté.

2) S'ajuster aux rythmes de bébé : se synchroniser

Une fois le problème de décodage et d'accordage identifié, et si la mère est aidée par une équipe soignante adaptée et est suffisamment bien à l'écoute de son enfant, elle sera en capacité de déceler le rythme de son bébé et de s'y accorder. Elle aura les capacités d'être attentive aux compétences interactives de son bébé ; de répondre aux comportements de son bébé avec sensibilité, de façon à stimuler la fréquence des échanges interactifs avec celui-ci et d'interagir de manière affectueuse avec son bébé. La synchronisation entre la mère et son bébé sera alors possible.

L'essentiel est que la mère comprenne que chaque bébé est unique et qu'il a son propre rythme. Il n'est donc pas utile de comparer le développement psychomoteur de son enfant à celui d'un autre. Certains bébés sont plus « moteurs » c'est-à-dire qu'ils investissent leur corps plus au niveau de la locomotion. D'autres

sont plus « cognitifs » et se développent plus sur le plan cognitif ; ils se déplacent moins mais ont tendance à beaucoup plus expérimenter les objets qui les entourent. Par exemple, ils cherchent comment emboîter les objets les uns avec les autres, tandis que les enfants plus « moteurs » ne font que les lancer ou marcher dessus. En ce qui concerne les sensations, certains enfants recherchent plus de sensorialité que d'autres, avec des sens privilégiés différents d'un enfant à un autre.

Il est donc nécessaire que la mère prête attention à l'individualité de son bébé en ce qui concerne ses préférences (type et durée de contact physique par exemple), son tempérament et ses réactions face aux différentes situations du quotidien (pendant les repas, les jeux, les moments de stress, de changements, etc.)

CONCLUSION

A travers cet écrit, j'ai tenté de montrer **quel étayage la psychomotricité peut apporter à une dyade mère-bébé perturbée par une maladie psychiatrique périnatale.**

La synchronisation entre la mère et son bébé est essentielle au bon développement psychomoteur du bébé. Cette synchronisation dans la relation de cette dyade peut être perturbée par la maladie psychiatrique périnatale maternelle. Cette maladie entraîne chez la mère des modifications de ses rythmes et de l'écoute de ceux-ci qui peuvent avoir des conséquences sur les rythmes qu'elle va proposer à son bébé.

En effet, cette maladie va entraver la mère dans ses compétences de figure parentale « suffisamment bonne ». Sa *sensibilité maternelle*, et sa *préoccupation maternelle primaire* vont être de moins bonne qualité envers son bébé. Sa difficulté à être à l'écoute des rythmes de son enfant l'empêche de se synchroniser avec celui-ci.

Ce que je peux retenir de mon stage, c'est que chaque situation est différente, chaque dyade est unique, que chaque bébé possède un rythme de développement qui lui est propre. Et c'est grâce à ses capacités d'adaptation et de relation à l'autre que le psychomotricien est en mesure de proposer un étayage individuel à chaque dyade en difficulté, quelle que soit la problématique rencontrée : problématique de lien, de rythmes, d'accordage, de décodage, etc. Son but est en effet de favoriser l'établissement d'une synchronisation entre la mère et son bébé, pour éviter les risques de complications du développement psychomoteur chez ce dernier.

Au moyen de son observation affinée et de sa connaissance dans le développement psychomoteur du jeune enfant, le psychomotricien va être en mesure d'étayer la mère dans l'observation des compétences de son nourrisson, ainsi que dans la construction de son lien d'attachement avec celui-ci.

Comme le dit C. Potel, « ce sens de l'observation, ce regard sur les signes du corps, s'acquièrent avec l'expérience bien sûr, et font partie des outils du psychomotricien acquis au cours de sa formation. Son action thérapeutique, rappelons-le, se situe non seulement dans les interactions motrices mais également dans l'observation et l'écoute du corps en relation. ».

Pour conclure, j'ai trouvé intéressant de voir apparaître un groupe de parole dédié aux pères, au sein de l'unité. En effet, ceux ci, souvent mis de côté, peuvent se révéler comme un soutien essentiel à la dyade mère-bébé. Ils sont capables d'assurer le rôle de la figure « maternelle » qui devient alors une figure d'attachement « paternel » indispensable au bon développement du bébé quand la mère n'est plus capable d'assurer ce rôle pour une période plus ou moins longue. Evidemment cela n'est possible que lorsque ces pères ne sont ni absents ou ni eux-même perturbés par un trouble psychiatrique les empêchant de remplir cette fonction.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) **ALVAREZ, L. et GOLSE, B.**, *Les compétences du bébé, La psychiatrie du bébé, Paris: Presses Universitaires de France, 2013, p 19-34.*
- (2) **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et Al.** , *Mini DSM V: critères diagnostiques, 3ème édition, Elsevier Masson, 2016, 408 p.*
- (3) **BAYLE, B.**, *Psychiatrie et psychopathologie périnatales en 51 notions, Paris, 2017, 480 p.*
- (4) **BOILY, M., ST-ONGE, M., TOUTANT, M. T.**, *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale, Regard sur la parentalité, Éditions du CHU Sainte-Justine, 2006, 256 p.*
- (5) **BOUCHE-FLORIN, L., AYOSSO, J., RIAND, R. & MORO, M.** *Dormir ici et ailleurs. Approche transculturelle du sommeil du nourrisson et de ses troubles, Spirale, 2005, n°34 (2), p. 151-164.*
- (6) **BRAZELTON, T. B.**, *Échelle de Brazelton. Evaluation du comportement néonatal, 3ème édition, Médecine & Hygiène, 2001, 185 p.*
- (7) **BRONSTEIN, C.** *Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. Revue française de psychanalyse, 2012, vol. 76 (3), p 769-778.*
- (8) **BULLINGER, A.**, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Un parcours de recherche, Éres, 2007, 272 p.*
- (9) **CICCONE, A.** *Partage d'expériences et rythmicité dans le travail de subjectivation, Le Carnet PSY, 2006, n°109 (5), p. 29-34.*
- (10) **CICCONE, A. et MELLIER, D. et al**, *Le bébé et le temps, Dunod, Paris, 2007, 192 p.*
- (11) **DE LEERSNYDER, H.**, *Rythmes fondamentaux du bébé, Spirale, 2007, n°44 (4), p 33-38.*

- (12) **DELION, P.**, *Entre le bébé et ses parents, les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques*, Site internet : <http://www.yapaka.be/professionnels/film/entre-le-bebe-et-ses-parents-les-interactions-comportementales-affectives-et-fan>, 2007.
- (13) **DENIS, P.**, *Continuité des soins, continuité psychique, 1001 BB, Éres*, 2010, 392 p.
- (14) **FAVRE-BONTE, J.**, *Haute Autorité de Santé (HAS), Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours*, fiche mémo, juin 2014, 28 p.
- (15) **GANDILLOT, S., WENDLAND, J., WOLFF, M. & MOISSELIN, P.**, *Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé*, *Devenir*, 2012, vol. 24 (2), p. 141-169.
- (16) **GOLSE, B.** : président ; **RASSE, M.** : directrice. Site internet : *Association Pikler Loczy*, www.pikler.fr.
- (17) **GRATIER, M.** *Harmonies entre mère et bébé: Accordage et contretemps*, *Enfances & Psy*, 2001, n°13 (1), p 9-15.
- (18) **GUÉDENEY, N.**, *l'attachement, un lien vital*, ÉDITION Fabert, 2010, N°48, 65 p.
- (19) **GUÉDENEY, A., CHARRON, J., DELOUR, M. & FERMANIAN, J.** *L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb)*, *La psychiatrie de l'enfant*, 2001, vol. 44 (2), p 211-231.
- (20) **HOUZEL, D.**, *L'observation du bébé en intervention précoce*, *Contraste*, 34-35 (1), 2011, p 237-253.
- (21) **LEVY, L.**, site internet : <https://www.topsante.com/medecine/psycho/troubles-bipolaires/un-lien-entre-cycle-du-sommeil-et-troubles-bipolaires-611690>
- (22) **MARCELLI, D.**, *Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé*. *Spirale*, 2007, n°44 (4), p.123-129.

- (23) **MARON, M.**, *Journée Annuelle du Conseil Lillois de Santé Mentale*, 9 Décembre 2014, PDF : http://www.epsm-al.fr/files/2-clsm-2014-presentation-michel-maron_0.pdf
- (24) **MATOS, I., TERENO, S., WENDLAND, J., GUÉDENEY, N. et Al.** *Sensibilité maternelle et sécurité de l'attachement de l'enfant au sein d'une population à haut risque psychosocial, Devenir*, 2014, vol. 26 (1), p. 5-20.
- (25) **MAZET, P., et FEO, A.**, Dossier, *Interactions précoces et recherche*, <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/recherche/PLR/PLR09/MazetFeo.pdf>
- (26) **MELLIER, D.**, *La fonction à contenir: Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel, La psychiatrie de l'enfant*, 2005, vol. 48 (2), p 425-499.
- (27) **MOLÉNAT, F.**, *Logique des émotions et sentiment continu d'exister, Spirale*, 2001, n°18 (2), p 69-76.
- (28) **MONTAGNER, H.**, *Les rythmes majeurs de l'enfant. Informations sociales*, 2009, n°153, p.14-20.
- (29) **MORIER, H.**, *Dictionnaire de poétique et de rhétorique*, Paris, 1989.
- (30) **NEZELOF, S. et MATHIOLY, L.**, *L'hospitalisation conjointe mère-bébé: Un outil dans le dispositif de soins pour des mères souffrant de troubles psychiques. Enfances & Psy*, 2007, n°37 (4), p 81-89.
- (31) **PALLANCA, D.**, Thèse : *Les caractéristiques des mères d'accueil et leur niveau de sensibilité maternelle dans le développement d'une nouvelle relation d'attachement chez les enfants placés*, 2008, 148 p.
- (32) **PAVELKA, M. et Al.**, *La fonction psychique du soignant lors du soin du lien parents-enfant*, 2014, 35 p.
- (33) **POTEL, C.**, *Psychomotricité : entre théorie et pratique. Psycho*, 2010, 250 p.
- (34) **PROVASI, J.**, « *Comment le rythme vient aux bébés ?* », *Spirale*, 2015, n°76 (4), p 50-53.

- (35) **REUILLARD P.**, *La préoccupation paternelle... primaire du père suffisamment bon*, *Le journal des psychologues*, Martin média, 2010, n°263 (10), p 51-54.
- (36) **ROSSIGNOL, A.**, et Al., *L'approche Watch, Wait, and Wonder et l'évolution de la fonction réflexive parentale de mères à risque*, *Devenir, Médecine et hygiène*, 2013, vol. 25 (4), p 257-283.
- (37) **SALVATORE, P., INDIC, P., MURRAY, G. ET BALDESSARINI, R.J.**, *Rythmes biologiques et troubles de l'humeur*, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2014, n°14 (4), p 369-379.
- (38) **SAMI ALI, M.**, *Le Corps, l'Espace et le Temps*, *DUNOD, Paris*, 1998, p.75.
- (39) **Site internet** : Bébé sérénité, <https://www.pinterest.fr/pin/308285536974183931/>
- (40) **STORK, H.** *De la psychopathologie à la psychologie transculturelle du jeune enfant*, Paris: Païdos/Bayard, 1986, p. 17-45.
- (41) **STORK, H.**, *Variations culturelles des techniques de maternage et de prévention précoce. Enfants d'ici, enfants d'ailleurs*, Toulouse, France: ERES, 1993, p. 53-56.
- (42) **SUTTER-DALLAY A.-L.** et **GUÉDENEY N.**, *Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites*, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 2010, 8 p.
- (43) **THIEBO, B.**, *l'Echelle d'évaluation néonatale de B. Brazelton*, <http://psychomot.soyezcreateur.info/L-ECHELLE-D-EVALUATION-NEONATALE-DE-T-B-BRAZELTON.html>, 2011.
- (44) **THOMAS, N.**, Faculté de Médecine Pierre et Marie CURIE, Cours de psychomotricité, *Chapitre 1 : les interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*.
- (45) **WATILLON, A.**, *L'observation du bébé*, Yakapa.be, 2010, 34 p.
- (46) **WENDLAND, J.**, *Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé: Résultats d'une intervention précoce*, *La psychiatrie de l'enfant*, 2004, vol. 47 (1), p 183-228.

- (47) **WINNICOTT, D. W.**, *La famille suffisamment bonne*, Payot, 2010, 173 p.
- (48) **WINNICOTT, D. W.**, « *La préoccupation maternelle primaire* », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969, 464 p.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	
SOMMAIRE.....	
INTRODUCTION.....	1
PARTIE I : LA NOTION DE RYTHMES DANS LA RELATION MÈRE-BÉBÉ.....	3
A) Le développement des rythmes du bébé.....	3
1) Rythmes biologiques.....	3
2) Rythme sommeil/veille et alimentaire.....	4
3) Rythme de développement.....	5
4) Rythme socio-culturel.....	8
B) La relation mère-bébé.....	9
1) Le lien d'attachement.....	9
2) Les interactions entre le bébé et sa figure d'attachement.....	11
a) Les trois grands types d'interactions selon S. Lebovici, P. Mazet et P. Visier.....	11
b) Les deux styles d'interactions dans le maternage selon H. Stork.....	13
3) Attachement et interaction : la sensibilité maternelle.....	14
4) Perturbation des interactions.....	14
C) La fonction de la mère dans cette construction du rythme.....	16
1) Le rythme comme base de sécurité.....	16
2) La mère, garante de la rythmicité des interactions.....	17
a) Interaction d'ajustement et de communication.....	17
b) Répétition et nouveauté, la surprise dans le rythme.....	17
3) La mère, garante du sommeil et du rythme physiologique de son bébé.....	18
4) La mère dans le rôle de « synchroniseur ».....	20
D) La synchronisation sensori-motrice.....	20

PARTIE II : UNE SYNCHRONISATION PERTURBÉE PAR LA MALADIE PSYCHIATRIQUE PÉRINATALE MATERNELLE.....	22
A) Les maladies psychiatriques périnatales.....	22
1) La psychiatrie périnatale.....	22
2) Quelques exemples de pathologies périnatales.....	22
a) Le blues du post-partum.....	22
b) La dépression post-partum.....	23
c) Les psychoses puerpérales.....	25
d) Le trouble bipolaire.....	26
B) Particularité des rythmes chez une personne bipolaire.....	27
1) Alternance phase dépressive et phase de manie.....	27
2) L'importance des rythmes chez une personne bipolaire.....	28
C) Répercussions sur les rythmes du bébé	29
1) Rythmes perturbés chez le bébé.....	30
a) Rythme accéléré.....	30
b) Rythme ralenti.....	31
c) Absence de rythme.....	32
2) Dans le cas d'un épisode dépressif chez une mère bipolaire	33
 PARTIE III : ETUDE DE CAS : MME B. ET LUCAS.....	 35
A) Une dyade en difficulté : Mme B. et Lucas.....	35
1) Présentation Mme B.....	36
2) Présentation de Lucas.....	36
3) Mme B. face à la situation.....	37
B) Et papa dans tout ça ?.....	39
C) Psychomotricité au sein du service.....	40
D) Projet de soin.....	41

E) Evolution de la situation de Mme B et Lucas	42
1) Décembre 2017.....	42
2) Mars 2018.....	42
a) Mme B.....	42
b) Lucas.....	43
F) Conclusion	44

PARTIE IV : LA PSYCHOMOTRICITÉ EN SOUTIEN À LA SYNCHRONISATION DANS LA RELATION MÈRE-BÉBÉ.....45

A) Observation du bébé	45
1) Les différentes méthodes d'observation.....	45
2) Comment observer son bébé : Quand, où et quoi observer ?.....	46
a) Les phases d'éveil du bébé (Quand ?).....	46
b) Aménagement d'un lieu de partage (Où ?).....	48
c) Les compétences du bébé (Quoi ?).....	49
3) Rôle du psychomotricien dans l'observation du bébé.....	50
a) La fonction alpha de la mère et du psychomotricien.....	50
b) La position du psychomotricien auprès du bébé lors de l'observation.....	52
B) Décoder les signaux du bébé	53
1) Comprendre le langage de bébé.....	53
2) Le rôle du psychomotricien dans le décodage du langage de bébé.....	54
C) S'ajuster à bébé dans ses réponses	56
1) Réponses cohérentes aux attentes du nourrisson.....	56
a) Problème de décodage.....	56
b) Problème d'accordage.....	56
2) S'ajuster aux rythmes de bébé : se synchroniser.....	57

CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
TABLE DES MATIÈRES.....	66
ANNEXE.....	70

ANNEXE

Annexe 1 : Échelle de développement de Bayley pour un enfant de 6 mois.



Date de passation : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Terme : _____
 Age réel : _____
 Age corrigé : _____

De 49 à 73		De 28 à 48	
6 mois	Items de l'échelle cognitive	6 mois	Items de l'échelle motrice
53	Essai d'attraper le second cube alors qu'il a le premier cube dans la main	38	Retournement du dos sur le ventre
57	Ramasse le cube avec habileté (coordinations oculo-manuelle)	39	Attrape un ou ses pieds avec ses mains
58	Tient deux cubes simultanément dans ses mains pendant 3 secondes	42	Cherche à s'asseoir
65	Tient deux cubes dans ses mains pendant 3 secondes et s'intéresse au troisième	33	Tire assis (bébé utilise les pouces de l'examinateur pour se hisser)
55	Soulève la tasse retournée avec une ou deux mains pour découvrir le cube	45	Tire sur les pouces de l'examinateur pour se hisser debout
67	Soulève la tasse retournée avec une seule main pour découvrir le cube	28	Tient assis sans support pendant au moins 2 secondes
59	Manipule la cloche et y porte un intérêt prononcé	34	Tient assis seul pendant 30 secondes
66	Fait sonner la cloche volontairement	36	Tient assis seul sans support
49	Sourit à son image dans le miroir	35	Tient assis seul en jouant avec des objets
50	Joue avec son image dans le miroir, embrasse, attrape	29	Preise palmaire d'un objet (main entière)
51	Porte attention aux billes	31	Utilisation du pouce en opposition pour attraper le cube
52	Tape sur la table avec un objet dans la main	37	Utilise la pulpe des doigts pour attraper le cube
56	Porte attention à la cuillère qui tombe sur le miroir	32	Essai d'attraper les billes en sucré
60	Porte attention aux gribouillages de l'adulte et gribouille	41	Utilise toute sa main pour attraper les billes en sucré (prise palmaire)
62	Tire sur la ficelle pour attraper l'anneau	48	Amène deux objets, pris chacun dans une main vers l'axe
63	Imitation des vocalises produites par la FA	47	Se met seul en position assise en repoussant le sol ou en s'aidant d'un support
64	Participation à un jeu	43	Se déplace vers l'avant, en utilisant ses mains, ses genoux, sur le ventre (rampe)
70	Écoute et répond différemment aux mots familiers	40	Effectue un mouvement de marche
69	Regarde les images du livre	44	Supporte son poids momentanément
73	Tourne les pages du livre	46	Avance un pied en avant
72	Regarde dans la boîte vide pour chercher les perles	30	Cherche à atteindre l'objet de façon unilatérale en alternant D et G
54	Passé un objet d'une main à l'autre		
61	Vocalise trois voyelles différentes (ah, uh, oh, euh)		
68	Utilise une gestuelle pour se faire comprendre		
71	Répète combinaison de voyelles et consonnes (da, ba, ha, ga, la)		

Echelles	Raw score	Index	Intervalle de confiance	Classification
Cognitive				
Motrice				

Observations cliniques :

Etat prédominant	Attention / Eveil	Orientation / Engagement	Régulation émotionnelle	Organisation motrice	Autres observations