”Ici c’est différent” ; une approche psychomotrice de la relation mère-enfant dans les parcours migratoires.

Johanna Marchal

▶ **To cite this version:**

Johanna Marchal. ”Ici c’est différent” ; une approche psychomotrice de la relation mère-enfant dans les parcours migratoires.. Psychologie. 2018. dumas-01838702

HAL Id: dumas-01838702

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838702

Submitted on 13 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

"Ici c'est différent" ; *une approche psychomotrice de la relation mère-enfant dans les parcours migratoires.*

Johanna MARCHAL
Née le 2 avril 1995 à Perpignan

Juin 2018

Sous la direction De Audrey VANDROMME

Avant propos

“Je suis née ce matin
Je m’appelle Mercy
Au milieu de la mer
Entre deux pays, Mercy

C’était un long chemin et Maman l’a pris
Elle m’avait dans la peau, huit mois et demi

On a quitté la maison, c’était la guerre
Sûr qu’elle avait raison, y’avait rien à perdre. Oh non, excepté la vie

Je suis née ce matin, je m’appelle Mercy
On m’a tendu la main, et je suis en vie
Je suis tous ces enfants que la mer a pris
Je vivrai cent mille ans

Si il est urgent de naître,
Comprenez aussi
Qu'il est urgent de renaître,
Quand tout est détruit
Mercy

Et là devant nos yeux y’avait l’ennemi
Une immensité bleue peut-être infinie
Mais oui, on en connaissait le prix

Surgissant d’une vague, un navire ami
A redonné sa chance à notre survie
C’est là, que j’ai poussé mon premier cri

Derrière les sémaphores, serait-ce le bon port ? Que sera demain ?
Face à face ou main dans la main
Que sera demain ?

Je suis née ce matin
Je m’appelle Mercy”

Paroles de Mercy, par Madame Monsieur

Remerciements

Je voudrais tout d'abord adresser un grand merci à Audrey Vandromme ma directrice de mémoire pour ses conseils et sa bienveillance. Merci de m'avoir accompagné dans cette grande quête qu'est la rédaction de cet écrit et surtout d'y avoir adhéré dès le début.

J'associe à mon parcours mes maîtres de stage qui ont su mobiliser leur énergie pour me faire découvrir leur passion pour ce métier ; Noémie Berteau pour m'avoir fait découvrir son travail auprès des tous petits et son intérêt pour le soin transculturel. Merci également à François Lacombe pour son écoute, ses conseils qui m'ont fait beaucoup progresser durant cette dernière année de formation autant personnellement que professionnellement.

A tous mes professeurs pour leurs enseignements de qualité, à tous les professionnels rencontrés sur mes terrains de stage, pour leur accueil et le partage de leurs expériences. Aux patients que j'ai pu rencontrer pour tout ce qu'ils m'ont fait partager.

A toutes les personnes qui m'ont accompagné dans l'écriture de mon mémoire, dans la relecture et dans mes questionnements.

Je n'oublie pas non plus mes amies avec qui j'ai effectué ma formation, ces trois années n'auraient pas été ce qu'elles ont été sans vous !

Merci à Félix pour son écoute et sa patience,

Merci à mes parents pour leurs soutiens.

SOMMAIRE

AVANT PROPOS 1

REMERCIEMENTS 2

INTRODUCTION 4

PARTIE 1 : LE CORPS AU SEIN DE LA RELATION MÈRE-ENFANT ; DES PREMIÈRES SENSATIONS CHAOTIQUES À LA CONSTRUCTION DU LIEN D'ATTACHEMENT 6

A. La séparation des corps, la rencontre de deux êtres 7
B. De l'intérieur vers l'extérieur, de la subjectivité à l'intersubjectivité 13
C. L'ajustement des corps dans la relation tonico-affective 19

PARTIE 2 : LA PARENTALITÉ EN EXIL 23

A. Les facteurs en jeu dans la parentalité en exil 24
B. Le contexte migratoire et ses ruptures 32
C. La rencontre de la culture 38

PARTIE 3 THÉORICO-CLINIQUE : LE RÔLE DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRÈS DE LA DYADE MÈRE-ENFANT ; UNE RENCONTRE DE L'ENTRE DEUX CORPS 43

A. Présentation du cadre de travail 44
B. La rencontre de la dyade 49
C. L'approche psychomotrice 53
D. Etudes de cas 61
E. Conclusion 73

CONCLUSION GÉNÉRALE 75

BIBLIOGRAPHIE 77

Introduction

Au cours de mon cursus universitaire je me suis investie dans une association portant un projet de solidarité internationale au Maroc. Il m'a permis d'être au contact d'enfants, de familles, dans un cadre culturel différent de ce que je connaissais. Cette expérience humaine et enrichissante m'a questionnée sur la place du corps dans les différentes cultures du monde, et ainsi envisager le rôle du psychomotricien dans un cadre éloigné de ses propres référentiels.

Mon projet pour ma troisième année d'étude a été de trouver un terrain de stage qui puisse traiter des enjeux de la transculturalité dans le soin en psychomotricité afin que je puisse en approfondir les problématiques. C'est auprès de dyades mère-enfant en exil que j'ai nourri ma réflexion, dans un atelier "accueil du nouveau né et parentalité". Le groupe de professionnels et de mères reconstitue ici le cercle des « co-mères » dans les sociétés traditionnelles : femmes de l'entourage proche qui s'occupent de la femme enceinte, de la jeune mère, du bébé, accompagnant la rencontre mère-enfant et transmettant les techniques de maternage.

Au fur et à mesure de mes rencontres avec les dyades, c'est d'autant plus l'aspect relationnel que culturel qui m'interpelle. Ces mères ont souvent traversé des traumatismes qui ont laissé des traces psychiques et corporelles en elles. Il semble alors que le lien est plus difficile à établir avec l'enfant quand la maman a elle-même un vécu psychocorporel douloureux.

Cela a ainsi approfondi mes interrogations et mes réflexions. La place qu'occupe le corps dans la migration et les traces psychiques qui en résultent peuvent-avoir de nombreuses conséquences. Mais alors quelle lecture peut apporter le psychomotricien au sein de cette dyade, au parcours souvent traumatique ? Comment entrer en relation avec ces dyades ? De quels outils le psychomotricien dispose pour faire avec eux ce travail sur la relation, sur la construction des liens d'attachement ?

Comment le psychomotricien soutient la construction du lien mère-enfant dans un contexte où les remaniements psycho-corporels viennent menacer l'équilibre de la relation ?

Pour répondre à ces questions, je vais développer une première partie qui expose la place du corps et son importance, dans les prémices de la relation mère-enfant. Dans une seconde partie je détaillerai les enjeux de la parentalité dans le parcours migratoire, avec les ruptures psychiques et corporelles que l'exil impose. Je ferai une description du cadre culturel qui illustre le rapport au corps et de sa prise en compte dans le soin en psychomotricité.

Enfin une dernière partie théorico-clinique viendra présenter la rencontre et l'approche psychomotrice de la dyade. J'y présenterai l'analyse psychomotrice de la relation mère enfant, le champ d'action, les axes de travail, tout cela étayé de vignettes cliniques de l'atelier au sein duquel j'ai été stagiaire. Enfin je terminerai pas la présentation de deux dyades qui viendra illustrer le travail de prévention et d'accompagnement thérapeutique réalisé au sein de l'atelier.

Partie 1 :

Le corps au sein de la relation mère-enfant ; des premières sensations chaotiques à la construction du lien d'attachement

A. La séparation des corps, la rencontre de deux êtres

1. La période maturative de la grossesse et son accompagnement

a) une période maturative

Pour les futurs parents, la grossesse signe une période maturative, qui engendre un réaménagement de leur statut. Souvent comparée à l'adolescence, cette période impose de quitter la place de l'enfant et de prendre celle de parent. Ce nouvel équilibre va s'étayer sur ce que les futurs parents voudront faire perdurer ou non de leurs parents à eux. Ainsi la parentalité peut se construire sur un ensemble d'identification. Le parcours traumatique migratoire, peut provoquer chez la mère des sentiments de sidérations, de deuil, parfois de renoncement à la vie. Les modalités d'accueil en France pourront la soumettre à une passivité, une attente interminable qui pourra la conforter dans une incertitude identitaire. Cela fait de la grossesse une période de forte vulnérabilité dépressogène.

La grossesse apporte aussi son lot de modifications corporelles. Induites par des variations physiologiques, hormonales, elles entraînent une réédition identitaire. On observe alors un corps réel (celui de la mère et du futur enfant) et un corps vécu qui fait appel aux représentations de la mère, notamment à son image du corps. C'est la première représentation inconsciente de soi, nourrie par les émotions, sensations, perceptions. Sa construction et son évolution ont lieu tout au long de la vie ; ainsi la mère en devenir a neuf mois pour intégrer son corps et cette nouvelle image.

b) la transparence psychique

Au cours de cette période de maturation, des mouvements psychiques se mettent en place. Bydlowski a décrit la *transparence psychique* dans laquelle se trouve la mère durant la grossesse. En effet on observe une réactivation du passé ; des fantasmes, des affects douloureux, des évènements complètement inconscients

et refoulés. Cela met en évidence une barrière plus poreuse entre le conscient et l'inconscient ; la capacité de refoulement n'assure plus sa fonction protectrice. Ce phénomène est normal, physiologique mais rend toutefois la femme plus vulnérable à des troubles psychologiques. Cette transparence de l'esprit va permettre à la mère de s'ouvrir à ses propres émotions pour accueillir les émotions de son enfant, et que les interactions se fassent dans les meilleures conditions.

M.R Moro a en parallèle évoqué l'existence de la *transparence culturelle* qui permet à la future maman de faire émerger les éléments de sa culture et de s'en saisir pour résoudre des conflits enfouis. Ces identifications culturelles peuvent avoir été refoulées par des traumatismes ayant eu lieu avant la migration, pendant, ou une fois arrivée en terre d'accueil.

Le contexte dans lequel s'inscrit la grossesse lors du parcours migratoire peut engendrer un risque élevé de dépression pendant la grossesse ou en post-partum ; torture, viol, décès du conjoint ou des enfants. A cela vient s'ajouter un isolement social, des préoccupations financières, des discriminations, des difficultés à communiquer. Ces évènements s'ils ont pu être le fruit d'un refoulement, pourront venir se soumettre à nouveau à la conscience de la mère.

Des statistiques ont ainsi montré qu'une femme enceinte ou en post partum à un risque plus élevé de développer des troubles psychiatriques. En effet deux mois après l'accouchement 38% des femmes immigrantes sont dépressives contre 12% chez les femmes enceintes non immigrantes (P. Zelkowitz). Plusieurs facteurs entrent en jeu ; le soutien social, la satisfaction des relations matrimoniales, les événements stressants, les expériences traumatisantes avant la migration.

La dépression du post partum peut alors s'exprimer de façons différentes, "dans de nombreuses cultures non occidentales la dépression s'exprime par des symptômes somatiques, d'où l'importance d'évaluer les symptômes physiques et l'état fonctionnel" (P. Zelkovitz). L'addition des difficultés rencontrées dans l'exil et les moments douloureux glissent vers le corps.

c) l'accompagnement de la grossesse

Chaque culture voit différentes manières de faire durant la grossesse (ne pas manger tel aliment, être à l'écoute de ses rêves qui peuvent être des demandes du bébé..). Ces considérations culturelles ont vraiment leur importance, d'autant plus que le contexte de la grossesse en exil peut avoir des conséquences sur le psychisme de la future mère. Les traumatismes endurés, les éléments de précarités, la rupture avec le groupe resté au pays et la non-prise en compte des pratiques culturelles peuvent empêcher les différents mouvements psychiques propres à la grossesse. Si la patiente parle peu ou pas français, la présence d'un interprète facilitera le passage par la langue maternelle, celle de l'enfance et du pulsionnel. La présence d'anthropologues paraît également nécessaire afin de renseigner le corps médical sur des concepts culturels, des coutumes propres à la grossesse.

Face à des mamans en difficulté pour penser leur enfant, l'investir, l'accueillir, la prévention précoce est à mettre en place dès la grossesse afin de favoriser par tous les moyens la qualité de la rencontre entre la mère et son enfant. Dans les sociétés traditionnelles, c'est le groupe de femmes qui constitue le cercle familial qui se fait garant de l'étayage identificatoire culturel et qui favorise la rencontre via les méthodes de maternage.

2. La naissance ; le début d'une dualité relationnelle

a) La préoccupation maternelle primaire

D. Winnicott. a décrit la préoccupation maternelle primaire, comme l'état d'extrême sensibilité dans lequel se trouve la mère durant la grossesse. Il l'a décrit comme un état psychiatrique, assimilé à une maladie, "*Cet état particulier, s'il n'y avait la présence de l'enfant, pourrait passer pour une authentique pathologie mentale*" (M.Bydlowski, 2001).

Cet état psychique prend de l'importance au fil des mois, pour être à son point culminant lors de la mise au monde de l'enfant et cela durera pendant quelques

semaines après l'accouchement. Cet état permet à la mère un ajustement le plus juste possible aux besoins de son enfant.

La capacité de rêverie maternelle décrite par Bion vient transformer les vécus corporels bruts et les émotions de l'enfant (éléments bêta) en éléments pensables et assimilables (éléments alpha) par le bébé. Ce bouquet de sensations va alors pouvoir être assimilable par le psychisme. Les différents états toniques en lien avec les besoins de l'enfant comme l'hypertonie d'appel ou l'hypotonie d'apaisement, pourront prendre sens pour l'enfant via la mise en mots de la mère. C'est ici une première élaboration de représentations.

Hélène Storck a décrit différents stades d'apprentissage maternel durant la vie de la femme. Lorsque la mère n'était encore qu'un bébé, celle-ci a assimilé les gestes et les postures adressés par sa mère, c'est l'apprentissage "kinesthésique primaire". Ensuite elle a eu l'occasion d'apprendre en observant, au sein de sa famille en s'occupant elle-même de plus petits. Enfin la période de l'accouchement marque une période forte en conseils extérieurs ; en Occident des professionnels, et des femmes du cercle familial dans les sociétés traditionnelles. Ces conseils se rapportent alors à des objets culturels sur la façon de porter, laver, nourrir l'enfant.

b) La séparation des corps

La naissance marque la première séparation qui est irréversible et vitale. La mère rencontre l'enfant réel, celui avec qui elle a partagé son corps et son psychisme durant la grossesse. La mère passe d'un sentiment de plénitude à un corps vide qui peut être source d'angoisse, de non maîtrise de cette séparation pour certaines d'entre elles.

La néoténie se définit comme le fait qu'une espèce au moment de sa naissance présente des caractères d'immaturité par rapport à d'autres espèces. Le bébé est un être considéré comme néotène par rapport aux autres primates qui ont beaucoup plus de compétences motrices et de communication. L'immaturité du bébé engendre une dépendance à son environnement et à l'entourage humain. La relation

dans le corps-à-corps est alors indispensable pour le développement de l'enfant, et l'établissement la relation mère- enfant.

Avant la naissance, le suivi médical français peut être vécu comme intrusif (examens médicaux pendant la grossesse, préparation à l'accouchement). Cela peut être vécu comme violent et impudique, d'un point de vue culturel, religieux. "*Il y a mille et une façon d'accoucher, en exil ce sera sans les siens, en public, dans un geste technique*" (C. Mestre, 2016). La période du post partum est difficile à vivre pour les mamans migrantes où dans leurs sociétés elles sont soutenues par le groupe qui l'initie à son nouveau statut de mère.

c) *les prémices de la relation par la sensorialité*

L'entrée en relation avec le bébé se met place dès la grossesse, la mère parle à son enfant, l'imagine, peut communiquer avec lui par divers moyens comme l'haptonomie. A la naissance ces interactions vont s'amorcer grâce à la préoccupation maternelle primaire. La dépendance de l'enfant vient être supplée par les soins maternels qui soutiennent un Moi encore désorganisé. Malgré cela, l'enfant est compétent et son premier mode de relation pourra s'établir grâce à ses facultés sensorielles :

(1) Le Tact

C'est très tôt in-utéro que le bébé perçoit les sensations tactiles. A six mois de gestation, l'ensemble du corps est recouvert de récepteurs tactiles fonctionnels. Le fœtus est constamment bercé contre la chaude paroi utérine, le liquide amniotique formant autour de lui une enveloppe. Dès la naissance, le contact prend une notion de plaisir ou déplaisir. Il a une très grande sensibilité au toucher dû à l'immaturité des récepteurs tactiles. Le toucher, les caresses des parents, vont être le premier mode de communication.

On observe l'effet apaisant du maintien dans les bras d'un adulte où le bébé est d'abord dans un état unitaire, confondu. La manière de toucher le bébé, de le manipuler fait référence à la notion de handling développée par D. Winnicott. Cela

participe à la construction du Moi psychocorporel de l'enfant, notamment en lui permettant de sentir les limites de son corps.

(2) L'olfaction et le goût

Dès les premières semaines d'aménorrhées, le bébé a ses compétences du fait de l'alimentation maternelle qui donne une empreinte olfactive et gustative au liquide amniotique, ainsi qu'au lait maternel.

Le nouveau-né est capable de discriminer par une mimique de rejet ou de plaisir différentes saveurs. Le bébé reconnaît l'odeur de sa mère et du lait de sa mère.

(3) L'audition

Les fonctions auditives commencent à être fonctionnelles in-utéro et continueront leurs maturations jusqu'à l'âge de trois ans. Au contact de la paroie utérine, le bébé se nourrit de bruits endogènes (les battements cardiaques, les gargouillis) et exogènes (la voie de ses parents, de l'environnement).

Il reconnaît la voix de ses parents parmi d'autres à partir de cinq semaines de vie. Il distingue aussi la voix de la mère et celle du père. L'audition permet la mise en place de la fonction d'orientation qui va permettre à l'enfant d'être en interaction et d'initier les premiers liens d'attachement.

(4) La vision

La vision du bébé à la naissance est très floue, il n'a pas de possibilité d'accommodation car le système visuel est encore immature. La vision binoculaire se met en place durant les trois premiers mois, il suit du regard sur 180° dès deux mois mais ne perçoit pas encore les reliefs. La vision s'ajuste vers quatre mois et permet à l'enfant d'explorer son environnement proche et d'éveiller sa curiosité. Son acuité visuelle est cependant environ 60 fois plus faible que celle de l'adulte. Le regard entre l'enfant et ses parents va avoir son importance dans la manière dont il

est regardé par son parent dans le portage, le nourrissage. Cela participe à l'établissement de la relation et à la reconnaissance du parent comme tel.

B. De l'intérieur vers l'extérieur, de la subjectivité à l'intersubjectivité

1. Des interactions …

Les compétences sensorielles et sociales du nouveau-né prouvent aux parents les différentes capacités de leurs enfants et initient les interactions nécessaires pour l'installation d'une relation sécure entre eux.

a) Différents niveaux d'interactions

(1) Interactions comportementales

Au niveau corporel, Winnicott a défini les interactions qui ont lieu via le holding physique et psychique, manière dont la mère porte son bébé dans sa tête, dans ses bras, dont l'enfant est traité, mobilisé. J. De Ajuriaguerra parle de dialogue tonique comme l'ajustement corporel ayant lieu entre la mère et son enfant, qui met en interaction les deux tonus.

Les interactions visuelles ont une véritable valeur de communication, celles-ci s'établissent au sein, au biberon d'une manière particulière où le regard participe à l'élaboration de la première relation d'objet. Le fait que le bébé regarde sa mère participe à faire d'elle une mère. En revanche si la mère n'est pas totalement disponible, cet échange de regards ne se fait pas forcément et cela peut entraîner des difficultés dans les liens d'attachement. Il y a la mise en place d'une boucle, si un des deux partenaires ne va pas bien, l'autre non plus : la maman est en difficulté pour regarder son bébé, du coup le bébé regarde moins ou peu, sa maman a alors du mal à se sentir reconnue comme mère par son enfant.

Les premières interactions vocales vont être les cris et les pleurs qui sont les moyens initiaux de communication du nouveau-né. Le bain de langage de la mère va s'adapter à son enfant par une modification du vocabulaire employé ainsi que par la modulation du son de sa voix dans les aigus ; elle est alors dans un parler-bébé qui focalise l'attention du bébé et ainsi favorise l'interaction.

(2) Interactions affectives

Ici on observe les influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère en fonction de la qualité des échanges, de l'environnement. Le temps et les expériences réciproques font de cet enfant un sujet que la mère comprend, avec qui elle communique par ajustement réciproque, faisant référence à l'accordage affectif décrit par D. Stern. Ces interactions affectives se co-construisent, ce n'est pas quelque chose d'inné. Escalona a décrit la spirale transactionnelle qui se met en place entre la mère et son enfant, comme l'idée que ces interactions ne sont pas un cercle fermé mais une spirale, tournée vers l'idée d'évolution.

(3) Interactions fanstasmatiques

Ici on prend en compte l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé, dans leurs aspects imaginaires et fantasmatiques.

La mère durant la grossesse élabore l'enfant imaginaire qu'elle porte, supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler. C'est ici une conception de l'enfant imaginé pendant la période pré-oedipienne qui porte un caractère narcissique. L'enfant qui se développe dans le corps reste imaginaire, irreprésentable jusqu'à la naissance. Cet enfant est source de représentations psychiques, de rêves, de fantasmes.

La rencontre avec l'enfant réel peut parfois revêtir l'impression d'un deuil de cet enfant imaginaire. Les interactions fantasmatiques débutent alors bien avant la naissance.

b) *Le portage physique et psychique de la mère*

Comme défini plus haut, c'est au travers de la notion du holding que Winnicott développe l'importance pour l'enfant d'être contenu physiquement et psychiquement. Cela se constitue de l'ensemble des attitudes inconscientes de la "mère suffisamment bonne" qui offre au bébé une nidation extra-corporelle après la vie intra-utérine.

Le portage psychique vient procurer un enveloppement maternel qui soutient le développement narcissique, et créer une enveloppe de sécurité. On peut observer des défaillances du portage chez des mamans déprimées à la naissance ou avec une pathologie psychiatrique. Elles ne donnent pas de sens de communication aux signes corporels de l'enfant, et celui-ci inhibe son vécu affectif.

Le portage physique vient comme in utero, amener le bébé en flexion. A la naissance cela est favorisé par l'agrippement à la mère et la sensorialité. Ici la mère fait du lien entre les sensations in utero et ce que le nouveau-né ressent maintenant ; cela vient renforcer sa sécurité interne et psychique. Cette nidation au creux des bras maternels, libère de la pesanteur et amène une perception de l'axe corporel. L'enroulement apporte sécurité, globalité, et un sentiment d'unité corporelle ; on pose ici les bases du narcissisme primaire.

Une défaillance du portage peut s'observer chez des mamans qui sont en déficit de tonus, qui ont un rapport au corps compliqué, ou qui ne sont pas disponibles pour être dans le ressenti de ce portage.

Winnicott a également décrit des éléments de l'environnement qui permettent une bonne construction du Moi de l'enfant qui est encore désorganisée :

- *Le holding* : que nous venons de développer, manière dont l'enfant est porté, contenu, physiquement et psychiquement.
- *Le handling* : c'est la façon dont l'enfant va être pansé, mobilisé, soigné et qui participe à l'installation de la psyché dans le soma.
- *L'objet presenting* : façon dont les objets sont présentés à l'enfant, qui vont lui permettre d'élaborer ses premières relations. Il sera d'abord sur un mode de relation à l'objet partiel (le sein) qui est encore une partie de lui-même.

2. … à l'attachement

Les interactions par le regard, la parole, le contact physique ainsi que ce que la mère transmet à son enfant de son histoire détermine une qualité d'attachement entre les deux partenaires.

a) La relation corporelle et la vie affective

(1) La théorie de l'attachement de Bowlby

Le concept d'attachement a été décrit comme un lien affectif et social développé par une personne envers une autre. Bowlby est celui qui a le plus décrit ce phénomène comme un besoin primaire et inné, s'appuyant sur les apports scientifiques de l'éthologie.

Il l'a défini comme un besoin aussi élémentaire que l'alimentation. Cette dernière sert d'ailleurs de médiateur à la relation mère-enfant, lorsque la mère allaite ou donne le biberon (étayée par le contact, le portage visuel et le bain de langage). Ce comportement se fonde sur une base biologique, automatique, mais ne fonctionne que s'il y a des interactions.

Pour Bowlby, les comportements d'attachements du bébé ont pour fonction d'induire ou maintenir la proximité, le contact avec la mère. Ceci se fait via des sourires, des gazouillis, l'élévation des bras vers la mère, mais aussi des produits d'attachement innés comme le besoin de succion, d'étreinte, de chaleur.

Il met en évidence les fonctions de l'attachement : la protection qui est apportée par l'adulte à l'enfant encore vulnérable, et la socialisation, l'attachement se déplaçant sur plusieurs figures au cours de la vie, de la mère aux proches puis aux étrangers.

Ainsi pour illustrer cela on peut utiliser l'image du porte-avions : le bébé est l'avion et la maman (ou la figure d'attachement principale) constitue le porte-avions. C'est la base de sécurité sur lequel l'avion peut se replier en cas de tempêtes, de problèmes. Si le porte-avions ne va pas bien, comment alors l'avion peut-il se ressourcer, quelle réponse le porte-avions va-t-il pouvoir lui donner ?

(2) D’autres apports

La notion d’attachement comme besoin primaire est ensuite reprise par D. Anzieu comme une “pulsion d’attachement” coexistant avec la pulsion libidinale. Hélène Stork a décrit, les compétences corporelles et psychologiques de la mère dans l’ajustement à son enfant. Elle utilise sa culture pour porter, nourrir, contenir son enfant. L’état psychique de la nouvelle mère lui permet une remémoration de ses expériences archaïques de maternage, dans son apprentissage kinesthésique primaire.

Spitz a lui décrit le syndrome d’hospitalisme comme l’ensemble des troubles physiques et psychiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants dès les premiers mois de la vie. Il montre ainsi l’importance du lien à la mère qui est vital pour l’enfant.

b) Les différents types d’attachements

M. Ainsworth a théorisé le fait que la mère représente la base de sécurité de l’enfant et que cela est corrélé à la capacité exploratoire de celui-ci. Ses recherches lui ont fait mettre au point un dispositif pour mesurer l’attachement via la “strange situation” (la situation étrange). Ce dispositif propose une analyse de situations en fonction de séparations-retrouvailles entre l’enfant et sa figure d’attachement. Elle a ainsi identifié trois types d'attachement ainsi que trois types de comportement du “caregiver” (celui qui prodigue les soins de l’enfant, ici la figure maternelle) :

- *Sécure* : l’enfant est confiant, disponible et sensible aux signaux extérieurs. Si une situation effrayante se présente à lui il est en recherche de réassurance et de protection auprès de ses parents. Il utilise son caregiver comme base de sécurité pour l’exploration du monde. Il va protester en cas de départ du caregiver mais peut être rassuré par un étranger.

Ici le caregiver répond de façon appropriée, rapide aux besoins de l’enfant.

- *Insécure évitant* : on note une absence totale d’attente de l'enfant vis-à-vis des parents, il y a peu d’échanges affectifs, peu de signes de détresse en cas

de séparation ou de retrouvailles. Il traite les étrangers de la même façon que le caregiver.

Là, le caregiver donne peu ou pas de réponses à l'enfant, il décourage les pleurs et encourage la dépendance.

- *Insécure ambivalent* : L'enfant est incapable d'utiliser le caregiver comme base de sécurité. La séparation provoque en lui stress et colère. Il montre de la répugnance pour le caregiver, et même un manque de confiance envers lui. L'enfant est empêché dans ses explorations.

Ici on note une incohérence du caregiver, entre réponses appropriées et d'autres très négligentes.

M. Main a permis d'identifier un quatrième type d'attachement, *insécure désorganisé* où l'enfant se fige dans la rencontre avec le caregiver dans une posture qui évoque l'appréhension, la dépression, la désorganisation. L'enfant n'aura comme réponse que des comportements stéréotypés sans stratégie d'attachement. Le caregiver est dans l'incohérence totale avec son enfant, il est intrusif, voire maltraitant.

Ainsi il a été montré que l'attachement est facilité par la sécrétion d'ocytocine, une hormone qui favorise les interactions sociales. Celle-ci est libérée lorsque l'enfant est allaité, changé, bercé, caressé. "Chez certaines femmes traumatisées la sécrétion d'ocytocine peut être ralentie voir supprimée, inhibant ainsi la capacité empathique maternelle". (S. Robert-Ouvray, 2015)

c) Attachement et immigration

Dans les sociétés traditionnelles, le nouveau-né est accueilli par sa mère mais aussi par le groupe de femmes, la famille. Les gestes de maternage sont alors réalisés par différentes femmes que sa mère. On pourrait donc se demander de ce qu'il en est pour sa figure d'attachement primaire ? M. Ainsworth dans ses recherches menées au Ouganda a décrit qu'un "*environnement à caregiver multiple est compatible avec un attachement unique entre la mère et l'enfant" (N. et A.*

Guedeney, 2016). Les recherches ont ainsi pointé le rôle majeur de la sensibilité maternelle, que l'éducation soit collective ou individuelle.

Bolwby a décrit dans son concept d'attachement des facteurs fondamentaux pour sa bonne mise en place. L'enfant doit alors avoir une sécurité et un attachement suffisant pour se séparer et permettre les explorations. La mère en exil avec son enfant se retrouve dans une situation où les incertitudes bercent le quotidien, la plaçant dans une alternance entre ruptures, perte et peur d'être reconduite à la frontière. Les conditions sécure d'attachement peuvent alors être mise à mal.

C. L'ajustement des corps dans la relation tonico-affective

1. La fonction tonique

Le tonus constitue la trame psycho-affective et émotionnelle de la vie du sujet : il est le premier mode de relation avec l'environnement. Il permet dans un premier temps au bébé, l'expression de ses besoins vitaux et de sa satisfaction/insatisfaction. C'est avec sa mère que s'instaure selon Wallon un dialogue tonique, il met en évidence le lien entre le tonus et les émotions.

a) Les différents rôles du tonus

Le tonus correspond à la légère tension dans laquelle se trouve tout muscle non engagé dans une action spécifique. Il est également la toile de fond de nos émotions. On peut distinguer le tonus selon trois grandes fonctions principales :

- *La contenance* : elle met en jeu le tonus de fond, défini comme la contraction minimale d'un muscle au repos. Ce tonus de soutien permet la cohésion des parties du corps et nourrit le schéma corporel. L'enveloppe tonique ainsi décrite vient s'adjoindre à l'enveloppe de la peau et ainsi créer un sentiment d'unité corporelle.

- *La posture* : elle met en avant le tonus postural qui est l'activité tonique minimale permettant de garder une posture sans se mouvoir. Elle comprend la gestion des équilibres, le maintien des positions antigravitaires, les mises en forme corporelles. Selon Wallon la posture est le substrat de l'affectivité et des émotions, ce qui a son importance sur l'ajustement tonique relationnel

- *La motricité* : elle fait référence au tonus d'action qui est la contraction musculaire phasique qui permet le mouvement intentionnel. C'est la base de la motricité globale.

Reich a défini deux versants du tonus, un caractériel qui correspond à la personnalité du sujet, l'autre comme cuirasse musculaire qui, à chaque confrontation avec le milieu, engendre une tension musculaire pour le sujet.

b) La dimensions affective

J. De Ajuriaguerra a introduit la notion de dialogue tonico-émotionnel qui correspond à l'assimilation et l'accommodation entre le corps de la mère et le corps du bébé. Il initie le premier mode de communication entre les deux partenaires. Cela se fait de façon consciente quand le parent et l'enfant cherchent à entrer en interaction et inconsciente quand ça passe par les soins, le portage, le bain de langage.

2. Variations toniques et construction psychique

a) La bipolarité tonique

Dès sa naissance, le nouveau-né va se retrouver dans ce que S. Robert-Ouvray a décrit comme la bipolarité tonique. Cette dernière met en avant l'alternance d'états toniques auxquels le bébé est confronté ; du complet relâchement, à l'extrême contraction, en lien avec ses propres états internes. Le matériel héréditaire du bébé, l'immaturité neuromotrice, ainsi que les qualités des réponses de l'environnement vont venir moduler cette bipolarité innée. Ces vécus

corporels vont participer aux rassemblements des parties du Moi dans la différenciation du bon/agréable et ce qui est mauvais/désagréable.

D'un point de vue développemental, on observe peu à peu une diminution de l'hypertonie distale ainsi qu'une augmentation de la tonicité axiale du tronc. C'est ce que l'on nomme le stade de l'ambivalence où "le tonus axial suffisant, il accède à la notion d'un Moi global et d'un objet global"(S.Robert-Ouvray 2002).

b) Le corps vécu

De la naissance jusqu'à ses trois ans, l'enfant va expérimenter son tonus en fonction de son état émotionnel. En référence à Ajuriaguerra, le bébé pourra se trouver dans une hypertonie d'appel lorsqu'il a faim ou une hypotonie d'apaisement lorsque l'on viendra le consoler, le border. Selon S.Robert-Ouvray, l'hypertonie a plusieurs fonctions :

- Pare-excitation
- Echange/contact
- Affirmation/opposition
- Attention/vigilance

L'hypotonie, quant à elle, a pour fonction de nourrir le centre psychique à travers l'enroulement et une fonction d'intégration d'autres sensations par rapport à l'hypertonie. L'enveloppe tonique du nourrisson est un contenant du corps et du psychisme.

Avec la maturation du système nerveux il sortira peu à peu de cette bipolarité tonique et émotionnelle pour aller vers un sentiment d'équilibre et d'unification corporelle. La mère, en mettant des mots sur les ressentis corporels qu'elle perçoit de son bébé, donne du sens à ses différents états. Ceci permet au bébé d'entrer le symbolisme.

c) Vers un équilibre sensori-tonique

A. Bullinger a décrit l'équilibre sensori-tonique comme une "surface d'équilibre" qui permet les comportements exploratoires et les interactions. Il a ainsi décrit trois milieux qui conditionnent cet équilibre ;

- *Le milieu biologique* : ce sont l'intégrité des systèmes sensoriels qui traitent les flux et forment des habitudes et des activités instrumentales.
- *Le milieu physique* : ce sont les conditions matérielles de l'environnement qui génèrent des flux sensoriels. Elles ont du sens pour la compréhension du milieu de vie et l'adaptation de l'état tonique.
- *Le milieu humain* : avec ses attentes et sa culture. Il procure une sécurité de base, un espace de communication où le dialogue tonico-émotionnel permet un progressif détachement de l'espace de fusion mère-enfant.

L'intégrité de ces différents milieux peut être mise à mal dans la situation de l'exil. Le corps de la mère et de l'enfant peuvent être envahis par des stimulations fortes et chroniques qui viennent perturber cet équilibre. Ainsi "la posture, les mouvements et la tonicité prennent des formes inadaptées pour la relation avec autrui". (S. Robert-Ouvray, 2015)

Dans cette première partie nous avons donc pu détailler la place qu'occupe le corps dans les interactions mère –enfant, et ce dès la grossesse. Les différents mouvements psychiques qui en découlent ont alors un impact sur la construction des liens d'attachement. Dans la seconde partie nous allons donc explorer ce "devenir parent" en situation d'exil, ce que la migration implique en matière d'impacts psychocorporels et enfin les données culturelles à prendre en considération pour une prise en soin de la dyade en psychomotricité.

Partie 2

La parentalité en exil

A. Les facteurs en jeu dans la parentalité en exil

1. La parentalité et sa construction

a) Définition

La parentalité constitue l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs, qui permettent aux parents de devenir parents et de répondre aux besoins de l'enfant. La parentalisation est un processus évolutif, qui peut s'apparenter à la période de l'adolescence qui est aussi une période identificatoire. Comme décrit précédemment la période de la grossesse est une période d'accélération de ces processus, avec une augmentation des interrogations sur le devenir parent.

b) Processus de parentalisation

La construction de la parentalité diffère en fonction de la façon dont on se construit en tant que sujet. D'une culture à une autre, on observe des représentations différentes de ce que c'est qu'être parent, qu'être une famille. Une naissance vient donc remanier le fonctionnement psychique, l'histoire, mais aussi les mythes qui vont donner une place au nouvel arrivant.

Devenir parent c'est aussi inscrire les enfants dans la lignée généalogique et avoir des responsabilités juridiques et morales. On peut être parent par la loi, par les gènes, et par ce que l'on fait dans notre action d'être parent. Les interactions avec le bébé permettent la construction dans la réalité de la parentalité, on n'est plus dans l'imaginaire. La dépendance de l'enfant implique qu'il a besoin de sa mère sur une longue période. Ses compétences innées et les interactions précoces au sein de la relation permettent aux parents d'investir leur parentalité.

Dans les sociétés traditionnelles, la parentalisation s'investit en groupe ; l'enfant vient occuper une place dans la relation avec sa mère, mais plus particulièrement dans la relation avec le groupe, le cercle familial.

c) *La parentalité est ses différentes perspectives*

D. Houzel a détaillé trois perspectives d'étude de la parentalité où le bébé est acteur à part entière de la co-construction identitaire :

(1) L'exercice de la parentalité

Ici cela vient définir le cadre de la parentalité, par rapport à une société donnée, à ses coutumes, à ses interdits. Ce cadre est nécessaire pour qu'un groupe, une famille ou un individu puisse s'y développer. La parentalité semble ainsi structurée par des liens complexes d'appartenance à un groupe, de filiation ou d'alliance.

(2) L'expérience subjective de la parentalité

C'est l'ensemble des expériences affectives et imaginaires qui sont vécues pendant la parentalisation. Cela passe par les aspects affectifs entre parents et enfants, le lien d'attachement entre les deux aura toute son importance dans le vécu de cette parentalité.

La communication émotionnelle et affective existe d'emblée chez le bébé. M. Klein a exposé que le nourrisson avait une vie psychique et relationnelle qui lui est propre. D. Winnicott ajoute lui, qu'un bébé seul n'existe pas, il se développe en relation.

Ainsi, les compétences sensorielles, cognitives et émotionnelles du nouveau-né permettent les interactions avec l'entourage et sont fondamentales pour l'ensemble de la vie psychique de l'enfant. La découverte par les parents des compétences de leur nouveau-né va faciliter les interactions entre eux et la mise en place de l'attachement précoce.

(3) La pratique de la parentalité

Ce sont les tâches quotidiennes qui incombent à chacun des parents vis-à-vis de leur enfant : l'éducation, la socialisation, les soins. Ces dernières par leurs répétitions, la proximité et l'accordage qu'elles demandent vont avoir un effet sur le

processus d'attachement. Les expériences sensori-motrices vécues durant ces moments vont permettre à l'enfant de découvrir le monde qui l'environne.

Dans le développement que je vais poursuivre, la parentalité sera décrite du côté de la mère. J'expliquerai les différents facteurs, qui peuvent mettre à mal le lien que la mère en exil entretient avec son enfant. Nous essaierons de comprendre quels remaniements identitaires sont alors mis en jeu.

2. Les modalités de l'inter-relation bébé-partenaire

L'arrivée d'un enfant est une source de réaménagement important. Cette naissance engendre des changements de place, de statut au niveau familial, social. La dynamique de l'inter-relation est définie par S. Lebovici (1983) comme "le reflet du développement psycho-affectif, des obstacles à ce développement, de ses atouts, de ses perturbations". La façon dont la mère chemine durant cette période va être influencée sur différents niveaux.

a) L'état somatique du bébé

L'enfant arrive au monde avec un matériel neuro-physiologique, des comportements et un état physique. L'arrivée d'un enfant en difficulté engendre une immense blessure narcissique qui peut retarder la mise en place des premiers liens.

b) Santé maternelle, disponibilité et sécurité affective

La parturiente en situation de migration fait face à une triple vulnérabilité ; les conditions de départ du pays, les modalités d'accueil ici, l'incertitude vis-à-vis de ses projets futurs, et le passage du statut de fille à celui de mère.

De nombreux facteurs peuvent avoir une incidence sur la capacité d'accueil du bébé par sa mère. Ainsi, si de mauvaises conditions de vie matérielles, la pauvreté du réseau relationnel, la psychopathologie de la mère sont autant de

facteurs qui peuvent avoir une incidence néfaste et entraîner des troubles de la maternalité comme :

- une dépression anténatale : c'est un état dépressif qui s'associe à des plaintes somatiques inhérentes à la grossesse, c'est un facteur de risque pour la dépression du post partum.
- une dépression du post partum : il y a des difficultés d'endormissement, une forte labilité émotionnelle, une absence d'estime de ses capacités maternelles, un sentiment d'anxiété très souvent projetée sur le bébé, une absence de plaisir à pratiquer les soins.

Comme il l'a été décrit en premier partie, les femmes en exil développent plus de risques de dépression du post partum qu'une population tout venant, les plus touchées étant celle en rupture avec leur mère et leur famille, additionnant un statut précaire et une absence de maîtrise de langue. Les femmes occidentales peuvent connaître les mêmes conditions de grossesse et d'accouchement mais le trauma chez les mères migrantes ainsi que la solitude devient une menace. Le bébé est dépendant de la mère dont les risques de décompensation sont possibles ; "*dans ce cas la préoccupation maternelle primaire est modifiée" (P. Delion, 2007)*, elle n'est plus tournée vers son enfant.

Fadil est né à terme avec une anémie. Cet enfant a très rapidement eu les compléments lui permettant de retrouver un taux de fer dans le sang normal. Depuis sa naissance sa mère, très inquiète, se sent coupable et se persuade d'être à l'origine de l'anémie. Durant les 10 mois où nous la rencontrons, nous observons une mère qui n'arrive plus à décoder les besoins de son enfant, se rendant plus de 20 fois aux urgences pédiatriques. Ces requêtes étaient au départ des fabulations, qui devinrent véritables, la maman ayant elle-même engendré de grandes carences chez Fadil. Une évaluation psychiatrique est prévue pour suspicion d'un syndrome de Münchhausen par procuration.

Dans cette situation on comprend que l'état somatique de l'enfant a laissé la mère dans un état de sidération. Elle-même très perturbée par sa situation administrative et sociale, cet événement dépasse ses capacités psychiques ce qui

vient altérer la relation avec son enfant. On peut soit penser que les réponses qu'elle a eues ne lui ont pas suffit, ou bien qu'elle s'en remet au corps médical car elle n'a plus confiance en ses capacités maternelles. Dans les deux cas, c''est très ambivalent et d'autant plus complexe pour le bébé.

c) facteurs socio-anthropologiques et traumatismes

"Avec l'évolution socioculturelle, il existe aujourd'hui une pluralité de façons d'être père et d'être mère ; de multiples facteurs interagissent pour définir les identités paternelles et maternelles." (V. Lumbroso, E. Contini, 2010).

Une étude Suisse menée par l'Office Fédéral de la santé a montré que les femmes étrangères présentent un risque accru de complications périnatales (césarienne, prématurité, bébé avec faible poids). Ces femmes sont en général moins suivies pendant leur grossesse. Cela est induit d'une part parce que chez elle le suivi est moins médicalisé et se fait plus par la famille, d'autre part parce que les suivis médicaux autour de la grossesse en France sont très protocolisés, médicalisés et souvent vécu de manière très intrusifs. Pour ces futures mères. le recours aux soins est tardif, par difficulté d'accès, par méconnaissance, ou refus de soin.

Les complications à la naissance obligent un suivi médical important pour le bébé. Celui-ci peut être amené à rester en service de néonatalité, limitant ainsi les rencontres mère-bébé.

Les traumatismes endurés antérieurement par la mère peuvent également avoir des répercussions sur l'interrelation mère-bébé. En effet, la souffrance de la mère peut se retrouver dans le discours, mais aussi dans le dialogue du corps par des larmes, des cris, un faciès crispé d'inquiétude, un dialogue tonique saturé par la douleur psychique et physique. La relation à l'enfant en sera d'autant plus affectée si ces moyens de communication empreints de douleur sont les seuls modes de communication que la mère emploi. L'enfant ne pourra qu'absorber la douleur que lui renvoie sans cesse sa maman.

3. La présence du tier

a) Rupture familiale

Dans la découverte de son nouveau statut de mère, la femme en exil fait face à un isolement social. La grand-mère maternelle est très souvent à l'origine des transmissions autour de la puériculture. Le retour dans le lieu d'hébergement suite à l'accouchement est souvent difficile pour ces nouvelles mères. Celles pour qui c'est le premier bébé décrivent "des débordements physiques et psychiques importants" (Nina Gabai et al, 2013), d'autant plus si l'entourage familial est absent.

La tradition et les savoir-faire de leur pays d'origine tiennent une place importante dans le quotidien des femmes. La rupture avec le cercle familial peut alors engendrer une acculturation. La rencontre de femmes ayant vécu elles aussi un parcours migratoire pourront les aider à faire du lien dans leur pratique, en s'appuyant sur leurs conseils et sur leurs propres souvenirs. Malgré l'éloignement familial, la création d'un autre groupe social que l'on peut associer ici à celui des co-mères, vient faire du tier dans la relation mère-bébé qui s'harmonise peu à peu.

b) Présence/absence et place du père

La présence du père dans la triade est source de soutien pour la mère et apporte une différence dans les qualités de présence au bébé. En effet la contribution paternelle dans le développement du bébé a été décrite par P. Delion comme apportant de l'ouverture sociale, de l'autonomie. Le père amène le langage à se développer ainsi que des connaissances à l'enfant.

Au sein des interactions de la triade, le père peut interagir avec son enfant de façon directe, réciproque, avec des interactions qui sont plus physiques que visuelles. Le bébé va distinguer très précocement les soins paternels des soins maternels grâce à l'expérience sensorielle, tonico-posturale et à la couleur affective de l'interaction. L'interaction père-bébé peut également être indirecte, à travers la relation du père avec la mère.

L'implication dans les soins aux bébés varie considérablement d'un père à l'autre en fonction de facteurs psychologiques et sociaux. Un père ne peut s'engager

auprès de son enfant qui si "*ses identités sociales, professionnelles qui fondent son identité personnelle sont assez solides" (Chantal Zaouche Gaudron, 2005).*

Dans les conditions de vie défavorables imposées par l'exil, la mère peut trouver un soutien auprès de son mari. Avec l'arrivée du nouveau-né, elle prend appui sur le père en premier lieu, c'est un étayage solide. Mais dans la situation de migration, le père n'est pas toujours présent, et pas toujours choisi. En effet, ce sont beaucoup de femmes seules qui arrivent, rompant avec l'idée que l'on peut se faire de la migration qui se faisait auparavant au nom du regroupement familial. Ces femmes ont quitté leur famille, souvent seule. Elles sont alors très vulnérables, en tant que femmes et en tant que migrantes. Une étude du Comité pour la santé des exilés, montre que sur la population étudiée, la moitié ont subi des violences, et le quart sont tombées enceinte suite à un viol.

Dans ces conditions, le vécu psycho-corporel de la mère peut entraver la qualité de la relation et des interactions qu'elle aura avec son bébé. L'enfant peut être vécu comme persécuteur, ou bien être sur-protégé par la mère, ne laissant pas d'ouverture à son enfant sur l'extérieur. La place de tiers peut alors être investie par les professionnels de santé.

c) La place du corps médical

Ces nouvelles mères sont dans un désir d'étayage médical qui joue un rôle important en participant à l'accueil du bébé et de sa maman. Les professionnels sont amenés à faire du lien entre l'ici et là-bas ; en effet, il n'est pas rare de constater que ces jeunes mères ont un désir de calquer sur les modèles de la société d'accueil. Les professionnels ont alors pour rôle de soutenir la mère dans ses capacités, de l'encourager à privilégier sa langue maternelle avec son enfant, ainsi que les pratiques qui font écho à son histoire.

Il faut une nécessaire adaptation aux représentations culturelles de la grossesse et de l'arrivée de l'enfant. Ce sentiment de prise en considération est un élément clé pour construire une alliance thérapeutique et ainsi faire du tiers avec cette dyade.

Lorsqu'on devient parent, on le devient avec ce qu'on a reçu en tant qu'enfant, on s'appuie sur ses propres parents, pour faire à l'identique ou différemment, mais on reste en lien avec sa propre histoire. Qu'en est-il de ces femmes migrantes qui sont souvent loin de leur parent, famille. Aujourd'hui en France, les jeunes parents sont souvent plus en lien avec les professionnels de santé que leur propre famille, qu'en est-il pour ces femmes migrantes ? Qu'en est-il de la transmission ?

4. La transmission

Le désir d'enfant que porte la mère évoque déjà la notion de transmettre, de pouvoir laisser quelque chose de soi. Ici, elles se trouvent dans un paradoxe, celui de rester dans la continuité du groupe resté au pays et d'avoir un enfant qui les enracine dans la société d'accueil.

On distingue deux types de transmissions entre générations selon Edith Tilmans :

- *intergénérationnelle* : c'est l'ensemble des éléments assimilables, élaborables, et indispensables au développement psychique à l'identification dans la continuité transgénérationnelle et qui passe par le dialogue essentiellement.
- *transgénérationnelle* : ici ce sont les éléments inassimilables qui sont transmis, des éléments qui sont causes de souffrances et qui n'ont pas fait l'objet d'élaboration. Cela est transmis par les gestes, la mimique, la posture, mettant en jeu le corps dans ses aspects moteurs et affectifs. Comme expliqué plus haut, le canal tonique est le mode de communication principal avec l'enfant. Si la mère a été victime de traumatismes, elle en garde dans son corps la trace avec une tonicité particulière qui peut constituer un système de défense qui la coupe de son corps et de celui d'autrui.

Bien que le jeune enfant n'ait pas une compréhension directe de ce que se dit autour de lui, il peut en avoir une certaine perception au travers de ces marqueurs

corporels. Les objets culturels qui survivent à la migration sont peu nombreux surtout pour celles qui sont réfugiées politiques et qui sont en rupture avec le pays d'origine.

Ces mères montrent une nécessité de maîtriser la langue française, ce qui vient dissocier l'utilisation qu'elles ont de leur langue maternelle entre sphère intime et monde extérieur (école, médecin, administration).

B. Le contexte migratoire et ses ruptures

1. Une discontinuité de l'équilibre psycho-corporel

a) Les remaniements du sentiment d'enveloppe

(1) Le moi-peau, et la notion d'enveloppe

Le Moi-peau nommé par D. Anzieu est une interface entre le dedans et le dehors. Elle constitue d'abord l'ébauche d'un moi corporel, qui va ensuite intégrer le Moi sonore, visuel, postural et kinesthésique. C'est le Moi contenant les contenus psychiques à partir de l'expérience de la surface du corps ; la peau retient le bon à l'intérieur, protège des agressions et est une surface de communication avec l'extérieur.

L'environnement maternant joue un rôle primordial dans l'éprouvé de cette sensation d'enveloppe. C'est la base du narcissisme qui s'établit dans les soins corporels et les contacts peau à peau dans le relation contenante mère/enfant. La peau est le contenant du Moi, elle se psychise au cours du développement.

E. Bick rejoint le modèle d'Anzieu sur l'enveloppe psychique. L'introjection de l'objet contenant dote le psychisme d'une capacité à se sentir contenu. L'accumulation des expériences contenantes crée petit à petit ce sentiment chez l'enfant d'être contenu.

(2) Enveloppe culturelle

T. Nathan conçoit le phénomène de migration comme une rupture de l'enveloppe culturelle, qui serait un contenant de la pensée. Dans les sociétés traditionnelles, l'enfant à sa naissance trouve deux enveloppes culturelles ; la mère qui va le protéger, et le groupe de femmes qui préserve la mère. En situation de migration, la mère ne bénéficie pas de ce soutien et doit assurer le rôle de contenant pour elle-même et son bébé.

T. Nathan a également décrit le fait que la personne en migration, fait face à une perte de l'enveloppe des sons, des odeurs, des lieux, ou repères familiers. Ces changements atteignent les sensations du corps et donc dans la perception de soi. On observe chez ces personnes fragilisées dans leur enveloppe des troubles toniques, une rigidité qui vient contenir.

(3) Enveloppe sensorielle

Les sensations constituent le premier niveau de conscience. Ces modalités peuvent être de différentes natures ; interoceptive, extéroceptive et proprioceptive. Au début de la vie, tous ces flux sensoriels sont vécus de façons indépendantes, le vécu du corps est morcelé. Leur mise en relation se fait progressivement et se manifeste par des réactions émotionnelles et des modulations de l'état tonique.

Le traumatisme a pour étymologie le terme "blessure", qui est elle-même une atteinte de la peau en tant qu'enveloppe. Le traumatisme provoque un perçage de la peau, une effraction corporelle et psychique. Dans la symptomatologie du traumatisme on retrouve ; une irritabilité, des sentiments persécutoires, des troubles de la concentration ainsi que des reviviscences sensorielles.

Lira déclare qu'il lui arrive d'avoir de forts fourmillements dans les bras qui s'accompagnent ensuite d'une perte de sensibilité, "c'est comme si j'avais plus les bras". Elle nous fait part de son inquiétude à tenir son enfant dans ses bras de peur de le lâcher. Les moments de portage se font ainsi moins nombreux. Les examens médicaux n'ont montré aucune atteinte neurologique, et sont plutôt en faveur d'un trouble psychosomatique.

Ici les sensations et les perceptions imposent à la mère un corps qui est “subi”, avec des sensations de morcellement dont elle n’a pas le contrôle et qui ne font pas sens pour elle. L’atteinte de l’enveloppe corporelle vient même dominer les interactions en desservant la relation entre cette mère et son enfant.

b) Impact sur le tonus

Dans les situations répétitives de stress, d’inquiétudes on observe des contractions musculaires chroniques qui ne permettent pas le relâchement et entraînent des douleurs musculaires qui viennent renfermer le corps sur lui-même. E. Bick a definit la formation d’une seconde peau qui vient suppléer aux perturbations d’une première défaillante dans sa contenance. C’est une seconde peau musculaire ou motrice pathologique qui se traduit par des états toniques et moteurs qui permettent de pallier les angoisses.

S. Robert-Ouvray a définit la composition des feuillets psychotoniques comme étant des expériences chargées sensoriellement et affectivement, l’ensemble venant former l’enveloppe tonique du sujet. Ces feuillets se constituent d’une alternance d'expériences agréables / désagréables, “à l’instar de la peau qui se renouvelle continuellement, notre enveloppe psycho-corporelle se modifie, se durcit, se détend, s'enrichit ou s'appauvrit en fonction du climat affectif qui l'érige”. Ainsi une maman en souffrance, dont l’état psycho-tonique s’observe via les postures, la respiration, transmet à son enfant des stimulations sensorielles qui peuvent être négatives. L’enfant peut y répondre en faisant lui aussi varier son tonus, en pleurant, et en réduisant ses comportements relationnels.

c) *L'investissement corporel*

(1) Remaniements du schéma corporel et de l'image du corps

La sensorialité, le tonus et les expériences motrices se placent comme des bases de la construction, et des remaniements du schéma corporel. J. De Ajuriaguerra nous en propose une définition "Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification". Le schéma corporel s'étaye ainsi sur notre relation au monde et l'ensemble de nos expériences. Le prolongement de cette représentation de notre corps en relation c'est l'image du corps, qui a été définie par F. Dolto comme "une représentation dynamique du sujet en état désirant ".

Comme vu précédemment, l'exil impose d'importants remaniements de l'enveloppe qui venait contenir le bon et protéger des agressions. La carapace tonique créée sous l'effet du stress coupe des afférences, elle "altère la connaissance que le sujet a de son schéma corporel et des sensations alimentant son sentiment continu d'exister".(S. Robert-Ouvray, 2015)

Le schéma corporel peut alors subir des changements (perceptions et cadre spatial modifié) ainsi que l'image du corps qui peut se reconstruire sur des expériences douloureuses.

(2) Le vécu corporel

Une étude menée dans une permanence d'accès aux soins a montré que les bénéfices des usagers se situaient du côté de l'administration de soins plus que du côté des interactions sociales. Dans la situation de migration, on assiste à une somatisation très forte où les événements douloureux glissent vers le corps. La phénoménologie du corps identifie le corps comme "être au monde, le corps est entièrement orienté dans une situation qui polarise toutes les actions" (Albaret & al,

2015). Ici le corps se place au premier plan en dominant les bénéfices identitaires et interactionnels.

Plusieurs composantes peuvent nous renseigner sur le vécu corporel du sujet, sur la façon dont il vit sa douleur et comment ça vient s'inscrire dans son histoire :

- Sensori-discriminative : c'est ce que le sujet ressent et la façon dont il décrit ses sensations. Cela repose sur le discours verbal.
- Affectivo-émotionnelle : c'est l'aspect désagréable des sensations qui puise son contenu dans les affects. On l'observe par la communication non verbale.
- Intellectuelle, cognitive : ce que le patient dit de sa douleur. Cela va dépendre de ses représentations.
- Comportementale : ce sont les manifestations motrices, le repli, l'inhibition que montre le sujet.

La qualité du vécu corporel, tonique, et sensoriel du parent, est une source de sécurité interne. Si cet équilibre est menacé cela pourrait entraver la construction du lien mère-enfant ainsi que l'étayage qu'elle peut apporter à son enfant, pour qu'il puisse se développer et découvrir le monde environnant.

2. Un contexte de vie précaire

a) La précarité

Du latin precarius qui signifie "obtenu par la prière". C'est une notion relative, elle se situe en référence à une situation dite "acceptable" dans une société donnée. "Les degrès de perception de la précarité sont influencés par de nombreux facteurs culturels" (Larousse 2014)

La grande précarité dans laquelle se trouvent les familles issues de l'immigration à leur arrivée en France, est fondée sur un ensemble de facteurs découlant d'une situation administrative très complexe. "Jamais tu n'avais vu nulle

part l'administration et la vie à ce point imbriquées, tellement imbriquées qu'on avait parfois le sentiment que chacun avait pris la place de l'autre" (Kafka 1926)

L'absence de papiers français, une non-maîtrise de la langue française, un isolement familial, des difficultés d'accès aux soins ; telles sont les embûches qui placent ces familles dans une position de passivité. Auparavant on observait bien plus de rassemblements familiaux, aujourd'hui on acceuille beaucoup de femmes venues seules, et qui ne bénéficient pas de soutien externe soutenant.

Les femmes en attente de régularisation sont maintenues dans une inactivité qui engendre l'impossibilité pour elle d'avoir un emploi. A cela s'ajoute une situation économique délicate, ainsi qu'une instabilité du lieu de vie. En effet la future mère pourra trouver acceuil dans plusieurs types d'hébergements (Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA), hôtels sociaux du 115, foyers, squat) sans forcément y trouver une stabilité pour elle et son enfant.

On note un isolement sévère de ces femmes qui souvent errent durant un moment dans une recherche de situation stable. Axel Honneth a décrit le cercle des relations primaires des personnes en demande d'asile, elles ne concerneraient ainsi que les individus ayant un rapport avec la question de la demande d'asile, "le corps médical et social se tiennent en lieu et place des relations familiales, privées qu'elles avaient au pays" (Ballière. F, 2011).

b) Les conséquences sur la dyade mère-enfant

La situation administrative de la mère, la place dans une non existence légale, dans un quotidien où les possibilités de rester, l'attente et les discriminations du présent provoquent une difficulté à penser l'avenir. Ainsi on peut relever trois types de besoins pour la mère et son enfant qui sont mis à mal face à la précarité :

- *physiologiques* : boire, manger, dormir, avoir suffisamment chaud, être propre. Une privation de ces besoins entraîne une destruction psychique et une déshumanisation. De plus pour l'enfant, le nourrissage ne satisfait pas

que la fonction alimentaire mais aussi les échanges relationnels à la base du processus d'attachement.

- *psychologique* : être reconnu, valorisé, avoir une sécurité affective, physique, émotionnelle et des besoins antagonistes liberté/limite, individualisation/appartenir à un groupe.
- *psychomoteur* : installation d'un soutien entre le corps tonique et sensoriel, entre le monde affectif et représentatif du sujet. Une insatisfaction de ces besoins dans les premières années de la vie entraîne des troubles du schéma corporel, de la conscience de soi, et de distance relationnelle.

Il est ainsi difficile de concevoir la place que va prendre l'enfant dans des circonstances où la mère peut avoir du mal à trouver elle-même sa place. Ainsi, dans la prise en soin d'une dyade mère-enfant l'ouverture à d'autres idées et pratiques passe par la reconnaissance de la culture par le soignant.

Le professionnel n'est pas là pour instruire la mère, mais bien pour la valoriser dans ses compétences et stimuler la reprise du développement corporel et affectif de l'enfant.

C. La rencontre de la culture

1. L'empreinte culturelle

a) Sur la société

"La culture peut se définir selon 3 traits : elle n'est pas innée mais acquise, les différents éléments de la culture constituent un système, ils sont solidaires, et enfin elle est partagée et par là délimite différents groupes" (ET. HAll, 1979)

On retrouve ainsi des variations culturelles dans l'interrelation mère-bébé ; nous avons face à cela nos propres références. Il faut pourtant prendre en considération la place du corps, de l'enfant, de la femme, et tout cela dans le cadre culturel, philosophique et religieux.

b) *Sur le corps*

Les pratiques corporelles sont liées aux traditions, croyances, pratiques religieuses. Les conditions d'immigration modulent la façon d'agir corporellement. Des stratégies d'acculturation peuvent se mettre en place dans l'intégration des deux cultures, dans le rejet de la culture d'origine ou de celle d'accueil, ou encore dans une marginalisation avec un rejet des deux cultures. Ces phénomènes peuvent avoir des répercussions identitaires.

c) *Sur le développement de l'enfant*

Les modes de vie des différentes sociétés influes sur le développement psychomoteur des enfants. En Afrique centrale, le portage à dos de l'enfant, en plus des raisons pratiques, participe à l'élaboration de la tonicité axiale, de l'équilibre postural du jeune enfant qui apparaîtraient bien plus tôt qu'en Europe.

Il y a plusieurs années en Occident, on a pu observer une mise à distance entre le corps du bébé et celui de la mère avec l'utilisation de matériel comme la poussette, le cosy. Dans l'optique d'intégrer les traits de la société d'accueil, on peut voir des mères qui adoptent ce type de portage. Elles délaissent ainsi les méthodes utilisées chez elles, là où dans notre société les questionnements actuels se portent davantage sur le lien mère-enfant et le portage traditionnel comme l'écharpe qui vient concilier la vie de mère, de femme.

Le rôle majeur de la mère dans les premières interactions est mis en avant en Europe. En Afrique centrale l'enfant est souvent confié aux femmes de l'entourage ; il passe alors de bras en bras dès sa naissance. Ainsi, les interactions mère-enfant sont des interactions femme/enfant et ne dépendent pas seulement de la mère biologique.

2. La psychomotricité au carrefour de représentations culturelles

a) *Fondement culturel de la psychomotricité*

En France, c'est Julian De Ajuriaguerra qui a fondé la psychomotricité. Les jalons qu'il en a posé, font du lien corps-esprit le centre des considérations. Ainsi La psychomotricité repose sur un partis pris philosophique et donc une vision culturelle de l'Homme.

La psychomotricité prend racine dans différents champs (psychanalyse, neurosciences, physiologie). Ces apports prennent appui sur des considérations, représentations issues de différentes cultures. Ainsi on observe que le lien entre le corps et le psychisme est plus présent dans les sociétés orientales et certaines religions, que dans nos sociétés occidentales.

Il semble ainsi nécessaire que le psychomotricien, au contact d'un patient d'une autre culture se place dans un nouveau référentiel culturel pour prendre en considération les variations culturelles. Le socle de la rencontre en psychomotricité s'établit dans le dialogue corporel, et pourra passer outre les frontières culturelles et la barrière de la langue.

b) *Prise en compte de la culture dans la prise en soin de la dyade*

Le psychomotricien veille à offrir un espace suffisamment contenant et sécurisant qui permet aux deux cultures, celle du patient et celle du thérapeute, de se rencontrer. Le thérapeute doit avoir conscience de son identité culturelle, cependant, il s'agit d'être à la rencontre d'une personne et non d'une culture, "*il ne s'agit pas de recueillir des matériaux ethnographiques, mais de mener à bien une psychanalyse ou une psychothérapie" (G.Devereux, 1970).*

Dans cette rencontre, le psychomotricien peut accompagner la mère dans un retour à des sensations unifiées et globales de son corps. Certaines mères font face à beaucoup de souffrance physique et psychique, ce qui les coupe de la relation qu'elles ont à l'environnement, à leur propre corps et possiblement à leur enfant. Le

travail sur une conscience unifiée du corps, peut aider la mère à s'appuyer sur ses représentations d'enveloppe antérieures à sa migration. La psychomotricité est un outil essentiel pour aider l'enfant à reprendre le cours de son développement et à la mère à reprendre goût à sa maternité.

c) Le psychomotricien un être culturel ; le contre-transfert culturel

C. Lachal a analysé la façon dont se répartit le contre transfert du thérapeute avec la dyade mère-bébé. Le traumatisme est inhérent au parcours migratoire du fait des multiples fractures qu'il engendre. Par conséquent, ce qui se joue dans la transmission de la mère à son enfant peut être de nature traumatique.

D. Stern a décrit le phénomène de *relatedness* (=lien interpersonnel) comme étant le fait que le bébé reproduit dans la rencontre avec le thérapeute des modalités relationnelles qu'il a déjà vécues avec d'autres personnes (mère-agresseur). L'enfant effectue un transfert, ce lien interpersonnel détermine en partie le contre-transfert du thérapeute. Le fait que ce soit un bébé vient prendre une certaine intensité.

Le contre-transfert culturel englobe les réactions implicites et explicites du thérapeute envers le patient, avec une dimension affective et culturelle. La position intérieure du psychomotricien par rapport au récit et façons de faire du patient, conditionne en parti sa réponse et donc le lien thérapeutique avec le patient.

Face à tout ce matériel que nous amènent les patients, divers sentiments peuvent nous traverser, il est important de pouvoir en parler en équipe, de partager ce qui est ressenti et de poser les questions de recherche de sens.

Cette seconde partie nous a permis d'exposer les différentes ruptures qu'impose le parcours migratoire dans la parentalité, dans les éprouvés corporels. Certains traumatismes font que les mères ne cherchent pas à s'attacher à leur enfant, agissent mécaniquement et ne communiquent pas avec leur petit.

Cela met l'accent sur le fait qu' "un bébé seul ça n'existe pas" comme le disait Winnicott, il est impensable ici de pouvoir prendre en soin un enfant sans considérer la relation, les échanges qui l'unissent avec sa maman. Il semble alors nécessaire d'associer la mère au soin psychomoteur en lui expliquant ce que l'on fait et en la faisant participer. C'est ce que je vais détailler dans ma dernière partie en m'appuyant sur mon expérience clinique au sein d'un atelier mère-enfant.

Partie 3

Théorico-clinique

Le rôle du psychomotricien auprès de la dyade mère-enfant ; une rencontre de l'entre deux corps

"Il est des temps que l'on ne peut pas rater en ces temps de maternité. Rendez-vous avec l'histoire des femmes, avec leur inconscient, avec quelque chose de l'avenir de l'enfant qui déjà s'organise." P. Ben Soussan (2000), La grossesse n'est pas une maladie, Paris : la découverte

A. Présentation du cadre de travail

1. L'association

Ma place en tant que stagiaire débute ici au sein d'une association. Celle-ci a pour but d'apporter une aide en matière de soins et de prévention auprès des populations migrantes. Son action se concentre sur trois domaines :

- *Le pôle de soin et de recherche transculturelle* : l'équipe y est pluridisciplinaire ; on y retrouve des psychologues, des psychomotriciens, des anthropologues, des interprètes, des volontaires professionnels, des artistes. Il est dirigé par une psychiatre. Ce pôle travaille en collaboration avec la consultation transculturelle du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux. Plusieurs actions sont menées telles que :
    - Des interventions de professionnels de soin : atelier de préparation à la naissance, des ateliers « accueil du nouveau né ».
    - Des ateliers de médiation culturelle et artistique : atelier peinture pour les victimes de torture et de répression politique, atelier de psychomotricité, atelier théâtre, atelier écriture.
    - Des réunions interprofessionnelles sur les thèmes de la parentalité et la maternité en exil et les mineurs non accompagnés.
    - Des recherches et des formations.

- *Le pôle interprétariat en milieu médical et social* : les prestations sont proposées à de nombreuses structures.

- *L'école des femmes* : développe des actions de médiation et de prévention de la santé dans un quartier de la ville.

2. L'atelier "accueil du nouveau né et parentalité"

a) Mise en place et objectifs

Cet atelier propose à des dyades mères-enfant de se retrouver une semaine sur deux. Les mamans conviées à cet atelier sont, soit déjà suivies en psychothérapie, soit aiguillées par des services tels que la PMI ou les services de psychiatrie.

C'est un lieu contenant qui accueille des mamans souvent abimées par ce qu'elles ont dû endurer. Ces femmes très souvent seules, traversent la maternité dans des conditions très précaires, la grossesse n'étant pas forcément désirée. Devant la détresse de ces jeunes mères en consultation, il a semblé nécessaire qu'elles soient étayées durant la première année de vie de leurs enfants, c'est ainsi que cet atelier a vu le jour.

Plusieurs objectifs ont été mis en avant pour la mise en place de cet atelier :

Pour les mamans :

- L'échange de pratique de maternage. Ici il s'agit d'échanger autour de différentes façons de faire avec son enfant. En effet comme décrit précédemment, le maternage revêt plusieurs couleurs, nuances selon l'endroit dont nous venons. Laver, porter, nourrir, bercer prend des significations différentes selon les cultures.

Pour les enfants :

- Créer un espace d'observation et d'expériences ludiques
- Créer un espace d'échanges et de relation avec leur mère et les professionnels

Pour la dyade :

- Créer un processus de soutien et d'identification. Cela permet aux mères de sortir de leur isolement et aux enfants d'aller vers d'autres enfants et d'autres

adultes ce qui peut soulager la mère pendant ce temps-là. C'est un moment où la mère peut prendre le temps d'être et de jouer avec son enfant

- Prendre soin des mères pour prendre soin des bébés. Comme décrit dans la première partie la dépendance totale de l'enfant à la naissance, ainsi que la folie maternelle font que la dyade se trouve dans un état de fusion. L'atelier s'adresse donc ici à des mamans dont la santé, la disponibilité et la sécurité affective sont souvent mises à mal. Ici les propositions viendront détoxifier les vécus maternels et ceux de la dyade. Ce qui est bon pour la maman va être bon pour l'enfant et inversement.

- Faciliter et enrichir les échanges corporels entre la mère et l'enfant, permettre à la mère d'observer le potentiel de son enfant, d'être à son écoute

- Etayer, accompagner la relation parent/enfant

Ainsi plusieurs moyens sont mis en place. L'atelier est animé et encadré par une équipe de professionnels qui regroupe une psychologue, une psychomotricienne, une anthropologue ainsi que deux ou trois interprètes de langues différentes selon les ateliers. Ces interventions ont lieu dans deux endroits distincts, une structure d'accueil municipale et un Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA).

b) *Le public accueilli*

Les mères accueillies viennent d'horizons divers ; Maghreb, Afrique centrale, Orient, Balkans. Elles sont primo-arrivantes, ont ou vont accoucher pour la première fois en France. Pour certaines d'entre elles, c'est le premier enfant à naître sur le sol français, les autres enfants étant restés au pays. Ces femmes ont souvent dû faire face à un départ précipité, sans pouvoir réunir tous les moyens pour entraîner les enfants dans ce périple incertain.

c) *Le cadre*

Avant l'arrivée des mères nous mettons en place la salle. Le cadre est très matérialisé dans cet espace ; nous disposons des tissus africains sur les fauteuils, divers instruments de musique du monde, des spécialités culinaires d'ici et d'ailleurs. Loin des bureaux administratifs ou médicaux qu'elles sont amenées à rencontrer presque quotidiennement, les mamans s'approprient avec aisance ce cadre.

Le cadre est un élément prépondérant à mettre en place avant toute séance. Sa qualité et la façon dont il sera respecté aura une influence déterminante sur l'intervention de l'équipe et du psychomotricien. Ainsi il doit permettre un maximum de disponibilité exploratoire et motrice, de permissivité tout en garantissant une sécurité suffisante. C'est un lieu, un espace, un temps, structurant pour le groupe, et ici, identique pour chacun.

D.Anzieu a décrit le cadre comme un contenant maternel, une enveloppe protectrice ayant un rôle de seconde peau psychique où les pensées du sujet peuvent se déployer.

C.Potel, l'a défini à deux niveaux :

- *Le cadre physique* : les horaires, la fréquence et la durée (permanence dans le temps), le lieu et le matériel employé, les types de médiations, les conditions d'encadrement (règles structurantes et sécurisantes). C'est un lieu privilégié qui permet de s'investir et de s'exprimer corporellement dans un espace offert.
- *Le cadre psychique* : porté par les fonctions de pare-excitation, de contenance, d'étanchéité, de limite corporelle et psychique exprimée par Winnicott dans le holding.

Plus il y a de personnes, plus le cadre doit être structurant et pour cela, il faut des rituels qui donnent des repères. Ainsi nous commençons et terminons chaque séance par un chant propre à l'association ; celui-ci souhaite la bienvenue à chaque dyade, puis propose en fin de séance de ranger ensemble la salle et de se retrouver deux semaines après. Ainsi le rituel peut donner du sens et peut diminuer les

angoisses dont la dyade serait porteuse. Ce moment créer une cohésion entre les mères et permet une structuration de la pensée.

d) Le lieux

C'est dans une structure d'accueil municipale qui se tient l'atelier. Ici il est proposé un accueil aux familles : ouvert à tous, anonyme et gratuit. On peut ainsi y trouver un espace de jeu, un espace pour se poser, un espace pour échanger et rencontrer d'autres adultes ou enfants. Le jour où se tient l'atelier, la structure est fermée au public, laissant le lieu libre pour nous. Toutefois, nous encourageons les mamans à revenir, accompagnées d'autres mamans si elles le souhaitent. C'est l'occasion pour elles d'investir ces lieux de rencontre, pour leur enfant d'utiliser cet espace de jeu dédié à la découverte du monde et de l'autre.

e) Le groupe

La notion de groupe est primordiale dans cet atelier. En effet nous pouvons observer un premier groupe, celui des soignants. Nous sommes nombreux en totalisant les professionnels et les stagiaires nous sommes près de 10 personnes.

Vient ensuite le groupe des dyades mères- enfants ; nous reconstruisons avec elles le cercle des co-mères. Ainsi au même titre que la maman, la grand-mère, la soeur dans leur culture, le tiers professionnel vient conforter la mère dans ses capacités personnelles.

Bion a décrit la fonction alpha comme étant la transformation des éléments bêta (objet mental non assimilable par le bébé) en éléments alpha par la mère, éléments pensables. Cette fonction détoxifiante est un des objectifs du groupe face à des mères dont l'être est abîmé et dont les capacités de maternage sont empêchées.

Le groupe symbolise la multiplicité des regards, des références et des savoir-faire, puisque chaque thérapeute, chaque maman intervient de son propre point de vue, lié à sa culture et à son histoire. Introduire cette multiplicité, en matérialisant par le groupe le métissage des théories, des manières de faire, est un des leviers

thérapeutiques. En regardant les autres mamans parler, interagir avec leurs enfants, les autres mères s'ouvrent à leur enfant par des mécanismes d'identification.

B. La rencontre de la dyade

Ce temps est pour chacun des trois protagonistes le moment de faire connaissance, de tisser un lien. Cette étape permet déjà d'observer les compétences de l'enfant, la relation corporelle avec sa mère, voir les différents états toniques, moteurs, analyser la qualité de la relation dans le corps-à-corps.

1. **L'analyse psychomotrice**

En premier lieu, le psychomotricien établit un lien avec la maman puis avec l'enfant. Les observations peuvent se faire d'abord dans les bras de la mère, puis le psychomotricien recherche son acceptation dans une alternance de contacts-séparations avec l'enfant.

a) Les compétences de l'enfant

L'observation va se diriger en premier lieu vers les compétences de l'enfant : motrices, sociales, relationnelles.

Les compétences motrices dépendent de la maturation du cerveau, des capacités perceptives et cognitives. Plusieurs facteurs sont en jeu, dont l'expérience qui est propre à chacun ; on peut donc observer des variabilités entre les individus. Ces fluctuations peuvent ici être accentuées par l'empreinte que la culture vient imprimer sur les corps et donc sur le développement de l'enfant.

Les capacités motrices vont faire de lui un être social, en permettant à l'enfant d'être dans la communication avec le monde environnant. Très tôt le bébé est capable de synchronie interactionnelle, il réagit aux stimuli extérieurs, reconnaît les voix, a des capacités d'imitation. Ici on peut faire le lien entre les capacités motrices, exploratoires, toniques du bébé et la théorie de l'attachement. Un bébé dont l'attachement n'est pas secure ne va pas ou moins explorer et de ce fait ses compétences vont s'en ressentir.

Face à ces manifestations il faut une réponse adaptée de l'adulte pour que ces comportements prennent sens et s'inscrivent dans les échanges relationnels. C'est l'expérience répétée et les interactions qui permettent de créer une représentation mentale chez le bébé, c'est-à-dire que soi et autrui sont des personnes distinctes.

b) L'adaptation du parent

Le psychomotricien va pouvoir porter son attention sur la qualité des échanges : l'ajustement, la compréhension des signaux, leur déchiffrage, l'adéquation des réponses de chacun. La qualité des interactions, leur pauvreté ou leur richesse peut être observée dans les bras de la mère ou dans les situations de jeux. Le psychomotricien observe alors la manière dont la mère porte l'enfant, la position qu'elle donne à son bébé face au thérapeute, les réactions de la mère aux cris, aux pleurs, aux sourires de l'enfant, la communication verbale et non verbale, l'ajustement tonico-émotionnel. Certaines situations peuvent mettre en avant des moments où mère et bébé sont vulnérables ou bien des moments ressources où l'interaction est un point d'appui entre eux et dans la relation thérapeutique.

2. Qualité des interactions

Les troubles des interactions peuvent être envisagés sous deux types de perspectives :

- *Synchronique*, c'est la forme prise par l'interaction à un moment donné. Il y a trois grands types de dysfonctionnements : l'excès de stimulations, le manque de stimulations ou des stimulations paradoxales qui brouillent la communication. Ces stimulations que le parent adresse à l'enfant peuvent être adaptées pour un enfant et pas pour un autre en fonction du seuil de perception (hyper ou hypo-stimulation). L'insuffisance ou l'excès de stimulations peuvent provenir :
    - de la mère : énergique, hyper-enthousiaste, ou manifestant une hypersollicitation anxieuse, ou à l'inverse déprimée, ou ayant des comportements d'évitement phobiques, ou délaissant l'enfant

- du bébé : hypersensibilité innée, ou hyporéactivité

- *Diachronique*, déroulement temporel de l'interaction et de son évolution. On observe la stabilité des interactions, leur fixation ou régression, les perturbations des interactions (hypo/hyper stimulations) ou incohérence des stimulations.

Sofian est un petit garçon âgé de 8 mois qui témoigne de diverses expressions face à sa maman. Cette dernière affiche un état dépressif profond. Les tentatives de Sofian pour réanimer sa maman se succèdent passant d'un masque figé, tout sourire, dans une hypertonie et une hypervigilance, usant de tous les moyens pour attirer son attention, à des regards inquiets envers sa mère. Ce sont tantôt de beaux échanges que nous pouvons observer dans cette dyade, tantôt des moments de rupture où la maman de Sofian n'est alors plus disponible pour son fils.

Cette vignette clinique fait écho à ce qui est mis en avant dans l'expérience du Still face. Dans ce genre de situation, le retrait relationnel de l'enfant témoigne d'une souffrance affective ou psychique. Ici Sofian tente d'animer sa mère, mais sans se protéger de l'intensité des affects négatifs. La maman n'est pas en capacité de maintenir l'équilibre de l'interaction. Le psychomotricien doit ainsi veiller à ce que le bébé ne soit pas empêché dans son évolution, ses explorations, sa construction. Dans le parcours migratoire, ce qui provoque la "chute" de la mère peut avoir plusieurs origines et le psychomotricien doit déceler cela via la lecture corporelle.

Le psychomotricien peut alors analyser des situations où le développement de l'enfant est à mettre en lien avec la relation à la mère.

3. Le tonus au sein de la relation

a) Le corps en jeu

La psychomotricité peut se définir comme une thérapie à médiation corporelle. Il en découle que le psychomotricien s'investit autant psychiquement que corporellement dans la relation avec le patient. Le psychomotricien engage son vécu, sa sensibilité, son identité propre. La formation pratique du psychomotricien démontre que chaque individu a son propre vécu des expériences corporelles. Il a donc conscience de cette différence et peut la projeter dans son implication avec le patient. Le psychomotricien se doit d'avoir des connaissances et un savoir-faire, mais plus important encore "un savoir-être dans son corps pour rencontrer le patient là où il est, comme il est" (F. Desobeau, 2008). Chaque rencontre est unique et marque le point de départ du psychomotricien qui part alors du corps du patient (motricité, tonus, engagement dans l'espace).

b) Le dialogue tonico-émotionnel comme outil de compréhension

Le dialogue tonico-émotionnel, abordé en amont, prend alors tout son sens dans la thérapie psychomotrice. Il sert ici la communication dans l'interaction avec le patient, permet une appréciation du tonus et donc de l'état émotionnel du patient.

De Ajuriaguerra a défini le tonus comme la toile de fond de l'histoire du sujet. Comme abordé précédemment le vécu corporel et donc la qualité tonique des échanges entre la mère en exil et son bébé peuvent être affectés. Cette observation sert d'indication au psychomotricien qui peut, dès lors, ajuster son propre tonus quand cela est nécessaire afin d'offrir une possibilité de contenance pour le patient, un sentiment de sécurité.

Un bébé hypertonique, qui se raidit en extension, ne se moule pas dans les bras, se calme difficilement génère des sensations désagréables d'impuissance et de rejet pour le parent (Robert-Ouvray, 1995). Il en va de même pour un bébé

hypotonique, qui ne se tient pas du tout, n'accroche pas le regard, ne cherche pas établir des interactions. La mémoire corporelle fait appel à des états toniques antérieurs liés aux affects, à la douleur ou au plaisir. Le dialogue tonique de la personne laisse entrevoir "le corps comme lieu d'inscription des ressentis" (*F.Rogez,1994*).

La réflexion théorique menée en première partie nous a permis de développer la place du corps dans les premiers échanges que l'enfant a avec son environnement et notamment dans l'établissement des liens mère-enfant. Le corps de l'enfant en développement évolue et participe à la construction de son identité propre. Les éprouvés corporels se nourrissent par la relation à la mère pour atteindre les premières représentations. Le modèle de la relation entre le patient et le psychomotricien peut prendre appui sur les liens entre le bébé et sa mère.

C. L'approche psychomotrice

1. Le champs d'action du psychomotricien

C. Potel a défini cinq axes d'intervention en psychomotricité que sont :

- la prévention et l'éducation psychomotrice
- les rééducations psychomotrices
- les thérapies psychomotrices
- les médiations thérapeutiques
- les psychothérapies psychocorporelles

Afin d'illustrer le rôle du psychomotricien dans la soutenance et la construction du lien mère enfant, je vais développer le travail préventif et thérapeutique

a) La prévention psychomotrice

Compte tenu des nombreux phénomènes de ruptures qu'est amené à vivre la mère au cours du parcours de migration, les associations existantes dans le pays d'accueil aiguillent souvent vers des lieux de préventions tels que les PMI. Des projets associatifs visent également à un travail préventif dans des lieux de vie

comme les CADA, ou bien dans les lieux d'accueil parents-enfants pour public tout venant. Ces actions préventives interviennent "*auprès de l'enfant très jeune, en construction et en plein développement*."(*C. Potel, 2013*)

L'accompagnement proposé à l'enfant se fera dans un espace où il pourra faire ses propres expérimentations motrices dans un lieu autre que celui touché par la souffrance familiale et sociale. Ce sera pour lui l'occasion de nourrir ses expériences sensorielles, toniques, motrices. Le psychomotricien en fonction du lieu où il exerce peut en accord avec un médecin proposer un suivi ou aiguiller vers des actions plus médicalisées comme en Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMPS). Il pourra alors être établi un projet de soins pour une thérapie psychomotrice de la dyade.

b) L'accompagnement thérapeutique

"Les thérapies psychomotrices préventives n'ont pas la prétention de colmater des manques, des carences .. mais constituent un capital de plaisir et de possibles rencontres dont l'enfant et la mère ou les parents peuvent retrouver les traces, peut-être bien plus tard." (*M. Gauberti, 1993*)

Dans le cadre du soutien de la relation mère-enfant, l'accompagnement thérapeutique peut se faire :

- si l'enfant présente un retard, une discontinuité tonique, ou des interactions fragiles avec sa maman
- si la maman éprouve elle-même une défaillance psycho-corporelle et que de ce fait cela entrave ses capacités d'ajustement, et la relation à son enfant

Dans cette prise en soin précoce, le psychomotricien va pouvoir agir auprès du bébé. Il guide l'enfant dans sa motricité naissante (posture, déplacement), le mène à trouver différents schémas moteurs. Il va l'aider à s'adapter au mieux à son environnement, proposer des sollicitations multisensorielles adaptées à son état et son développement. Pour cela le psychomotricien pourra utiliser diverses médiations

comme le portage, le chant, l'eau, les bras des parents. Ces propositions seront en adéquation avec les pratiques culturelles et corporelles de la mère.

c) Le projet en psychomotricité au sein de l'atelier

La psychomotricienne au sein de l'atelier apporte un regard sur le développement psychomoteur du bébé, elle décrypte son langage corporel en interaction avec son environnement. Elle permet aux mamans d'avoir des repères concrets quant à l'évolution de leur enfant.

Ce regard bienveillant et contenant, répond aux inquiétudes des mamans, fait le lien entre les différentes techniques de maternage, contient et traduit des situations anxiogènes en les rendant compréhensibles pour toutes les mamans.

Le soutien de la relation mère-enfant passe par la reconnaissance de leurs aptitudes respectives. La psychomotricienne accompagne la mère à être en contact avec son enfant, à s'autoriser des gestes attentionnés, des bercements, des chansons de leur pays, de leur passé. Mères et enfants voient leur corps façonnés, investis de pratiques, de rituels qui participent leur image du corps et leur identité. La psychomotricienne vient réanimer cette mémoire corporelle.

2. La demande

Habituellement en psychomotricité, la demande marque le point de départ de la prise en charge ; il y a un objectif lié à un désir, un besoin. Ainsi la demande nécessite une prise de conscience de la personne et de sa famille pour qu'ils s'investissent dans le soin.

Le travail mené au sein de l'atelier est un travail préventif, qui peut donc déboucher sur une demande portée par l'équipe de professionnels en fonction des besoins et de l'évolution de la personne, de la dyade.

Au sein de l'atelier, les demandes spécifiques des mamans sont rares, c'est pourtant la souffrance qui les ont conduites ici. Cette souffrance n'est bien souvent

pas exprimée verbalement mais corporellement par des symptômes qui sont un signal d'appel. La demande maternelle peut venir marquer une inquiétude face aux capacités de l'enfant par rapport aux autres enfants. A ce moment l'approche va être différente, il va falloir amener à penser l'enfant différemment, repenser la relation, l'équilibre familial.

Ainsi dans un premier temps la psychomotricienne réalise une observation préventive de la relation dyadique et du développement psychomoteur de l'enfant. La demande peut alors être implicite et inconsciente et passe par le non verbal (par le regard, le jeu, la place de l'enfant).

3. La place des corps

L'atelier s'articule autour de tapis disposés sur le sol, entourés de fauteuils sur lesquels s'assoient les mamans et les professionnels. Au sol se trouvent les bébés, la psychomotricienne et moi même. Nous éprouvons des difficultés à faire venir les mères avec nous sur les tapis afin d'échanger un instant avec leurs bébés, ensemble.

Nous nous sommes posé des questions sur cela et avons fait plusieurs hypothèses :

- Ces femmes dans la circularité du groupe ont besoin de sentir qu'il se créer un cercle semblable au cercle familial, qui vient raviver une mémoire corporelle.

- Il peut y avoir une pudeur à se retrouver ainsi mise au centre de l'attention. Les mères souhaitent souvent être les plus discrètes possibles. Cela se manifeste par des mères toujours inquiètes de déranger en arrivant en retard à l'atelier, dès que leur enfant commence à faire un peu de bruit ou à bousculer un autre enfant, elles ont tendance à le ramener à elle, contre elle, à lui demander de se taire, comme s'il fallait disparaître et se faire toujours plus discret. Le Surmoi prend le dessus sur l'expression des corps.

- E. T. Hall a décrit les distances dans la relation entre les individus dans une même culture. C'est ce que l'on nomme la « proxémie ». Cette distance varie selon les cultures, l'identité, l'histoire et la sécurité affective des personnes. Dans certains pays, les distances entre les corps sont relativement réduites, le contact physique est fréquent comme en Afrique. Dans d'autres pays comme au Japon, les distances sont plus importantes. La distance interpersonnelle est étroitement liée aux représentations corporelles de la culture.

- La proxémie varie également selon les lieux où l'interaction se déroule (espace intime ou public). Les interactions visuelles, la direction du souffle, des micro-mouvements du corps peuvent également avoir une signification non consciente différente selon les cultures.

Ces différents apports nous permettent de comprendre que la façon dont le corps investi l'espace est intimement lié aux différences culturelles.

Les apports de l'anthropologue, permettent aux thérapeutes d'apporter un éclairage sur l'atypicité de certains comportements, et ainsi d'adapter leur positions dans la relation avec la patiente.

4. Les axes de travail

a) *S'accorder dans une temporalité*

(1) Des temporalités différentes

Notre rapport au temps est fortement influencé par notre culture. E.T Hall s'est intéressé à la question du "*temps social*" (*E.T HALL, 1979*) qui est la manière dont les individus utilisent ce temps. Il en a défini deux modes :

- *le temps monochrone* : retrouvé dans nos sociétés occidentales où l'individu fait une chose à la fois pendant un temps déterminé, le temps est découpé avec une notion de rentabilité.

- *le temps polychrone* : rencontré dans les sociétés d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Là, plusieurs activités sont pratiquées en même temps, sans soucis de temps, l'important étant de mener à bien ce que l'on entreprend.

Cette différence d'investissement du temps en fonction des cultures peut être accentuée lors du parcours migratoire. La désorientation temporo-spatiale est très souvent retrouvée chez les mamans. Leurs situations précaires imposent une défaillance des repères notamment face à l'absence de co-mère. Le psychomotricien a alors un rôle à tenir dans la restructuration des différents temps ; celui de la dyade, celui de la rencontre en psychomotricité.

(2) La temporalité de la dyade

La temporalité est un facteur essentiel dans le développement psychique de l'enfant. Différents temps décrits par Marcielli participent à cette construction au sein des échanges mère-enfant :

- *les micro-rythmes* : dans l'inter-relation mère-enfant, c'est un temps qui vient produire du ludique, de la surprise, ce sont les temps d'attente du bébé quand la mère ne s'occupe pas de lui. Ce temps est propre au bébé et lui permet ses premiers instants de rêverie, ses premières images psychiques.
- *les macro-rythmes* : retour régulier aux soins, favorisant le sentiment de continuité. Si l'attente entre ces temps est trop longue, le bébé ne pourra pas soutenir l'expression "ça va arriver" et cela pourra entraîner du désespoir avec des angoisses majeures.

Les désorientations spatio-temporelles induites par la migration ainsi que la variabilité dans la disponibilité de la mère peuvent avoir une incidence sur l'alternance des rythmes au sein de la dyade. En observant ses différents temps, le psychomotricien doit veiller au cadre dont il est porteur. Cela passe par des repères stables, une permanence dans le temps, une répétition qui permet d'investir ce temps de rencontre.

b) Guidance et soutien de la parentalité

L'implication parentale favorise l'émergence d'interactions qui sont différentes et riches. La prise en charge mère/enfant favorise le maintien et le renforcement du lien et développe une adhésion à la prise en soin.

M. Gauberti a décrit des processus de "défaillances socio-culturelles" qui peuvent entraîner des dysfonctionnements au sein d'une famille, "*pour une famille culturellement déracinée, les processus d'identification sont perturbés, les relations à l'autre sont réduites à l'isolement familial*" (*M. Gauberti, 1993*). En effet la jeune mère se retrouve souvent isolée, exclue en arrivant dans le pays d'accueil. Le soutien de la parentalité peut alors prévenir les relations pathogènes avec des risques de maltraitance ou de négligence. La prise en soin mère-enfant peut alors s'établir dans un premier temps avec une distance des corps, afin que la dyade puisse se rencontrer.

Ainsi le psychomotricien va pouvoir intervenir dans les premiers échanges avec l'enfant comme étant le traducteur de la motricité. Il invite la mère à parler dans une langue commune, celle du corps. Le psychomotricien veille au confort et à la relation du bébé avec sa mère, via le holding, le peau à peau, le toucher, les positions d'apaisement. L'écoute et l'accueil des angoisses maternelles sont primordiales. L'idée est que la mère s'approprie ces méthodes pour dialoguer avec son enfant et ainsi se rassurer sur ses compétences maternelles.

c) La pluralité des pratiques

F. Rogez a décrit différents axes concernant la pluralité des pratiques corporelles de la mère envers son enfant :

- le toucher : massages, caresses
- les soins du corps : bain, toilettes, emmaillotement, marquage (scarifications, tatouages)

Tina nous explique que dans les sociétés traditionnelles le massage est une ouverture du corps du bébé, on le délivre de la position foetale pour le préparer à ce qui l'attend dans la vie. Le massage permet alors à l'enfant d'appréhender son corps pour le préparer aux futures étapes de la vie. Les massages pratiqués chez elle au Congo sont des massages modelants du visage, des fesses et de la tête, qui viennent "donner une forme au corps".

- manifestations posturo-motrices et les contacts physiques avec la mère : les différentes techniques de portage, les bercements, les jeux moteurs
- l'éveil sensori-moteur : couleurs, matières, sons, vibrations
- allaitement et rythmes alimentaires
- utilisation d'objets stimulants (jouet)
- impacts de la langue (chanson, comptine)
- rituels d'apaisement et d'endormissement

Une maman a amené des inquiétudes autour de la posture de son fils, s'inquiétant qu'il ait une ouverture de hanche plus grande que celle que les enfants qu'elle avait déjà eus, provoquant ainsi un écartement des jambes un peu large. Une seconde maman de kabylie a alors proposé d'emmailloter l'enfant. Chez elle l'emmaillotage vient mouler le corps et renvoie à une image de verticalité future qui rassure.

L'ethnopsychiatrie peut constituer un modèle de référence concernant les connaissances pluriculturelles des pratiques corporelles. C'est un outil de compréhension pour le psychomotricien dans ses observations, qui lui permet de faire des propositions en adéquation avec les pratiques corporelles de la mère.

Afin d'étayer ces propos, je vais exposer la situation de deux dyades que j'ai pu rencontrer au cours de mon stage, et ainsi détailler l'approche psychomotrice qui en a été faite dans une démarche préventive et thérapeutique.

D. Etudes de cas

1. Erina et Bilal

Je vais développer ici l'étude de cas de Erina et de son fils Bilal. Ils arrivent d'Albanie avec le papa et deux enfants plus âgés. Je vais ainsi retracer les éléments de leur histoire puis de notre rencontre au sein de l'atelier.

Je rencontre cette maman et son fils depuis le 27 novembre 2017 à raison d'un accompagnement groupal de deux heures une semaine sur deux le lundi. L'atelier lui est proposé par la psychologue du groupe qui la suit en consultation individuelle également. Malgré un fort investissement de ces temps d'échanges, les préoccupations administratives et médicales de la famille sont nombreuses, Erina et Bilal ont parfois été absents aux ateliers.

Anamnèse :

A ce jour, Erina a 39 ans et est Albanaise. Elle est mariée et maman de trois enfants ; Emma âgée de 19 ans, Roca âgé de 14 ans et enfin Bilal âgé de 3 mois et demi au moment de notre rencontre. Erina et sa famille ont quitté leur pays, car monsieur a été impliqué dans un trafic et des menaces ont commencé à peser sur la famille.

Ses deux premiers enfants sont nés en Albanie. A la naissance d'Emma, on lui découvre une maladie orpheline associée une déficience intellectuelle actant le début d'un parcours médical très lourd. Cela a un impact assez conséquent sur la vie de la famille.

La troisième grossesse de Madame débute durant le parcours migratoire, Bilal naît sur le sol français. La première consultation d'Erina se fait suite à des vomissements gravidiques, associés à des signes de détresse psychique intense et un grand isolement dès janvier 2017 lorsqu'ils arrivent en France. Cette maman dit avoir toujours été anxieuse et prenait déjà du Xanax en Albanie. Cette grossesse fut compliquée pour Erina n'étant pas désirée. En entretien elle confie avoir voulu

“essayer ⅔ fois d’enlever le bébé” sans savoir comment faire. Un avortement est proposé à la maman, prise de panique de se retrouver dans un système de soins étranger, sans interprète pour la rassurer sur les événements, elle refuse d’aller au bout des choses et portera son enfant jusqu’au terme de sa grossesse.

Le bilan psychiatrique dresse le tableau clinique suivant : une asthénie, une aboulie, une désorientation spatio-temporelle, des troubles de la mémoire et de la concentration, des modifications fréquentes de l’humeur, un ralentissement psychomoteur, une hypomimie, un sentiment de dévalorisation et d’incompétence dans son rôle de mère.

La famille vit actuellement en Centre d'Accueil pour Demandeur d’Asile et est en attente d'être entendu par la CNDA qui statuera sur leur possibilité ou non de pouvoir rester en France. Suite à cet état des lieux, il a semblé pertinent que le suivi d’Erina puisse se faire également avec son fils au sein de l’atelier mère-enfant, afin de soutenir au mieux cette famille qui reste néanmoins très soudée.

Première rencontre :

Erina vient nous rencontrer avec deux de ses enfants ; Bilal qui va participer aux ateliers avec sa maman, et sa fille aînée Emma. En effet il est proposé à cette dernière de venir participer à l’atelier ; une occasion pour elle de saisir un endroit où elle peut parler de sa culture, créer du lien social, partager un moment avec son petit frère.

Lorsque Erina arrive dans la salle après avoir discuté un moment à part avec la psychologue des préoccupations administratives et médicales survenus dernièrement, Erina pose son fil directement au tapis et vient s’asseoir sur une chaise aux côtés du traducteur Albanais. Les professionnels se présentent à elle, ainsi que les mamans déjà présentes.

Rapidement Erina amène plusieurs inquiétudes au sujet de son fils ; elle se plaint que Bilal pleure souvent. Une seule chose l’apaise, le sein de sa maman. Celle-ci a pris pour automatisme de le mettre au sein dès qu’il pleure. Bilal rassasié le rejette alors souvent et Erina ne sait alors plus quoi lui proposer pour l’apaiser. Durant la séance elle nous fait part d’une nouvelle inquiétude quant à une

plagiocéphalie et sur ses oreilles légèrement décollées, deux points sur lesquels nous tentons de la rassurer.

En milieu de séance nous proposons au groupe d'écouter un CD de musiques du monde sur lequel figure des musiques traditionnelles Albanaises. Erina nous confie alors qu'elle n'a jamais chanté pour son fils depuis sa naissance. Elle nous explique qu'en Albanie les médecins disent que l'enfant ne voit pas, et n'entend pas durant les quarante premiers jours de la vie. Cette composante culturelle vient d'ores et déjà avoir un impact sur la qualité relationnelle. Les prémices de la relation se font en partie par la sensorialité dès la grossesse. L'enfant né néoténique, mais malgré cela il est compétent et son premier mode de relation pourra s'établir grâce à ses facultés sensorielles. L'arrivée en France enceinte et la grossesse non désirée sont également des facteurs qui viennent affecter le début de cette dualité relationnelle.

Observation de Bilal :

Bilal passe toute la séance au sol, allongé sur le dos il regarde très peu aux alentours. Sa maman nous informe qu'il est toujours dans cette position. Il réagit de manière assez pauvre aux stimulations proposées ; la poursuite oculaire d'un objet est brève, mais l'objet au contact de ses mains est saisi et suscite son intérêt.
A son âge, l'enfant commence à s'intéresser à son corps, à regarder ses mains passer devant son visage, à se redresser en position ventrale prenant appui sur ses avant-bras, en position dorsale le mouvement de flexion extension des jambes se fait de façon frénétique. Bilal ne semble pas encore en être là, en position assise il semble passif, quelque peu effondré.

Les interactions de la dyade :

La grille de Marcé permet de guider les observations des interactions mères-enfants (de 2 à 6 mois). En se plaçant du point de vue du nourrisson, puis de celui

de la mère cette grille permet de voir la continuité, la richesse de l'échange au travers des interactions corporelles, visuelles, vocales et faciales.

- *du côté de Bilal* : sa gestualité paraît pauvre et ralentie, il semble soumis à la pesanteur. Avec sa mère, il ne cherche pas les contacts corporels mais les accepte, ne la cherche pas du regard mais peut chercher celui d'un tiers et son expression semble apaisée et curieuse. De manière générale, il vocalise peu, que ce soit avec sa mère ou autrui, mais peut maintenir l'échange de manière continue. Lorsqu'il pleure il est difficilement consolable par sa maman.

- *du côté d'Erina* : les interactions avec son fils semblent discontinues, son installation ne favorise pas l'échange avec elle. En effet, il est souvent tourné vers l'extérieur, posé dos contre elle. Pour initier l'interaction elle cherche le regard de son fils de façon adaptée, mais le maintien du regard peut être discontinu. Elle regarde Bilal avec une expression adaptée, mais elle porte souvent un regard préoccupé sur lui. Elle parle rarement à son fils mais quand c'est le cas il y a une continuité d'échange entre les deux. Erina s'exprime de façon ralentie, triste. Les expressions de son visage sont pauvres.

Bilan :

On observe une maman très fatiguée qui semble très anxieuse. Elle exprime des peurs au sujet du physique de son fils, ce qui la renvoie peut être au handicap de sa fille. Elle montre des difficultés à comprendre son enfant. Les conditions dans lesquelles Erina a vécu sa grossesse mis en lien avec ce qu'elle nous dit de ses difficultés à consoler, apaiser et comprendre Bilal, nous amènent à penser que les interactions entre les deux sont fragiles, qu'elle a surement du mal à investir cet enfant non désiré. De plus un enfant qui pleure beaucoup, rejette le sein, régurgite peut-être vécu comme persécuteur et la mère peut se sentir défaillante. L'anxiété chronique d'Erina transmet à son fil des informations sensorielles qui réduisent ses comportements relationnels.

Nous pouvons faire quelques liens entre le développement de Bilal et la relation qu'il a avec sa mère. Ici le portage physique et psychique qu'offre Erina à son fils se montre fébrile. L'absence de paroles et de regards adressés à Bilal amène à un manque d'interactions considérables et n'a pas aidé Erina à investir son enfant dès ses premiers instants de vie. Les soins de maternage et de portage qui participent normalement à l'établissement du "Moi" de Bilal sont fragiles.

Bowlby a décrit le fait que l'adulte procure une base de sécurité à l'enfant qui lui permet une ouverture au monde. Ici, les liens semblent fragiles et ne permettent pas un attachement sécure. Des études ont mis en corrélation la qualité de l'attachement avec l'examen sensori-moteur de Bullinger. Des difficultés d'attachement peuvent avoir un impact sur la régulation du tonus, les comportements exploratoires ainsi que des troubles de la régulation émotionnelle.

Ici le tonus de Bilal est à mettre en lien avec un attachement qui ne semble pas sécure, ainsi qu'avec l'état dépressif de sa maman. S.Robert-Ouvray a décrit que l'hypotonie a pour fonction de nourrir le centre psychique à travers l'enroulement et l'intégration des sensations mais la diversité des stimulations apportées est jusque-là assez faible.

Projet pour la dyade au sein de l'atelier :

Compte tenu de la situation d'Erina, il semble important de pouvoir dégager des axes sur ce que peut lui apporter la venue dans cet atelier. Il s'agit d'estimer ce que l'on peut lui donner dans un laps de temps assez court, voire incertains :

- Il semble important d'inviter Erina à poursuivre les ateliers avec son fils. En effet ce temps et ce lieu pourront être pour Bilal un espace où il pourra faire ses propres expérimentations motrices dans un espace autre que celui touché par la souffrance familiale et sociale. Ce sera pour lui l'occasion de nourrir ses expériences sensorielles, toniques, motrices. Les échanges corporels, verbaux avec sa mère et la psychomotricienne viendront alimenter ses représentations.

- Observer et accompagner ces schèmes moteurs : il faut accompagner Bilal dans sa motricité naissante, favoriser les stimulations et faciliter le mouvement dans les roulés qui se feront d'abord en bloc puis de façon mature (initié par la tête, la ceinture scapulaire, le bassin).

- Expliquer les bénéfices de la position sur le ventre à Erina : cette position joue un rôle déterminant dans l'acquisition de la motricité de la tête, des épaules et du tronc. Dans cette position, les afférences sensorielles sont différentes, différents groupes musculaires sont mis en jeu et participent ainsi à la fonction de communication en l'éveillant ainsi à son entourage.

- L'atelier semble ainsi être l'endroit idéal pour que Erina puisse échanger autour de la maternité et des pratiques de maternage. Ces échanges pourront ainsi l'inviter à être au plus proche de son fils via les propositions d'autres mamans et ainsi d'investir davantage sa relation avec son enfant.

- Cet atelier pourra permettre à Erina de repérer les compétences et capacités de son fils. Cela pourra alors avoir une fonction de réassurance, et renforcera des liens positifs. Le groupe pourra être un « tuteur » pour Erina, un lieu ressource. Le groupe induit la diversité des regards, des références et des savoir-faire, lié à la culture et l'histoire de chacun. Toutefois les interactions du groupe peuvent parfois être intrusives, il faudra veiller à ce qu'Erina ne soit pas dans la comparaison avec les autres mères.

Rencontres suivantes :

Erina se saisit très rapidement des échanges réciproques qui ont lieu au sein de l'atelier avec les mamans et les professionnels. Nous continuons de faire des propositions sensori-motrices à Bilal, accompagné de sa maman qui nous montre qu'elle propose à Bilal de le positionner sur le ventre à plusieurs moments de la journée comme il lui avait été suggéré lors de notre dernière rencontre. Le plaisir et l'intérêt visible sur le visage de Bilal participent à baisser les angoisses de sa

maman. Ainsi cela l'incite à établir un lien avec lui et Bilal se saisit lui aussi très rapidement des propositions.

On observe beaucoup plus de moments d'interactions entre les deux partenaires ; Erina se surprend à chanter des chansons à son fils. Celui-ci est très attentif à la voix de sa mère Ces moments d'échanges permettent l'affinement de la fonction d'orientation qui va permettre à Bilal d'être en interaction et de cultiver les liens d'attachement. D. Anzieu dit que les sensations auditives préparent le Soi à se structurer et stimulent une ébauche d'unité et d'identité.

Erina initie elle-même des interactions avec son fils qui passent par le regard, le bain de paroles et par des ajustements qui rapprochent leurs deux corps qui jusqu'ici ne se trouvaient pas souvent dans cet espace d'échange.

Vers une fin de prise en soin ?

Les demandes d'asile en cours viennent rattraper la famille ; Monsieur vient d'être débouté de la CNDA, Erina et sa fille sont en attente d'être entendues pour une demande de dossier « étranger malade ».
Nous continuons pour l'instant le travail amorcé pour aider à co-construire la relation mère-enfant. La continuité de ce qui est entrepris est incertaine car étroitement lié aux statuts de la famille. Cela vient ici pointer les limites d'un accompagnement en psychomotricité où l'issue de la prise en soin est indépendante du souhait des professionnels et de la famille.

2. Beni et Dalliana

Anamnèse :

Beni et son mari ont fui le Congo après avoir été victime de répression dans leur pays pour résistance politique. Madame a subi des violences sexuelles à

répétition et est tombée enceinte. Plusieur mois après, sa fille Dalliana voit le jour en France. Beni est contrainte de laisser au pays ses deux autres enfants.

Beni élève sa fille avec son mari. Ce dernier s'occupe de Dalliana comme si elle était la sienne. Ils sont tous les trois hébergés dans un hôtel social avec d'autres familles. Les relations maritales sont compliquées, Beni est très en colère contre son mari pour tout ce qui lui est arrivé. Elle dit que la présence de sa fille lui rappelle au quotidien ces événements douloureux. Elle dit également que sa fille est une enfant difficile, méchante.

Il est a été très compliqué pour Beni de relater ces événements à son arrivée en France. La rédaction du dossier de demande d'asile politique a été une véritable épreuve. Cette déposition devant être rédigée sous 21 jours, cela laisse peu de temps à ces personnes victimes de traumatismes. De manière générale, que ce soit durant son suivi en consultation psychothérapeutique ou durant l'atelier, Beni verbalise peu sur son passé, sur ses ressentis, sur sa relation avec sa fille.

Nos premières rencontres, observations :

- La relation mère-enfant :

La dyade participe à l'atelier depuis que Dalliana a un mois. Notre rencontre fait suite à l'été 2017 avec une coupure de trois mois, Dalliana a 11 mois et demi. C'est une petite fille que nous voyons collée au corps de sa maman, aucun regard vers l'extérieur n'est possible. Ce comportement n'était apparemment pas observé avant l'été. Nous supposons que Dalliana a besoin de se réapproprier le lieu, les nouveaux intervenants, les nouveaux enfants pour pouvoir se défaire de sa maman. Le rituel de chant mis en place en début et fin de séance suscite des pleurs de sa part, ce qui peut alors venir marquer une peur de séparation.

Nous apprenons alors que durant la période où nous ne nous sommes pas vu, Beni s'est vu refuser sa demande d'asile par la CNDA. Ce que nous pouvons observer du comportement de Dalliana peut alors être mis en lien avec la situation de Beni. Qu'est-ce que Dalliana a pu comprendre de cette situation ? Sans doute une peur de la perdre ? On peut alors faire l'hypothèse que le dialogue tonico-

émotionnel est parasité par l'état de tension de Beni, ce qui peut avoir, de fait, des effets sur Dalliana.

De son côté Béni semble constamment happée par ses pensées et est peu disponible pour réellement prendre part à l'atelier. Ainsi elle accorde peu de réponses à sa fille, et encourage son indépendance notamment en voulant la "dissocier" corporellement d'elle. La présence de sa fille semble être persecutrice et faire écho à son histoire. Il y a ici un réel traumatisme imprimé dans le corps de Béni qui vient altérer les échanges et la qualité de l'attachement.

- Dalliana dans son corps :

Plus tard je peux observer que lorsqu'elle décide de se séparer de sa maman, elle bouge dans tous les sens, marche dans la salle, le regard dans le vague, sans objectif. Quand elle finit par rencontrer quelqu'un dans sa déambulation, elle ne cherche pas à entrer en communication, ni même à croiser le regard, elle cherche alors sa mère. Sitôt le contact corporel retrouvé avec sa maman, Dalliana s'apaise, cela semble lui apporter de la contenance et doit lui faire ressentir ses limites corporelles. Dalliana est une petite fille qui semble tonique mais je ne peux dire si cela est propre à son développement (le portage et les soins apportés par la mère étant eux même fait d'une certaine tonicité) ou si cela est à mettre en parallèle avec la qualité relationnelle qu'elle a avec sa maman. En effet un enfant inquiet de sa relation avec sa mère va avoir des difficultés à être disponible pour lui même et peut montrer des troubles de la régulation tonique ; épaules relevées, dos raides, jambes hypertendues.

- Dalliana dans sa relation :

Face à quelque chose qui l'effraie, Dalliana cherche réassurance et protection auprès de sa maman. Sa mère semble être sa base de sécurité bien que les interactions sont discontinues. En effet Beni peut quitter le contact avec sa fille et change de pièce, sans lui parler, lui dire où elle se rend. Un des moyens principaux de Dalliana pour communiquer avec sa maman est de crier. A cela Beni répond par des réprimandes en décourageant les cris, les pleurs.

Au sein du groupe les interactions sont très pauvres, Dalliana semble perdue, et dans l'évitement lorsqu'un autre adulte vient la voir. Elle joue peu avec les autres enfants, mais son contact avec les plus petits se veut très doux. Dalliana a une

communication assez pauvre, elle n'émet aucun “mot” par association de syllabes. Elle réagit à son prénom.

Dalliana semble avoir un attachement qui tend à être insécure «évitant». Effectivement sa maman semble être son point d’ancrage, mais les réponses de Beni peuvent être incohérentes, tantôt appropriées, tantôt dans l’évitement.

Au sein de l’atelier, aucun test psychomoteur n’est effectué, mais ici j’ai appuyé mon observation psychomotrice de Dalliana sur l’Echelle Brunet-Lézine révisé lorsqu’elle a 11 mois et demi. Les items de posture montrent un niveau supérieur à celui des enfants de son âge (12-14 mois), sa coordination correspond à celle d’un enfant de 11 mois. En revanche pour les items de langage et de socialisation elle atteint un niveau de 9 mois.

Bilan :

Le développement psychomoteur de Dalliana est hétérogène, marquant un retard sur le plan de la communication. On peut observer que Dalliana est dans une alternance de contacts-ruptures avec sa mère dans les interactions ; des moments de fusions-disjonctions entre les corps. Ces configurations spatiales ont été décrites par M. Gauberti :

- la fusionnalité : fixation à un seul espace mère-bébé, avec une impossibilité pour l’enfant de créer un espace corporel personnel et une affirmation du Moi.
- la disjonction : absence d’espace commun, avec une rupture des liens entre le corps de la mère et celui de l’enfant.

Durant la petite enfance on peut observer des difficultés à se séparer, des problèmes d’opposition, d’agressivité, de morsure. Cela fait partie de la construction de l’enfant et nécessite un accompagnement pour la mise en place de représentations via une mise en mot des différentes actions. Mais Beni semble dans la fuite de cette relation et peine à apporter des réponses à sa fille qui elle, doit se nourrir des tensions que renvoie sa mère.

On peut ici faire des hypothèses sur les conséquences que le traumatisme a sur Beni et sa fille. L'enveloppe maternelle a pu subir des altérations face aux viols et les émotions en résultant ont pu être ressenties par sa fille très tôt. Les altérations des enveloppes corporelles de la mère et du bébé peuvent être la source et le résultat de ces fusions-disjonctions. Ainsi on peut porter notre attention sur l'intégration de la fonction tonique au niveau de cette enveloppe.

Evolution de la dyade dans l'atelier :

Les venues de Beni et sa fille à l'atelier se font de façon intermittente, parfois nous ne nous voyons qu'une fois par mois.

Au cours des ateliers, nous partons de ce que Dalliana nous propose, en essayant de la faire évoluer vers un jeu avec une intention et une interaction. Winnicott a défini que l'enfant joue par plaisir, pour exprimer de l'agressivité, pour maîtriser ses angoisses, pour accroître son expérience, pour établir des contacts sociaux. Compte tenu de son âge, durant l'atelier nous proposons à Dalliana des jeux autour des parties du corps puis avec des objets, tout cela autour de comptines, qui viennent mettre le corps en jeu dans la sensorialité, le tonus, les émotions et qui vont dans le sens de la différenciation Moi/non-Moi. Les jeux moteurs permettent de "dire les tensions et les émotions accumulées et bloquées dans le corps" (S. Robert-Ouvray, 2015). Mais Dalliana n'y est pas réceptive, elle est très fuyante. Dalliana est toujours dans une alternance de contact-déambulation.

Aucun changement positif n'est observé, Dalliana se déplace sur les tapis, déambule entre les enfants, ne cherche pas particulièrement à se saisir des jouets disposés sur le sol. Elle ne répond pas systématiquement à son prénom. C'est très compliqué de trouver des activités, des médiations pour faire évoluer Dalliana.

Nous cherchons à contenir Dalliana dans un petit espace avec des structures souvent en dehors de l'espace délimité du groupe. Le nombre important de professionnels et de stagiaires peut permettre qu'un de nous s'extraye du groupe pour rester avec un enfant plus âgé, afin de l'accompagner dans son exploration de

la salle. Ces moments peuvent être plus calme et l'entrée en relation se fait par des contacts corporels ; Dalliana touche mes vêtements, mes cheveux, mes mains, sans jamais me regarder ni m'adresser de mots. On peut faire l'hypothèse que l'espace du groupe n'est pas assez contenant pour Dalliana, peut-être même source d'angoisses. Dans un espace plus structuré et contenant, j'observe un apaisement dans la déambulation active de Dalliana. Cet espace délimité semble lui permettre un appui sur son monde sensoriel et tonique dans la relation.

Beni a pu dire en consultation que regarder, toucher sa fille lui est très compliqué. Cela la renvoie aux évenements traumatiques qu'elle a pu subir. Elle reconnait être dans une mise à distance avec sa fille. La communication au sein de la dyade semble de plus en plus compliquée. Par ailleurs, pour des raisons internes à l'association, nous avons dû diminuer la fréquence des ateliers à une fois par mois. C'est au cours des derniers ateliers que nous été informé que madame ne s'est pas rendue à la PMI depuis plusieurs mois. Si on ajoute à cela la diminution de nos rencontres, on peut mettre en évidence qu'il y un manque de tiers dans cette relation. Cette maman semble être en fuite et nous la sentons se renfermer dans un isolement social important. Je pense que sa situation irrégulière l'empêche dans sa volonté d'entreprendre des choses. La peur d'un retrour dans son pays doit la submerger, cela lui imposerai une nouvelle rupture.

Projet pour la dyade : Vers un renouveau ?

L'atelier suivi jusqu'ici par la dyade commence à ne plus répondre à leurs besoins ; Dalliana est maintenant trop grande pour continuer à participer à l'atelier et son comportement inquiète les professionnels. Cette dyade est à risque et compte tenu de toutes les observations faites, il est demandé par l'équipe d'orienter Dalliana vers un Centre Médico Psychologique (CMP) pour un bilan pédopsychiatrique. Dalliana est une petite fille qui serait accessible en prise en soin, elle n'est pas totalement fermée. Un suivi individuel en psychomotricité permettrait de lui donner une place de sujet en mettant des mots sur son vécu corporel et émotionnel, en soutenant son développement psychomoteur et sensoriel. Cela lui permettrait de

s'enrichir dans ses sensations et perceptions, et développer ses modalités relationnelles.

Il est proposé à Beni d'intégrer un autre atelier, co-animé par une psychomotricienne et une psychologue au sein de la même association. Cet atelier est consacré à des personnes ayant été victimes de violences, et de traumatismes profonds liés à l'exil et qui y sont orientés pour cause de douleur psychocorporelles persistantes.

La participation de Beni à cet atelier a pour but de l'aider à réhumaniser ce corps, malmené par diverses violences. Des médiations telles que l'expression corporelle ou la relaxation seront des outils qui l'aideront dans la reprise de possession de son corps, dans la compréhension, la canalisation de ses tensions. En parallèle les consultations en individuelles vont continuer, ce qui lui permettra d'avoir un second lieu d'expression pour une mise en récit.

E. Conclusion

La psychomotricité vient retrouver la dyade dans son vécu corporel, ses émotions. Dans la rencontre, une distance thérapeutique se met en place entre les corps, avec un espace suffisant pour ne pas être intrusif ou évitant. Cette distance est amenée à varier en fonction du cadre culturel, et est réajustée en fonction de la dynamique que prend la relation.

Dans cette rencontre de l'entre-deux corps, le psychomotricien vient tenir compte de différents espaces :

- *L'espace thérapeutique du groupe* où il maintient les tensions relationnelles entre la mère et son enfant

- *L'espace corporel mère-bébé* où souvent la mère traumatisée, stressée, peut s'accrocher à son enfant. Elle lui communique alors des stimulations qui peuvent s'inscrire comme négatives. L'enfant est en fusion avec la mère, dans un partage de ses émotions, dans une

sympathie. Or comme le dit S. Robert-Ouvray, “*la bonne distance c’est lorsque l’autre existe différemment de nous*”.

- L’espace du corps du psychomotricien est à la fois appui dans la relation et outil pour comprendre l’état émotionnel de la dyade ; via les signaux toniques, posturaux, et respiratoires. Ses propres ressentis lui permettent de comprendre ce que vit la dyade, et d'être dans l’empathie tout en revenant “dans son axe et sa vérité” (S. Robert-Ouvray, 2015).

Conclusion générale

Avant d'explorer le contexte de la prise en soin que peut effectuer le psychomotricien auprès d'une dyade en exil, j'ai voulu inviter mes lecteurs à retracer l'importance de la relation corporelle dans les interactions précoces mères-enfants.

C'est à partir de cela que j'ai pu aiguiller mon questionnement sur la façon dont le psychomotricien est amené à soutenir la construction de ses premiers liens et à renforcer cette relation.

Ainsi le psychomotricien face à une dyade à risque, va détecter les signes d'une perturbation de l'expression psychomotrice (tonus, communication), et de l'inter-relation corporelle (configuration spatiale). Dans le contexte d'un parcours migratoire, la prise en compte des éléments cliniques du stress et du traumatisme sont nécessaires pour comprendre ce qui entrave la personne dans sa manière d'être au monde ; c'est-à-dire sa façon d'être en relation avec elle-même, avec les autres et avec son environnement. Ici l'équilibre psychocorporel de la mère en est souvent affecté dans un remaniement des enveloppes (culturelles, sensorielles, toniques). Ainsi, face au contexte d'urgence, d'exil on observe souvent une négligence du monde affectif de l'enfant. De ce fait, la prise en charge de la dyade doit se faire de façon holistique, l'enfant ne peut être suivi sans que l'on s'intéresse aux interactions qu'il a avec sa maman, comme l'a décrit C. Davoudian "*ce qui est préventif et curatif pour la mère est préventif pour l'enfant à venir.*"

L'enfant a pu être synonyme de changements, il devait venir réparer les blessures, combler le vide, et constituer à lui seul une famille. Ainsi cette prise en charge systémique passe par la renarcissisation de la mère à un niveau corporel et dans ses capacités maternelles pour un renforcement positif des liens.

Le cadre d'intervention fait que parfois face à une dyade démunie, il faut donner le maximum d'outils aux mamans en un minimum de temps et avec le minimum de matériel aussi. Ce que nous pouvons espérer par la suite est que la mère se saisisse de nos appuis, le psychomotricien encourage la part active de la

maman dans le soin et invite à "*sortir de l'art d'accommoder les bébés pour aller vers l'art d'être aux côtés des parents*" (P. Mauvais, 2008).

Les premières expériences affectives de l'enfant dans ce contexte de grandes précarités auront pu l'amener à adopter un mode de communication qui n'est plus adapté à la relation, se traduisant par une passivité, une discontinuité dans son tonus.

L'accompagnement psychomoteur de la dyade a alors un potentiel humanisant, qui vient équilibrer ces tensions psychiques, corporelles et émotionnelles. Le psychomotricien vient réactiver une dynamique corporelle du mouvement via des propositions sensorielles et toniques qui engendrent de nouvelles afférences et participent ainsi à relancer le sentiment continu d'exister.

Ainsi, la mission de prévention que consitue ce travail est indispensable pour tous les enfants. Elle l'est encore plus avec ces dyades qui ont vécu un traumatisme, un déracinement qui les affectent dans leur corps et dans leur qualité d'attachement.

La grande situation de précarité des dyades a souvent suscité en moi certains mouvements contre-transférentiels qu'il était nécessaire de dépasser. L'écriture de ce mémoire m'a permis de pouvoir élaborer ces choses qui m'ont tant touché. Je voudrais ainsi finir sur ces quelques mots de Boris Cyrulnik (2001) :

"*Le malheur n'est jamais pur, pas plus que le bonheur. Un mot permet d'organiser une autre manière de comprendre le mystère de ceux qui s'en sont sortis : la résilience, qui désigne la capacité à réussir, à vivre, à se développer en dépit d'adversité*."

Annexes

Grille de Marcé :

Du point de vue de l'enfant :

Interactions corporelles	*Interactions visuelles*	*Interactions vocales*	*Interactions faciales*
Gestualité : 0 Exprime une gestualité adaptée et satisfaisante, ses mouvements corporels sont réguliers et harmonieux. 1 Exprime une gestualité adaptée mais pauvre avec un ralentissement des mouvements corporels 2 Exprime une gestualité très importante avec des mouvements corporels vifs accélérés ou dysharmonieux. 3 N'exprime aucune gestualité.	Initiation de l'interaction : 0 Recherche du regard sa mère. Peut aussi solliciter un tiers et accrocher un objet. 1 Ne recherche pas sa mère du regard mais peut rechercher le regard d'un tiers. 2 Ne recherche ni le regard de sa mère ni le regard d'un tiers mais accroche un objet. 3 Refuse tout contact visuel ou peut montrer un regard fixe.	Initiation de l'interaction : 0 Vocalise vers sa mère régulièrement. 1 Vocalise vers sa mère mais avec des moments de rupture. 2 Vocalise peu vers sa mère mais vocalise vers un tiers. 3 Vocalise de façon excessive et intense. 4 Ne vocalise jamais vers sa mère ni vers un tiers.	Initiation du sourire : 0 Sourit à sa mère et à un tiers. 1 Sourit uniquement à sa mère. 2 Sourit à un tiers mais pas à sa mère. 3 Sourit sans différenciation quelle que soit la personne. 4 Ne sourit jamais.
Dialogue corporel : 0 Le dialogue corporel du bébé est adéquat, il semble détendu et peut trouver une position corporelle confortable. 1 Le dialogue corporel du bébé est adéquat globalement avec des ruptures de tonus hypertonique et/ou hypotonique. 2 Le dialogue corporel du bébé est adéquat mais celui-ci semble très réactif et irritable. 3 Le dialogue corporel du bébé montre une hypertonie avec attitudes du torse contractées, figées ou arqueboutées. 4 Le dialogue corporel du bébé montre une hypotonie avec un torse peu maintenu et mou.	Maintient de l'interaction : 0 Maintient le regard de façon adéquate avec sa mère et avec un tiers. 1 Regarde sa mère de façon discontinue mais maintient le regard avec un tiers. 2 Regarde de façon discontinue. 3 Evite de façon active le regard avec sa mère mais peut le maintenir avec un tiers. 4 Evite de façon active le regard.	Maintien des vocalises : 0 Maintient l'échange vocal de façon adéquate avec sa mère et avec un tiers. 1 Maintient l'échange vocal de façon discontinue avec sa mère mais de façon continue avec un tiers. 2 Maintient l'échange vocal mais de façon discontinue. 3 Ne vocalise pas en réponse à sa mère mais vocalise vers un tiers. 4 Ne vocalise pas.	Réponse au sourire : 0 Répond au sourire de sa mère et à un tiers. 1 Répond au sourire d'un tiers mais pas à sa mère 2 Ne répond pas au sourire.
Contacts corporels : 0 Recherche les contacts corporels avec sa mère de façon adéquate. 1 Ne recherche pas les contacts corporels avec sa mère mais les accepte. 2 Recherche de façon massive les contacts corporels avec sa mère. 3 Refuse les contacts corporels avec sa mère mais les recherche et les accepte avec un tiers. 4 Refuse tout contact corporel.	Expression du regard : 0 Regarde avec une expression adéquate. 1 Regarde avec hypervigilance, semble aux aguets. 2 Présente un regard vide.	Pleurs : 0 Pleure de temps en temps et se montre facilement consolable par sa mère ou un tiers. 1 Pleure longtemps ou très souvent mais se montre consolable par sa mère ou un tiers. 2 Pleure longtemps ou très souvent, se montre inconsolable par sa mère mais consolable par un tiers. 3 Pleure et geint très souvent. Paraît inconsolable. 4 Ne pleure presque jamais.	Autres expressions du visage _____ _____ _____ _____ _____ _____

Du point de vue de la mère :

Interactions corporelles	*Interactions visuelles*	*Interactions vocales*	*Interactions faciales*
Dialogue tonique : 0 Tient son bébé de manière confortable, assurant à celui-ci une sécurité, avec un ajustement de la distance. 1 Tient son bébé de façon confortable mais de façon discontinue avec des réactions brusques fréquentes. 2 Tient son bébé dans une trop grande proximité, dans une difficulté à ajuster la distance. 3 Tient son bébé à distance supportant mal les rapprochés corporels. 4 Tient de façon inconfortable son bébé, dans une difficulté à ajuster la distance, portant atteinte à la sécurité physique du bébé.	Initiation de l'interaction : 0 Cherche le regard de son bébé de façon adaptée pour initier l'interaction. 1 Cherche le regard de son bébé mais de façon discontinue. 2 Cherche le regard de son bébé avec insistance sans initier l'interaction. 3 Ne cherche jamais le regard de son bébé.	Rythme et ajustement : 0 Parle fréquemment à son bébé dans une continuité d'échanges. 1 Parle rarement à son bébé mais dans une continuité d'échanges. 2 Parle fréquemment à son bébé mais avec des moments de rupture. 3 Parle de façon quasiment ininterrompue à son bébé sans tenir compte de sa disponibilité et de sa réactivité. 4 Ne parle que rarement, voire jamais, à son bébé.	Expression du visage : 0 Les expressions du visage sont adaptées variées. 1 Les expressions du visage sont variées ma 2 Les expressions du visage sont adaptées ma pauvres. 3 Les expressions du visage sont inadaptées pauvres.
Postures : 0 Tient ou installe son bébé dans une position qui permet l'échange. 1 Peut tenir ou installer son bébé dans une position qui permet l'échange mais de façon discontinue. 2 Ne tient pas ou n'installe jamais son bébé dans une position qui permet l'échange.	Maintien de l'interaction : 0 Maintient le regard avec son bébé de façon continue. 1 Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinue en se laissant distraire par l'environnement. 2 Maintient le regard avec son bébé mais de façon discontinue avec évitement actif.	Discours : contenu et affect : 0 S'adresse à son bébé dans un discours adapté avec des affects adaptés. 1 S'adresse à son bébé dans un discours adapté mais avec des affects non concordants. 2 S'adresse à son bébé dans un discours inadapté, les affects sont présents mais non concordants. 3 S'adresse à son bébé dans un discours inadapté ou pauvre sans affect.	
Gestes de tendresse : 0 Caresse et embrasse son bébé de façon adéquate. 1 Caresse et embrasse son bébé de façon apparemment adéquate mais avec des ruptures. 2 Caresse et embrasse son bébé très souvent sans s'ajuster à lui. 3 Manipule ou touche son bébé de façon inadaptée, excessive ou brusque. 4 Ne peut pas toucher son bébé. 5 Manipule ou touche son bébé de façon mécanique.	Expression du regard : 0 Regarde le plus souvent son bébé avec une expression adaptée. 1 Regarde le plus souvent son bébé de façon préoccupée et/ou inquiète. 2 Regarde le plus souvent son bébé de façon intrusive et/ou agressive. 3 Regarde le plus souvent son bébé de façon triste. 4 Regarde le plus souvent son bébé de façon vide. 5 Evite en permanence le regard de son bébé.	Expression vocale : 0 L'expression vocale de la mère est adaptée. 1 L'expression vocale de la mère est marquée par l'inquiétude. 2 L'expression vocale de la mère est globalement ralentie et triste, sans modulation. 3 L'expression vocale de la mère est marquée par l'agressivité. 4 L'expression vocale de la mère est indifférente et mécanique.	

Bibliographie

- **ANZIEU. D** : “Le dedans et le dehors”, Nouvelle revue de psychanalyse numéro 9, Gallimard, 1974
- **ALLAFORT C, MANTRACH Z, SANCA R** : “La parentalité à l’épreuve de l’exil”, «Clinique», 2016
- **BALLIERE. F** : “Le recours au soin des demandeurs d’asiles”, Editions L'Harmattan, 2011
- **BRIL. B** : “Culture et portage de l’enfant”, érès Spirale, 2008
- **BULLINGER. A & all** : “Apport de l’examen sensori-moteur dans l’évaluation du type et de la qualité de l’attachement chez le bébé”, Presse universitaire de France “La psychiatrie de l’enfant”, p103-132, 2004
- **CUCCINIELLO R**. : “La filiation à l’épreuve de la migration : une transmission controversée ?”, Ere “Enfance & psy”, 2011
- **DAVOUDIAN. C** : “La grossesse à l’épreuve des ruptures et exclusions”, Les cahiers de Rhizome, santé mentale et précarité, 2017
- **DELION. P** : “La fonction parentale”, Yapaka, 2011
- **GAUBERTI. M** : “Mère-enfant, à corps et à vie : analyse et thérapie psychomotrices des interactions précoces”, Elsevier Masson, 1993
- **HALL. E. T** : “Au delà de la culture”, éditions du seuil, 1979
- **HOUZEL. D** : “Les enjeux de la parentalité”, Erès, 1999

- **LACHAL C.** :"Le partage du traumatisme", collection trauma, la pensée sauvage éditions, 2006

- **ALBARET J.M. & AL** :"Manuel d'enseignement de la psychomotricité", tome 1 et 3, Solal Eds, 2015

- **MAUVAIS P**. : "La parentalité accompagnée", Eres 1001 bébés, 2008

- **MESTRE. C** : "Bébés d'ici, mère d'exil", Eres 1001 bébés, 2016

- **MEUNIER. L** : "Le bébé en mouvement", Dunod, 2015

- **MORO. M. R** : « Grandir en situation transculturelle », Yapaka, 2010

- **PERRIN & AL** : "Soutenir l'arrivée au monde d'un enfant de mère migrante dans une maternité française : entre urgence somatique et urgence psychiatrique, le temps de la reconstruction", Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 64, 2016

- **POTEL .C : "**Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir", Eres 2013

- **POTEL .C** : "Psychomotricité : entre théorie et pratique", In Press Eds, collection Psycho, 2010

- **ROBERT-OUVRAY. S** : "Intégration motrice et développement psychique", Desclée de Brouwer, 2002

- **ROBERT OUVRAY S., DUVERNAY J. :** "Le corps ressource", document disponible sur le site http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/, 2015

- **ROGEZ. F** : "L'abord corporel du nourrisson suivant les cultures", congrès entretiens de Bichat psychomotricité, 1994

- **WINNICOTT. D** : “La mère suffisamment bonne”, édition Payot & Rivages, 2006

- **ZELKOWTIZ. P** :”La santé mentale des immigrantes enceintes”, Psychol. Québec Volume 24, Pages 22-23

Table des matières

AVANT PROPOS **1**

REMERCIEMENTS **2**

INTRODUCTION **4**

PARTIE 1 : LE CORPS AU SEIN DE LA RELATION MÈRE-ENFANT ; DES PREMIÈRES SENSATIONS CHAOTIQUES À LA CONSTRUCTION DU LIEN D'ATTACHEMENT 6

A. La séparation des corps, la rencontre de deux êtres *7*
1. La période maturative de la grossesse et son accompagnement 7
   a) une période maturative 7
   b) la transparence psychique 7
   c) l'accompagnement de la grossesse 9
2. La naissance ; le début d'une dualité relationnelle 9
   a) La préoccupation maternelle primaire 9
   b) La séparation des corps 10
   c) les prémices de la relation par la sensorialité 11
      (1) Le Tact 11
      (2) L'olfaction et le goût 12
      (3) L'audition 12
      (4) La vision 12

B. De l'intérieur vers l'extérieur, de la subjectivité à l'intersubjectivité *13*
1. Des interactions 13
   a) Différents niveaux d'interactions 13
      (1) Interactions comportementales 13
      (2) Interactions affectives 14
      (3) Interactions fanstamatiques 14
   b) Le portage physique et psychique de la mère 15
2. … à l'attachement 16
   a) La relation corporelle et la vie affective 16
      (1) La théorie de l'attachement de Bowlby 16
      (2) D'autres apports 17
   b) Les différents types d'attachements 17
   c) Attachement et immigration 18

C. L'ajustement des corps dans la relation tonico-affective *19*
1. La fonction tonique 19
   a) Les différents rôles du tonus 19
   b) La dimensions affective 20
2. Variations toniques et construction psychique 20
   a) La bipolarité tonique 20
   b) Le corps vécu 21
   c) Vers un équilibre sensori-tonique 22

PARTIE 2 23
LA PARENTALITÉ EN EXIL 23

A. Les facteurs en jeu dans la parentalité en exil 24
1. La parentalité et sa construction 24
a) Définition 24
b) Processus de parentalisation 24
c) La parentalité est ses différentes perspectives 25
(1) L'exercice de la parentalité 25
(2) L'expérience subjective de la parentalité 25
(3) La pratique de la parentalité 25
2. Les modalités de l'inter-relation bébé-partenaire 26
a) L'état somatique du bébé 26
b) Santé maternelle, disponibilité et sécurité affective 26
c) facteurs socio-anthropologiques et traumatismes 28
3. La présence du tier 29
a) Rupture familiale 29
b) Présence/absence et place du père 29
c) La place du corps médical 30
4. La transmission 31

B. Le contexte migratoire et ses ruptures 32
1. Une discontinuité de l'équilibre psycho-corporel 32
a) Les remaniements du sentiment d'enveloppe 32
(1) Le moi-peau, et la notion d'enveloppe 32
(2) Enveloppe culturelle 33
(3) Enveloppe sensorielle 33
b) Impact sur le tonus 34
c) L'investissement corporel 35
(1) Remaniements du schéma corporel et de l'image du corps 35
(2) Le vécu corporel 35
2. Un contexte de vie précaire 36
a) La précarité 36
b) Les conséquences sur la dyade mère-enfant 37

C. La rencontre de la culture 38
1. L'empreinte culturelle 38
a) Sur la société 38
b) Sur le corps 39
c) Sur le développement de l'enfant 39
2. La psychomotricité au carrefour de représentations culturelles 40
a) Fondement culturel de la psychomotricité 40
b) Prise en compte de la culture dans la prise en soin de la dyade 40
c) Le psychomotricien un être culturel ; le contre-transfert culturel 41

PARTIE 3 THÉORICO-CLINIQUE : LE RÔLE DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRÈS DE LA DYADE MÈRE-ENFANT ; UNE RENCONTRE DE L'ENTRE DEUX CORPS 43

A. Présentation du cadre de travail 44
1. L'association 44
2. L'atelier "accueil du nouveau né et parentalité" 45
a) Mise en place et objectifs 45
b) Le public accueillis 46
c) Le cadre 47

d) Le lieux ... 48
e) Le groupe ... 48

B. La rencontre de la dyade ... 49
1. L'analyse psychomotrice ... 49
a) Les compétences de l'enfant ... 49
b) L'adaptation du parent ... 50
2. Qualité des interactions ... 50
3. Le tonus au sein de la relation ... 52
a) Le corps en jeu ... 52
b) Le dialogue tonico-émotionnel comme outil de compréhension ... 52

C. L'approche psychomotrice ... 53
1. Le champs d'action du psychomotricien ... 53
a) La prévention psychomotrice ... 53
b) L'accompagnement thérapeutique ... 54
c) Le projet en psychomotricité au sein de l'atelier ... 55
2. La demande ... 55
3. La place des corps ... 56
4. Les axes de travail ... 57
a) S'accorder dans une temporalité ... 57
(1) Des temporalités différentes ... 57
(2) La temporalité de la dyade ... 58
b) Guidance et soutien de la parentalité ... 59
c) La pluralité des pratiques ... 59

D. Etudes de cas ... 61
1. Erina et Bilal ... 61
2. Beni et Dalliana ... 67

E. Conclusion ... 73

CONCLUSION GÉNÉRALE ... 75

ANNEXES ... 77

BIBLIOGRAPHIE ... 78